



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ROTINA, POSSIBILIDADES E DESAFIOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE**  
**FAMILIARES ACERCA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**  
**INFANTOJUVENIL**

**STEPHANIE MAIANE SOUZA SILVA**

**PETROLINA – PE**

**2018**

**STEPHANIE MAIANE SOUZA SILVA**

**ROTINA, POSSIBILIDADES E DESAFIOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
FAMILIARES ACERCA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Susanne Pinheiro Costa e Silva.

**PETROLINA – PE**

**2018**

	Silva, Stephanie Maiane Souza Silva
S586r	Rotina, possibilidades e desafios: representações sociais de familiares acerca de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil / Stephanie Maiane Souza Silva. – Petrolina, 2018.
	xii, 66 f: il.; 29 cm
	Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado em Psicologia - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina, 2018.
	Orientador (a): Profa. Dra. Susanne Pinheiro Costa e Silva.
	1. Representações Sociais. 2. CAPSi. 3. Criança. 4. Família. 5. Cuidado. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.
	CDD 305.231

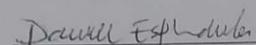
Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da UNIVASF.  
Bibliotecário: Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097.

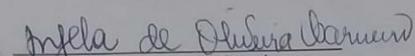
STEPHANIE MALANE SOUZA SILVA

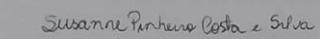
ROTINA, POSSIBILIDADES E DESAFIOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
FAMILIARES ACERCA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTO-JUVENIL.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal do Vale do São Francisco, como requisito para a obtenção do título de Mestre  
em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

  
Prof. Dr. Daniel Henrique Pereira Espindula  
Universidade Federal do Vale do São Francisco, PE

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angela de Oliveira Carneiro  
Universidade Federal do Vale do São Francisco, PE

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Susanne Pinheiro Costa  
Universidade Federal da Paraíba, PB  
Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Petrolina-PE, 27 de agosto de 2018.

## DICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a **Deus** por ser a minha força e meu guia;

Aos meus pais, **Rildo** e **Inês** por sempre me apoiarem e estarem ao meu lado em todos os caminhos percorridos e o amor incondicional;

As minhas irmãs, **Thaísa**, **Fernanda** e **Ingrid** por estar comigo durante todas as minhas lutas;

Ao meu esposo **Carlos** por me apoiar em todas as decisões e está em todos os caminhos percorridos até aqui;

Ao meu filho **João Arthur** por ser minha motivação e a razão de toda minha dedicação e amor;

À professora **Susanne** por todos os ensinamentos, pela acolhida e principalmente pela paciência na construção dessa dissertação;

Aos meus **amigos** que estiveram perto ou longe, mas sempre ao meu lado.

## AGRADECIMENTOS

A Jeová, deus que sabe de todas as coisas e me orienta em todos os caminhos que tento seguir, que enche minha vida de sonhos e me proporcionou a oportunidade deste crescimento profissional. Aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar e ensinaram a importância dos estudos na realização dos sonhos. As minhas irmãs por sempre me ouvirem, me ajudarem e compreenderem.

A meu esposo Carlos por sempre está comigo, em todos os momentos, me incentivar a crescer e investir tanto quanto eu nos meus sonhos. A meu filho João Arthur que é minha motivação diária para seguir, melhorar enquanto humana e profissional e que me proporcionou a melhor e maior função de ser mãe. Aos meus amigos que estão sempre me mostrando o melhor da vida e incentivando em tudo o que faço. Aos usuários de saúde mental e seus familiares que tive a oportunidade de acompanhar durante minha vida profissional, muito obrigada por permitirem cada encontro e me deixar de alguma forma contribuir no cuidado de vocês.

Especialmente minha orientadora Susanne, que tive o privilégio de ser sua aluna nesses dois anos, me ajudou inúmeras vezes, me acolheu em todos os momentos de dificuldades, compartilhou comigo seus ensinamentos, mas principalmente me ensinou que a docência deve ser regada de muito amor, empatia e respeito. Professora você foi um dos maiores presentes que a vida me deu. Como vou sentir falta de seu apoio. Aos meus colegas de mestrado, mas principalmente a Khéssia pela paciência em ensinar e de ajudar sempre que precisei!

Aos docentes e ao programa de Pós-graduação em Psicologia da UNIVASF, pela oportunidade de aprimorar conhecimentos e ser mestre. As participantes que compartilharam suas histórias e vivências. E a Secretaria Municipal de Petrolina pelo consentimento para coleta dos dados, possibilitando a realização deste estudo.

Obrigada a todos!

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.  
Portanto, abrange mais que um momento de atenção,  
de zelo e de desvelo.  
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,  
de responsabilização  
e envolvimento afetivo com o outro”.

(Leonardo Boff)

Silva, Stephanie Maiane Souza. Rotina, possibilidades e desafios: Representações Sociais de familiares acerca de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2018. 65f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina/PE, 2018.

## RESUMO

O cuidado em saúde mental direcionado à população infantil tem se constituído um grande desafio frente a sua complexidade, especialmente na estruturação e organização da oferta de serviços de saúde orientados não apenas ao processo de crescimento e desenvolvimento, mas também às particularidades dessa população. O CAPSi propõe mudança na forma em que o cuidado é ofertado à criança, tratando-se de um serviço substitutivo ao modelo manicomial que atua para a integração desta à família e sociedade. Este estudo objetivou compreender as representações sociais de familiares de crianças atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil acerca deste serviço. Pesquisa de abordagem qualitativa embasada no referencial teórico-metodológico das Representações Sociais, desenvolvida com familiares de crianças atendidas em um CAPSi de uma cidade de médio porte do interior pernambucano que frequentavam o serviço a, pelo menos, três meses. Participaram 19 pessoas, sendo 18 do sexo feminino. Foi utilizada como técnica para coleta de dados entrevistas semiestruturadas, processadas pelo software Iramuteq, com posterior Análise de Conteúdo de Bradin para interpretação dos dados, expondo-os graficamente através do dendrograma e nuvem de palavras. As representações sociais construídas pelos familiares revelam o CAPSi como elemento importante no cuidado à criança com transtornos psíquicos, potencializado as relações sociais através do desenvolvimento de atividades normais para a idade, especialmente o brincar. O acolhimento é facilitador de diálogos e rompimento de barreiras para exposição das dúvidas e anseios por parte da família. Auxilia na relação que esta estabelece com as crianças e na superação dos desafios vivenciados. O estudo percebeu grandes potencialidades que o CAPSi possui no cuidado à crianças com sofrimento mental, embora sinalize a necessidade constante de repensar as práticas ofertadas pelos serviços substitutivos.

**Palavras-Chaves:** Representações Sociais; CAPSi; Criança; Família; Cuidado.

Silva, Stephanie Maiane Souza. Routine, possibilities and challenges: Social representations of relatives about a Center for Psychosocial Child and Adolescent Care. 2018. 65f. Dissertation (Master in Psychology). Postgraduate Program in Psychology, Federal University of Vale do São Francisco, Petrolina/PE, 2018.

## ABSTRACT

Mental health care directed at the child population has been a major challenge due to its complexity, especially in the structuring and organization of the provision of health services oriented not only to the process of growth and development, but also to the peculiarities of this population. The CAPSi proposes a change in the way in which care is offered to the child, being a substitutive service to the asylum model that acts for the integration of this to the family and society. This study aimed to understand the social representations of family members of children attended by the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care about this service. A qualitative approach based on the theoretical and methodological framework of the Social Representations, developed with family members of children attending a CAPSi of a medium-sized city in the interior of Pernambuco that attended the service for at least three months. Nineteen people participated, 18 being female. Semi-structured interviews were used, which were processed by the Iramuteq software, using Bradin's Content Analysis to interpret the data and graphically expose them through dendrogram and word cloud. The social representations built by the relatives reveal the CAPSi as an important element in the care of the child with psychic disorders, enhancing social relations through the development of normal activities for the age, especially the play. The host is a facilitator of dialogues and the breaking of barriers to expose the doubts and wishes of the family. It assists in the relationship that it establishes with children and in overcoming the challenges experienced. The study realized the great potential that the CAPSi has in the care of children with mental suffering, although it indicates the constant need to rethink the practices offered by the substitutive services.

**Palavras-Chaves:** Social Representations; CAPSi; Child; Family; Caution.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

---

### LISTA DE QUADROS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	29
----------	--	----

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dendrograma.....	34
Figura 2	Nuvem de palavras dos familiares sobre o CAPSi em função de sua frequência.....	43

## SUMÁRIO

---

---

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
<b>INFÂNCIA: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>16</b>
<b>A FAMÍLIA COMO AGENTE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>18</b>
<b>O CAPSi NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTIL.....</b>	<b>21</b>
<b>CONCEITUANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>26</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>26</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>27</b>
<b>TIPO DE ESTUDO E NATUREZA.....</b>	<b>27</b>
<b>CENÁRIO DA PESQUISA.....</b>	<b>27</b>
<b>PARTICIPANTES.....</b>	<b>28</b>
<b>INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>32</b>
<b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CAPSi PARA OS PARTICIPANTES.....</b>	<b>33</b>
<b>Classificação Hierárquica Descendente –CHD.....</b>	<b>33</b>
<b>Eixo I: Oportunidade Terapêutica.....</b>	<b>35</b>
<b>Eixo II: Rotina.....</b>	<b>40</b>
<b>Nuvem de Palavras.....</b>	<b>42</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

---

O adoecimento mental na infância traz consigo consequências no âmbito individual e familiar, que quase sempre é abalado pelo estigma e preconceito ainda existentes na sociedade. No caso da atenção em saúde mental à criança, quase sempre a família é a principal cuidadora e responsável por procurar ajuda. De acordo com dados levantados por Furtado, Higarashi e Vicente (2014), estima-se que 10% a 20% da população infanto-juvenil mundial sofra de transtornos mentais, na qual 3% a 4% precisam de tratamento integral.

O cuidado em saúde mental direcionado à população infantil tem se constituído um grande desafio frente a sua complexidade, especialmente na estruturação e organização da oferta de serviços de saúde orientados não apenas ao processo de crescimento e desenvolvimento, mas também às particularidades dessa população. Em termos históricos, nota-se que o adoecimento mental na infância nem sempre foi uma questão de saúde pública. Por muito tempo, as ações de cuidado às crianças acometidas por doenças de ordem mental ficavam mais restritas à área educacional ou aos cuidados de instituições de caráter filantrópico, bem como associações de familiares, e não propriamente ao setor da saúde (Taño, 2014).

Dessa forma, a não inclusão da saúde mental na infantil como algo inerente a tal área e sua destituição da agenda de discussões das políticas públicas no Brasil ocasionou um atraso na construção de proposições nesse âmbito, que só teve o seu panorama alterado no início da década de 1970, a partir da Reforma Sanitária. Esta pode ser definida como um movimento nacional de ruptura com o modelo de saúde direcionado apenas às atividades curativistas, propondo-se à construção de um outro firmado no direito à saúde, participação e controle social, além da responsabilização do Estado no que tange à assistência à saúde da população (Nogueira & Brito, 2017).

A Reforma Sanitária, então, representou grande marco para o fomento de ações de cuidados igualitários na saúde, impulsionando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este, por sua vez, baseia-se em um conceito ampliado de saúde, norteado por princípios de universalização, equidade e igualdade. A partir da modificação da atenção à saúde, alavanca-se outro movimento denominado Reforma Psiquiátrica, tendo como norte a desinstitucionalização e inserção da pessoa em sofrimento mental na comunidade (Nogueira & Brito, 2017).

Para tanto, o movimento de Reforma Psiquiátrica teve como principal objetivo mudar epistemologicamente a compreensão social do sofrimento psíquico, possibilitando um novo olhar para a loucura, que passa a ser compreendida enquanto fenômeno social. Foi a partir dele que o adoecimento mental na infância passou a ocupar lugar nas discussões sobre as mudanças necessárias e serviços ofertados às crianças e adolescentes adoecidos psicologicamente. Possibilitou, juntamente com a implementação do SUS, a organização de serviços de saúde mental pautados na promoção da saúde, humanização e trabalho em equipe, sendo esta integrante de uma rede de cuidados (Trajano, Bernardes, & Zurba, 2018).

De acordo com Amarante e Nunes (2018), a Reforma Psiquiátrica buscou construir um pensamento crítico em relação ao sentido da loucura e da institucionalização de pessoas em sofrimento mental, que até então eram privadas do convívio em sociedade. Possibilitou, por conseguinte, a idealização e implementação de serviços de saúde diferentes do modelo asilar vigente, desenvolvendo na sua essência práticas inovadoras, capazes de criar um novo paradigma e romper com as práticas de violência e violação de direitos, com atuação fora dos hospitais psiquiátricos e focada na desinstitucionalização.

Por conseguinte, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos através da Portaria 336/2002. O CAPS representa um marco na assistência a pessoas com sofrimento mental, pois além de criar serviços substitutivos ao manicômio, abarca diferentes modalidades de assistência destinadas a populações específicas: CAPS I, II e III – designados para pessoas adultas, com transtornos mentais graves a severos; CAPSad II e III – para usuários de álcool e outra drogas; e o CAPSi, que possui como clientela apenas crianças e adolescentes com transtornos mentais graves a severos (BRASIL, 2002).

O CAPSi deve ser um ambiente de natureza comunitária, uma vez que precisa estar inserido dentro do espaço urbano e corresponde a um serviço especializado na rede de saúde mental infantojuvenil, responsável pela organização da demanda e da rede de tais cuidados para crianças e adolescentes no âmbito do seu território (BRASIL, 2002).

Este serviço é constituído por uma equipe multiprofissional, que deve atuar interdisciplinarmente, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Desempenha atividades prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias, reuniões diárias de equipe) e articuladas com outros serviços da rede de saúde. Para tanto, o cuidado realizado baseia-se no Projeto Terapêutico Individual (PTI) de cada usuário que, por sua vez, deve envolver a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2011).

Desde a sua implementação, nota-se o constante crescimento do número de unidades do CAPSi ofertados à população. Em 2013, havia em todo território nacional 187 serviços

dessa modalidade. Nos últimos três anos, esse número subiu para 210 unidades espalhadas nas mais diversas regiões e territórios. No estado de Pernambuco, verifica-se que este índice ainda carece de melhorias, uma vez que possui apenas oito CAPSi em todo o estado, estando um deles localizado na cidade de Petrolina, único município do sertão pernambucano a disponibilizar tal serviço à população (BRASIL, 2016).

Dessa maneira, mesmo com o aumento gradual do número de oferta do CAPSi ainda há necessidade de que este cresça, especialmente pelo fato de propor mudança na forma de ofertar o cuidado à população infantojuvenil, trabalhando para a sua integração não apenas na sociedade, mas também na própria família. No contexto dos serviços CAPSi, os relacionamentos afetivos, sociais, comunitários e, principalmente, familiares passam a ocupar lugar central nas estratégias de atenção (Constantinidis, Cid, Santana, & Renó, 2018).

Este serviço considera fundamentalmente o papel da família e os laços estabelecidos entre estas e suas crianças, entendendo que a extensão e complexidade de algumas doenças repercutem de forma negativa sobre a vida de todos, produzindo desgaste físico, mental e emocional. Neste sentido, os CAPSi devem buscar mecanismos para cooperar com a família de seus usuários, ofertando atividades de apoio, já que muitas vezes esta vivencia situações para as quais não se sente preparada (Matos & Muniz, 2018).

Assim, é imprescindível que os serviços especializados estejam preparados para atuarem de forma singular, incluindo a família como parceira no tratamento da criança, bem como apoiando esta em seus mais diversos anseios. Os aspectos objetivos e subjetivos da vivência daqueles que rodeiam crianças e jovens com problemas mentais, especialmente os familiares, influenciam na forma como estes lidam e percebem as crianças. Diante disso, é importante entender também como a família está inserida nesse processo (Batista & Oliveira, 2017; Gomes, Silva, & Batista, 2018).

De acordo com Bustamante, Oliveira e Rodrigues (2017), o crescimento na procura por assistência em saúde mental para crianças nos últimos anos é descrito em vários estudos de cunho epidemiológico, sinalizando a alta prevalência de doenças mentais na infância e necessidade de ampla discussão acerca da temática. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que o adoecimento mental é uma questão social relevante a ser compreendida nos seus mais diversos aspectos. Em se tratando da população infantil, a prevalência dos transtornos mentais situa-se entre 10 a 15% em todo o mundo, tendo o Brasil média de 13% de crianças acometidas (Cunha, Borges, & Bezerra, 2017).

Apesar das modificações que ocorreram ao longo do tempo representarem avanços significativos no modo de pensar o adoecimento nesta fase da vida, vê-se ainda grande desafio

na solução das muitas dificuldades enfrentadas tanto pelas crianças quanto pelas suas famílias. Pensar o cuidado em saúde mental para a população infantil é de suma importância não apenas para incentivar a busca pelo tratamento, mas também pela garantia de serviços que atuem a partir do respeito à singularidade deste público.

Por ser uma iniciativa nunca vista antes no Brasil, o CAPSi ainda é um serviço pouco conhecido, fato este que sinaliza à necessidade de maior aproximação com a população, sendo de suma importância que estudos sejam feitos no intuito de gerar discussões a este respeito, principalmente no que tange às contribuições enquanto dispositivo de cuidado em saúde mental que envolve o usuário e sua família. Nessa perspectiva, questiona-se:

- O que pensam os familiares de crianças acompanhadas pelo CAPSi acerca do serviço?
- De fato, como este contribui com a rotina da criança e sua família?

Ao entender que as representações sociais influenciam nas atitudes, decidiu-se respaldar este estudo na perspectiva da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici. As Representações Sociais (RS) são definidas como um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, onde o principal objetivo é prático e direcionado para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 2011).

Em suma, é notória a sua importância no conhecimento dos fenômenos da vida cotidiana. É fato que elas estão presentes na forma como cada grupo social interpreta, atua e se posiciona acerca de uma dada realidade. Por esse motivo, as RS são fundamentais para o entendimento de como as pessoas interpretam o acompanhamento ofertado pelos serviços de saúde mental direcionados ao público infantojuvenil, levando em consideração suas vivências acerca do assunto.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

Para atender ao objetivo proposto e entender o tema com mais profundidade, foi realizado levantamento bibliográfico sobre a infância; atenção à saúde mental nesta fase da vida e inclusão da família no cuidado, bem como acerca da fundamentação teórico-metodológica sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS).

### INFÂNCIA: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL

De acordo com Barbosa e Magalhães (2015), o modo como a criança se comporta, que é específico de cada época, só pode ser compreendido através da análise da cultura na qual ela está inserida. Diante disso, para se abarcar a lógica do cuidado ofertado em saúde mental, é necessário perceber, dentre outras questões, as mudanças ocorridas ao longo do tempo.

Ferreira (2013) diz que, etimologicamente, a palavra infância tem origem no latim *In-fale*, que significa “o que não fala”, expressando também “o que não tem palavra”, que “não pode compreender” ou ainda “aquele que não tem nada de relevante para falar”. Entretanto, tais concepções vêm sendo paulatinamente modificadas.

Para Maia (2012), as percepções acerca da infância e da criança são construções sociais, uma vez que tanto foram edificadas ao longo da vida quanto são carregadas de histórias, representações e valores, que mudam ao longo do tempo e mostram como a sociedade as entende em cada momento vivido.

É válido colocar que o conceito de criança existe em todas as culturas, mas o de infância não, já que este foi construído mais tardiamente. A definição de criança está relacionada ao aspecto biológico, como aquela pessoa que se difere do adulto pela sua fragilidade e dependência e que se encontra em intenso processo de crescimento físico. O debate entre estes dois conceitos (criança e infância) é claro, uma vez que diferentemente do primeiro, a infância depende da concepção ou representação que os adultos fazem desse período da vida. Atualmente, a infância é entendida como uma categoria social ou uma etapa que está intimamente ligada pelas relações culturais estabelecidas em uma determinada sociedade (Wilbert, 2009).

Desse modo, não se pode pensar a infância sem falar das diversas concepções que contribuíram para sua condição atual, sendo este conceito construído historicamente e que diz

muito sobre os valores e forma de organização da sociedade em cada período. Vários autores colocam que para cada época ter-se-á entendimentos de infância com algumas particularidades (Neves & Galvão, 2016; Oliveira & Trancoso, 2014; Lins, Silva, Lins, & Carneiro, 2014).

Barbosa e Magalhães (2015) discorrem que foi a partir do teórico Philippe Ariès que se pôde entender de forma mais profunda a concepção de infância, já que este abordou detalhadamente esta construção desde a Idade Média. Para Ariès (1978), o conceito de infância não existia antes da Idade Moderna. Até o século XIII, as crianças eram consideradas pequenos adultos, não sendo a infância vista como uma fase peculiar; era apenas um período de transição. Por este motivo, eram inseridas no mundo adulto, partilhando da rotina e dos trabalhos realizados, sem preocupações com cuidados específicos. Tal concepção de fase sem importância foi superada entre os séculos XVI e XVII (Ariès, 1978).

A literatura destaca que mesmo a infância sendo reconhecida socialmente como um período particular, esta não vai ser vivenciada por todas as crianças, porquanto a condição econômica e social irá interferir diretamente em tal vivência (Barbosa & Magalhães, 2015). Como dito, a infância nasce na Idade Moderna e passa a ter lugar de destaque no âmbito social, devendo estas ser cativadas, educadas e esclarecidas. A partir disso, a família também ganha um novo sentido, que prevalece até a atualidade, tendo a função de educar e preparar a criança para o mundo, já que esta necessita de cuidados desde o nascimento para a garantia de uma infância e vida plena e saudável (Kuhn & Cunha, 2014; Wilbert, 2009).

Para Kuhn e Cunha (2014), atualmente a criança é situada como sujeito distinto dos adultos, principalmente no tocante à natureza das atividades que lhe são eleitas como próprias: o brincar, principalmente. O ato de brincar é uma das características que mais marca a infância e pode ser compreendido como atividade espontânea que envolve o desenvolvimento em todas as áreas (coordenação motora, cognição, linguagem e interações sociais). É considerado um processo essencial a ser vivido durante esta etapa, pelo qual a criança se constitui no mundo e o mundo se constitui para ela, com o estabelecimento de uma relação mútua (Silva & Pontes, 2013).

Destarte, o brincar como característica da infância torna-se uma das formas que a criança encontra para lidar e habitar o mundo. Várias áreas de conhecimento como a psicologia, sociologia e pedagogia concordam que ele favorece o desenvolvimento global, sendo também importante facilitador na expressão da agressividade e de sentimentos como angústias e tristezas, constituindo também importante recurso terapêutico no acompanhamento de crianças com demandas em saúde mental. O ato de brincar possibilita

que a criança se distancie daquilo que a faz sofrer, especialmente por ajudar na elaboração de questões difíceis de serem compreendidas (Lima & Bernardi, 2013).

No âmbito dos serviços de saúde mental destinados à criança e ao adolescente, o brincar é percebido como uma condição importante na promoção de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de seus usuários. Para além, ocupa o primeiro lugar na preferência das crianças como atividade terapêutica no CAPSi, sendo indispensável para o cuidado a estes usuários (Silva, Araújo, Ribeiro, & Pereira, 2017).

Felix (2014), em uma pesquisa sobre as representações sociais de familiares acerca do sofrimento mental, evidencia que o brincar no cuidado a crianças com sofrimento mental é um convite à interação com estas, além de ser um agente facilitador para a sua inserção em outros espaços sociais. Para este autor, no atendimento prestado, a brincadeira não deve entendida simplesmente como um passatempo ou atividade característica da infância, mas sim como possibilidade terapêutica, capaz de proporcionar resultados importantes no desenvolvimento de habilidades e competências sociais, como a comunicação e a interação social, que em muitos casos encontram-se comprometidas.

Finalmente, é importante enfatizar que no cuidado ofertado pelo CAPSi, o lúdico necessita estar inserido nas atividades coletivas e individuais, sejam elas grupos terapêuticos, oficinas, atendimentos ou mesmo atividades físicas, utilizando-o como recurso importante também no estreitamento das relações familiares de seus usuários (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009).

## **A FAMÍLIA COMO AGENTE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

A família é uma das instituições mais antigas e fundamentais à organização social. Nos últimos anos, tem recebido grande destaque no debate do papel que desempenha na construção do ser humano desde os primeiros anos de vida, porquanto é ela o primeiro grupo a desempenhar influência na vida de uma pessoa, inclusive sobre o comportamento, personalidade e escolhas futuras. É através da relação com a família que o ser humano se constitui como sujeito, iniciando a formação da sua identidade e percepções, abarcando ideias de quem são os outros e quais os papéis que desempenham na organização familiar (Silva, 2005).

Etimologicamente, a palavra família, derivada do latim *familia*, significa um conjunto de propriedades de alguém, advindo do termo *famulus* (escravo doméstico). Tais conjuntos de propriedades incluíam escravos e pessoas ligadas a uma grande personalidade, tratadas, então,

como uma propriedade do senhor. Ao longo dos anos, essa ideia família-propriedade vem sendo modificada, ganhando características, sentidos e significados diferentes em cada período vivenciado. Por este motivo, tanto no senso-comum como na ciência encontram-se diferentes formas de explicar a família, suas modificações e compreensões sobre o status atual desta instituição (Vasconcelos & Almeida, 2013).

Fazendo uma viagem pela história, Ariès (1978) aborda como as famílias se organizavam e o modo como transformaram os cuidados às crianças. Até o século XVII, não existia claramente sentimento ou valor atribuído à família, sendo que no ambiente familiar os membros pouco dispunham de intimidade entre si. Isto só se modificou por volta do século XVIII, graças à mudança relacionada à educação das crianças, que passaram a ser percebidas pelos adultos como parte de grupo familiar. Foi a partir daí que a família deixa de ser uma instituição pública para se tornar fechada, organizando-se de forma diferente, alterando papéis e direcionando a criança cuidados e afetos que até então não ocorriam comumente no grupo familiar.

Trazendo para o âmbito da psicologia, várias teorias abordam e definem o termo família. Esta pode ser deliberada como o sistema que mais influencia no desenvolvimento das crianças, além do mais importante sistema de socialização. Silva, Nunes, Betti e Rios (2008) colocam que dois modelos teóricos têm sido amplamente utilizados atualmente para esta compreensão: o modelo bioecológico e a abordagem sistêmica.

A Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, criada em 1996, propõe um modelo bioecológico do desenvolvimento humano, onde o meio ecológico configura-se como um conjunto de sistemas interdependentes que, topologicamente, são percebidos como uma organização de encaixe de estruturas concêntricas nomeadas como micro, meso, exo e macrossistema. O macrossistema se refere à criança; o mesossistema abarca o contexto familiar; o exossistema o local de trabalho dos pais e a rede social; e o macrossistema é composto pelos valores culturais ou subcultura e crenças que influenciam todos os outros sistemas, sendo o desenvolvimento da criança afetado por todas essas estruturas (Silva *et al.*, 2008).

Para o Modelo Sistêmico de Minuchin, a família é um tipo especial de sistema no qual sua estrutura propõe padrões de interação recorrentes e previsíveis que refletem as filiações, tensões e hierarquias sociais. Os seus arquétipos definem os caminhos que a família utiliza para tomar decisões e controlar o comportamento de seus membros, assim como as propriedades que organizam a estabilidade e a mudança. Segundo a teoria sistêmica, a família é percebida como um sistema composto por vários subsistemas, como marido-esposa,

genitores-filhos, irmãos-irmãos, avós-netos. Outros autores que discutem essa abordagem, como Turnbull, propõem que a família é uma unidade constituída por vários elementos que estabelecem diferentes níveis de interação entre si (Silva *et al.*, 2008).

Portanto, a família pode ser pensada como um sistema interacional, composto por vários subsistemas. Numa família nuclear tradicional podem existir até quatro subsistemas: o conjugal, que corresponde às interações entre o casal; o parental – configurado pelas interações entre pais e filhos; o fraterno, em que se estabelecem interações entre os irmãos; e o da família estendida, que engloba as interações com outros membros, como avós e tios. É importante destacar que esta teoria defende que os fatores culturais influenciam as características familiares que, por sua vez, modelam as interações desse sistema (Silva *et al.*, 2008).

No campo da saúde mental, a temática família vem sendo amplamente discutida no âmbito dos serviços de atenção psicossocial frente a sua importância na superação dos preconceitos e estigmas enfrentados pelas pessoas acometidas por transtornos. Medeiros, Maciel, Sousa, Tenório-Souza e Dias (2013) adverte que o cuidar dos filhos se coloca como um grande desafio e uma tarefa extremamente complexa e difícil para a família. Essa dificuldade advém do fato de que, no que diz respeito à educação e formação das crianças até a idade adulta, são muitas as exigências e os deveres a que os pais estão submetidos.

Diante desses novos desafios, o adoecimento dos filhos abala profundamente a família. A constatação de uma doença pode gerar desequilíbrio em toda a estrutura familiar, ocasionando inclusive a quebra de vínculo entre os seus membros (Medeiros *et al.*, 2013). Desde o movimento de reforma psiquiátrica, com a instituição da rede substitutiva e implantação dos CAPS, a família assumiu uma importante função na reinserção social da pessoa com doença mental. Assim, participa ativamente do processo de desinstitucionalização e assumiu a responsabilidade de se envolver cotidianamente no tratamento e acompanhamento de seus parentes, enfrentando os estereótipos e auxiliando na superação destes (Brusamarello, Maftum, Mantovani, & Alcantara, 2018).

Apesar disso, nota-se que grandes desafios também foram postos, passando a existir uma necessidade ainda maior de que estas famílias sejam orientadas e encorajadas pelos profissionais dos serviços a fim de que assumam o seu protagonismo no cuidado diário (Kalam *et al.*, 2017). Azevedo e Miranda (2011), em pesquisa realizada sobre a participação da família em um serviço CAPS, pontuam que é necessário comprometimento e responsabilização para a efetivação do cuidado coletivo, objetivando a promoção da saúde e a manutenção da autonomia dos usuários destes locais, construindo a cidadania e conquista do

espaço no ambiente social do acometido pela doença mental.

## **O CAPSi NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTIL**

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como principal objetivo promover a desinstitucionalização e a inclusão de pessoas com sofrimento mental nos mais diversos setores sociais como escola, mercado de trabalho, família e outros. De acordo com Kantorski, Guedes, Feijó e Hisse (2013), tal reforma procurou resignificar o objeto de intervenção e o sofrimento mental, com o intuito de romper com os manicômios internos e externos, alterando a forma de pensar e agir da sociedade. Além disso, buscou reformular e discutir os modos de pensar os serviços, disponibilizando uma rede de saúde mental estruturada no próprio território das famílias, incluindo à atenção a infância.

Foi através do Projeto de Lei nº. 10.216, conhecido como Lei Paulo Delgado, a qual dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental, que tem sido realizada a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de serviços, especialmente os CAPS (Tomasi *et al.*, 2010).

Estes são instalados a partir da população de cada município, divididos nas seguintes modalidades de atendimento: CAPS I, serviço ofertado em municípios menores, responsáveis pelo atendimento de pessoas (crianças e adultos) tanto em sofrimento mental como daquelas com problemas relacionados ao uso de drogas; CAPS II, que tem atendimento destinado ao público adulto com sofrimento mental; CAPSad, que também destina-se ao público adulto, mas para casos de uso abusivo de drogas; CAPS III e CAPSad III, que possuem as mesmas características do CAPS II e CAPSad, mas com o diferencial de funcionar 24h; e o CAPSi, responsável pela atenção em saúde mental de crianças e adolescentes acometidos pelos sofrimento mental e/ou uso abusivo de drogas. Todos estes serviços são substitutivos do modelo asilar (Tomasi *et al.*, 2010).

É crescente o número de encaminhamentos de crianças que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico. Muitas são as discussões em torno da importância de ofertar cuidado e acompanhamento de qualidade nessa fase da vida, garantindo serviços abertos e comunitários que atuem diretamente na promoção da autonomia desses sujeitos e na manutenção dos seus laços familiares, que são afetados diretamente.

De acordo com Furtado *et al.* (2014), o âmbito familiar é um dos setores da vida da criança em sofrimento psíquico que mais é atingido, uma vez que a família lida diretamente com a ela e com o estigma que a sociedade ainda possui em relação à doença mental. Nesse

sentido, é importante que a família, assim como a criança, recebam suporte e amparo, estando acolhidas por rede articulada que possibilite a troca de experiências e viabilize a melhoria das suas condições sociais. Preconiza-se, assim, que sejam acompanhadas em seu meio familiar e pelos serviços de base comunitárias, prioritariamente os CAPSi.

Estes, por sua vez, devem promover ações que busquem a reinserção social (tanto na família quanto em outros espaços), a preservação e o fortalecimento das redes de apoio, garantindo o acesso a atividades de lazer e o exercício dos direitos civis de crianças acometidas por sofrimento mental, bem como sua participação em oficinas e grupos no serviço e na comunidade, a fim de promover a mudança do modelo biomédico de cuidado, que é focado no sintoma e na extinção da doença, apenas.

O cuidado no CAPSi deve ser ofertado e direcionado a partir de atividades individuais e coletivas, dentre elas grupos terapêuticos, oficinas de geração de renda e criação, atendimentos individuais, atividades físicas e lúdicas e arte-terapia, além de ser recurso importante na manutenção das relações familiares das crianças acompanhadas (Mielk *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, o CAPSi representa avanço na atenção à saúde mental infantil. Entretanto, é válido destacar que ainda são muitas as adversidades a serem enfrentadas para que realmente tenha suas ações consolidadas (Onocko-Campos, Passos, Leal, & Palombini, 2010). Assim, torna-se de grande valia a avaliação constante de tais serviços, mostrando de fato o que tem ocorrido no acompanhamento diário, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção ofertada e do próprio serviço. Sobre este aspecto, Brasil (2007) coloca que avaliar os serviços de saúde significa desenvolver uma atividade constante de comparação entre o que se tem e o que é entendido como ação ideal a ser desenvolvida. Em suma, é questionar o que se faz na prática com o que a teoria preconiza.

## **CONCEITUANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

O estudo que originou a Teoria das Representações Sociais (TRS) foi realizado por Serge Moscovici em 1961, na França, por meio da publicação intitulada “*La Psychanalyse: son image et son public*”, que teve como principal objetivo discutir de que forma o discurso científico firmava-se na consciência dos grupos (Santos & Cardoso, 2014). Moscovici, ao discutir e formular a teoria, sugeriu um breve conceito que as define como

um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2012, p. 21).

Jodelet (2011) a define como um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, onde o principal objetivo é prático e direcionado para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Assim, a representação seria uma maneira de ligar o sujeito a um objeto, sendo este social, material ou ideal, estando imersa em uma relação de simbolização e interpretação. É também uma expressão do sujeito, que pode ser percebido do ponto de vista epistêmico ou psicodinâmico, mas também social e coletivo.

Sobre isso, Camargo, Contarello, Wachelke, Morais e Piccolo (2014) referem que as RS são coletivamente construídas, tendo suma importância no direcionamento de condutas e orientação de comportamento de indivíduos e grupos. São dinâmicas e possuem um caráter social, partilhado e que refletem as normas e valores de um determinado grupo. Por isso, teriam como principal função guiar a ação de indivíduos e grupos nas suas práticas sociais.

A partir da TRS, Moscovici mostrou ter uma visão pioneira e transformadora da Psicologia Social, propondo um caminho para os dilemas que esta enfrentava, incluindo o que a psicologia era e o que queria ser (Jovchelovitch, 2014). Barbosa e Camino (2014) colocam que a TRS se configurou como uma nova forma de investigação na Psicologia Social. Segundo eles, a TRS veio propor que os aspectos individuais, até então foco da psicologia social, deveriam ser estudados a partir da inserção do sujeito e grupos no meio social.

Collares-da-Rocha (2014) acrescenta que estando ligada aos fenômenos coletivos, a TRS está diretamente relacionada com o estudo do que pensam os seres sociais em comunidade, onde estes são reconhecidos como fonte legítima de conhecimento e propulsores das transformações. O saber do senso comum (universo consensual) merece destaque e, mesmo que se diferencie do conhecimento científico (universo reificado), tem o mesmo valor enquanto objeto de estudo, não apenas pela importância na vida cotidiana, mas também pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos de interações entre indivíduos e grupos, sendo central na TRS (Silva, Camargo, & Padilha, 2011).

Confirmando estas ideias, Jovchelovitch (2014) aponta que a TRS busca dar conta do pensamento cotidiano, das crenças e do senso comum, que são formas de pensar múltiplas e

multifacetadas as quais não são percebidas como saberes menores, mas como algo necessário e eficaz nas funções que lhe são atribuídas e no contexto em que são produzidas. Deste modo, a TRS é utilizada por um campo vasto de pesquisadores, auxiliando nas mais variadas investigações científicas. Nesse sentido, por serem dinâmicas e possuírem um caráter social partilhado e que reflete às normas e valores de um determinado grupo, teriam como principal função guiar a ação de indivíduos e grupos nas suas práticas sociais (Camargo *et al.*, 2014).

Moscovici (2012) coloca que as RS configuram-se a partir de três dimensões: a informação, a atitude e o campo da representação ou imagem. A informação é aquela que mostra como os conhecimentos sobre um objeto específico são arranjados em um grupo; a dimensão atitude mostra como a forma global de organização dos indivíduos de um grupo em relação ao objeto específico influencia no seu comportamento; e por fim, o campo da representação está associado à ideia de imagem atribuída a um conteúdo concreto.

Além da sua condição dimensional, as RS possuem ainda quatro funções essenciais, que são definidas como: a) Função de saber, onde um saber novo pode ser integrado aos anteriores, fazendo com que algo novo seja assimilado e compreendido; b) Função identitária, ligada à identidade dos grupos, situando às pessoas e os grupos no campo social; c) Função de orientação, que guia os comportamentos e as práticas; d) Função justificatória, que permite justificar as tomadas de posição e os comportamentos, sendo importante por justificar, preservar e manter distância entre grupos sociais (Abric, 1989).

As RS possuem um caráter duplo, conceitual e figurativo, seguindo por um lado uma linha do pensamento conceitual e por outro a maneira da atividade perceptiva. Dois processos de grande importância para sua formação são a objetivação e a ancoragem. A objetivação trata de transformar o que é novo ou complexo em uma imagem concreta, apoiando-se em conceitos já familiares. Este processo pode ser definido como uma operação imaginante e estruturante, onde se dá forma específica a determinado conhecimento acerca de um objeto. Já o processo de ancoragem diz respeito à incorporação de novos elementos a um conjunto de categorias já formadas. Aqui, ocorre à inserção de um novo objeto, depois de alguns ajustes, a um conjunto já tido como de categorias familiares (Almeida & Santos, 2011).

Em suma, é notória a complexidade das RS e sua importância para os fenômenos ocorrentes na vida cotidiana. É fato que elas estão presentes na forma com que cada grupo social interpreta, atua e se posiciona acerca da realidade, uma vez que proporciona o estudo aprofundado dos conhecimentos de senso comum que são partilhados socialmente (Wachelke, Camargo, Contarello, Morais, & Piccolo, 2014). Por este motivo, esta teoria foi escolhida para o estudo, pois para encontrar respostas às nossas indagações sobre como os familiares de

crianças acompanhadas em um CAPSi representam o serviço, identificando também a influência deste na rotina familiar, deveríamos escolher uma algo que permitisse encontrar “significações imaginárias”, como coloca Arruda (2002).

## **OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GERAL**

- Compreender as representações sociais de familiares de crianças atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil acerca deste serviço.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar os elementos das representações sociais do Capsi para familiares que acompanham o cuidado ofertado a população infantojuvenil no serviço;
- Identificar as contribuições do CAPSi para a rotina dos usuários e familiares;
- Desvelar o apoio ofertado às famílias de crianças e jovens com sofrimento mental atendidas pelo CAPSi.

O método de um trabalho científico é um dos primeiros passos a ser definido e através do qual se escolhem técnicas, ferramentas e estratégias adequadas para que seja estabelecida a sua sistemática, respondendo às indagações iniciais, como corroboram Gondim e Lima (2002). A partir desse pressuposto, este capítulo visa descrever os aspectos teórico-metodológicos dessa dissertação.

### **TIPO DE ESTUDO E NATUREZA**

Partindo do pressuposto de que a melhor forma de se estudar o referido problema de pesquisa é a partir do discurso dos familiares, privilegiando a fala da pessoa entrevistada, o presente estudo teve abordagem qualitativa, tendo em vista a necessidade de obter os aspectos subjetivos do fenômeno. Quanto a sua natureza, esta foi descritiva, uma vez que teve como objetivo analisar características de um determinado fenômeno (Lakatos & Marconi, 2016).

### **CENÁRIO DA PESQUISA**

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Petrolina-PE. Em 2017, a localidade possuía o número aproximado de 343 mil habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distante 712 km da capital, Recife, Petrolina encontra-se na mesorregião do São Francisco pernambucano, sendo considerada a cidade polo da região.

O local pelo qual aconteceu a seleção dos participantes para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi o CAPSi do referido município. O protocolo foi entregue na Secretaria Municipal de Saúde para prestar informações sobre a pesquisa. Após a permissão das autoridades, documentada através da Carta de Anuência (ANEXO A), os profissionais do CAPSi foram contactados e esclarecidos sobre o estudo, possibilitando a inserção da pesquisadora no ambiente para identificação dos possíveis participantes.

O serviço foi inaugurado no ano de 2011 e é referência no atendimento de saúde mental infantojuvenil do município, acompanhando um número médio de 150 usuários e familiares, que participam das práticas de atenção psicossocial pelo menos uma vez por semana. O CAPSi fica localizado no centro da cidade, em local amplo, com área externa para

refeições, embora apresente pouco espaço verde e/ou para a realização de jogos e brincadeiras.

Possui equipe multiprofissional composta por: coordenadora (com formação em Psicologia), psicóloga, enfermeira, assistente social, recreador, farmacêutico e nutricionista (estes dois últimos vinculados ao NASF e que dão suporte à equipe), médico psiquiatra, técnica de enfermagem, 2 auxiliares de serviços gerais e 2 porteiros.

O serviço funciona de segunda à sexta, em horário comercial, e atende crianças e adolescentes com idade entre zero e 17 anos que apresentem algum transtorno mental moderado ou grave, como esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, transtornos de conduta, depressão e ansiedade generalizada.

O primeiro atendimento ocorre através de demanda livre e/ou encaminhamento, através do qual os usuários são referenciados por dispositivos da rede de saúde do município e até mesmo outros setores, como assistencial social e justiça. Os dias de atendimentos de cada usuário são definidos pela idade. A cada dia da semana, o serviço atende a determinada faixa etária. A frequência de comparecimento é definida pela demanda e necessidade de cada caso. É importante colocar que os usuários só permanecem nas atividades ou atendimento acompanhados pelos familiares ou responsáveis.

Ao chegar ao serviço, os usuários são recepcionados pelo porteiro e direcionados a primeira atividade do dia, realizada pelo profissional de recreação. Assim, podem interagir e brincar com objetos e livros que o serviço disponibiliza. Isto feito, os usuários e familiares são divididos em dois grupos: um de caráter terapêutico para as crianças e outro mais direcionado para orientação, destinado aos familiares ou responsáveis. Logo após, os dois grupos recebem uma refeição ou lanche e as atividades são encerradas. O acompanhamento individual realizado pelo médico ocorre mensalmente; já os outros profissionais atendem individualmente a criança de acordo com a necessidade de cada uma delas.

É importante colocar que o CAPSi é o único serviço de saúde mental na cidade que oferta atendimento multiprofissional e que antes da sua instalação, este cuidado era realizado pela Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), através do tratamento ambulatorial e de grupo, com profissionais médicos, psicólogos e psicopedagogos. Além disso, presta também serviços educacionais.

## **PARTICIPANTES**

Com a intenção de cultivar um clima de confiança e estimular as suas participações, visto que a abordagem qualitativa requer um maior aprofundamento das informações emitidas pelos(as) envolvidos(as), escolheu-se um cenário familiar, pois a pesquisadora já havia mantido vínculo empregatício no serviço.

A amostra, então, constituiu-se por 19 familiares maiores de 18 anos cuidadores de crianças entre 5 e 14 anos atendidas no CAPSi de Petrolina há, pelo menos, 3 meses, independente do sexo. Excluíram-se aqueles que também estivessem em sofrimento psíquico e/ou que tivessem dificuldades para se comunicar através da fala/escuta. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo aos critérios de pesquisa com seres humanos conforme preconiza a Resolução 466/12 (APÊNDICE A).

A fim de preservar o anonimato, utilizou-se para identificar os participantes ao longo do texto à letra F de familiar, seguida pelo número ordinal em que as entrevistas ocorreram. A coleta de dados só teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CAAE 66524717.2.0000.5196).

Todos os participantes foram contactados no próprio CAPSi, que ocorreu fora de tal ambiente para que pudessem ficar à vontade para falar sobre o serviço. A coleta foi realizada no domicílio de cada familiar entrevistado e o momento da entrevista foi marcado de acordo com a sua disponibilidade.

## **INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Os estudos de Representações Sociais possibilitam a escolha de uma diversidade de métodos (Almeida, 2017). Assim, optou-se por utilizar as seguintes técnicas:

- Questionário estruturado (APÊNDICE A): Segundo Lakatos & Marconi (2016), este é um instrumento constituído por uma série ordenada de perguntas, com as vantagens de obter respostas precisas e com maior segurança. O questionário foi elaborado especificamente para o estudo, constando de questões referentes aos dados sociodemográficos dos participantes;
- Entrevista semiestruturada (APÊNDICE B): caracterizada pela forma menos indutiva, mais espontânea e de relativa autonomia por parte do entrevistado. Propõe abertura para que este se sinta à vontade para falar sobre o assunto, guiado

por tópicos que o orientam para que não haja fuga do objeto de pesquisa, contemplando questões sobre o tema proposto. Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: “O que representa o CAPSi para você?”. As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio, com a prévia permissão do participante, e após cada entrevista iniciava-se a transcrição, assim como a leitura exaustiva do texto para melhor compreensão dos discursos.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através do questionário foram organizados em planilha no Microsoft Excel e agrupados em tabela para caracterização dos participantes. A transcrição das entrevistas formou o *corpus* e este foi processado através do sistema de análise quantitativo de dados textuais, o *software* Iramuteq – *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Este é um software gratuito, que possibilita a análise de dados textuais, organizando de forma clara e compreensível a distribuição das palavras.

O Iramuteq realiza diferentes tipos de análise, desde aquelas mais simples até as multivariadas: pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras (Camargo & Justo, 2013). No presente estudo, utilizou-se o método da Classificação Hierárquica Descendente – CHD e nuvem de palavras.

No caso da CHD, os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes, cruzando segmentos de textos e palavra, obtém-se uma classificação estável e definitiva. Este método busca demonstrar as classes de segmentos de textos que possuem palavras semelhantes entre si, mas que também se diferenciam de outras em que aparecem segmentos de textos de diferentes classes, organizando os dados em um dendrograma (FIGURA 1), que mostra as relações entre as classes geradas (Camargo & Justo, 2013).

No método da CHD, o Iramuteq considerou 85,67% do material analisado como relevante, sendo encontradas 663 Unidades de Contexto Elementar (UCE) e destas, 568 foram equiparadas por meio de classificações hierárquicas descendentes dos segmentos de texto, indicando o grau de semelhança dos temas das 6 classes resultantes. Nota-se no dendrograma que o título de cada uma das classes vem acompanhado pelo número de UCE e se dá pela caracterização dos vocábulos em função do coeficiente de associação  $\chi^2$ . No relatório gerado pelo Software, este demonstrou a ocorrência de 22.812 palavras, sendo 2.148 formas distintas.

Pelo método da nuvem de palavras, agrupou-se e organizou-se as mesmas graficamente em função da sua frequência, possibilitando a identificação das palavras-chave do corpus (Camargo & Justo, 2013). Em seguida, prosseguiu-se com a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Assim, esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração, possibilitando a inferência e interpretação dos resultados obtidos através do Iramuteq.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos serão apresentados a partir da caracterização dos participantes, seguindo com análise da Classificação Hierárquica Descendente e do método nuvem de palavras.

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quanto à caracterização dos participantes, a Figura 1 expõe suas particularidades. Dos 19 familiares participantes, a maioria era do sexo feminino, composta por mães e avós como principais acompanhantes das crianças. A idade média foi de 39.9 anos; pessoas pardas, solteiras e com ensino médio completo formaram a maior da amostra.

Com relação ao trabalho, a parte mais expressiva não trabalhava, justificando a dificuldade no cuidado da criança como fator impeditivo para o estabelecimento de vínculo empregatício. De acordo com eles, a criança demandava atenção em tempo integral, incluindo o fato de necessitar de terapias diversas, o que demanda tempo e deslocamento.

No que se refere à renda, os dados mostram que ela é baixa, o que sinaliza as condições sociais que os familiares e as crianças vivem. Além de suprir as necessidades da família, ainda necessitam custear passagens de ônibus pra os locais nos quais os atendimentos ocorrem, como a ida ao CAPSi, medicações e outros.

Sobre o recebimento de benefício, muitos dos familiares responderam que não haver conseguido auxílio do governo, principalmente pela dificuldade de diagnóstico da criança com doença mental, uma vez que este ocorre de forma demorada. Os dados demonstram ainda que o tempo médio de acompanhamento pelo serviço ficou em torno de 19 meses desde a primeira consulta para admissão e cadastramento.

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos participantes. N=19.

VARIÁVEIS		N	%
<b>Sexo</b>	Feminino	18	94.7
	Masculino	01	5.3
<b>Cor</b>	Branco(a)	03	15.7
	Amarelo(a)	01	5.3
	Pardo/negro(a)	15	79.0
<b>Religião</b>	Católica	08	42.1
	Evangélica	06	31.1

	Outra	05	26.3
<b>Estado civil</b>	Casado(a)	05	26.3
	Solteiro(a)	11	57.9
	Divorciado(a)	03	15.7
	Não alfabetizado	01	5.3
<b>Escolaridade</b>	Ens Fund Inc	05	26.3
	Ens Fund Comp	04	21.0
	Ens Méd Comp	08	42.1
	Ens Sup Comp	01	5.3
<b>Trabalha</b>	Sim	05	26.3
	Não	14	73.7
<b>Renda Própria</b>	Sim	05	26.3
	Não	14	73.7
<b>Profissão</b>	Dona de casa	11	58.8
	Diarista	02	10.5
	Agricultura	02	10.5
	Operadora	01	5.3
	Atendente	01	5.3
	Armador	01	5.3
	Cozinheira	01	5.3
<b>Valor da renda</b>	Até 1 sal. mínimo	16	84.2
	Até 2 sal. mínimos	03	15.8
<b>Benefício</b>	Sim	08	42.1
	Não	11	57.9
<b>Tipo de benefício</b>	BPC	06	31.6
	Bolsa Família	03	26.3
	Nenhum	08	42.1

Fonte: construída pelas autoras.

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CAPSi PARA OS PARTICIPANTES

### Classificação Hierárquica Descendente – CHD

O corpus das entrevistas, após processamento, foi dividido em dois grandes eixos distintos. O primeiro eixo foi nomeado como *Oportunidade Terapêutica*, formado pelas classes 06 (*Acolhimento*) e 01 (*Acompanhamento*), classe 03 (*Empoderamento*) e 02 (*Obstáculos*), que se dividem em duas subclasses nomeadas de *Possibilidades* e *Desafios*, totalizando 69,9% do conteúdo de UCE analisadas. O segundo eixo, nomeado como *Rotina*, é formado pela classe 05 (*Práticas*) e classe 4 (*Interação Social*), com 30,1% do conteúdo total. Estes dados podem ser claramente observados no Dendrograma adiante.

Os resultados apresentados a seguir foram serão debatidos no intuito de extrair as representações sociais dos participantes acerca do objeto de pesquisa, o CAPSi. Assim, através da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), nomearam-se as classes apresentadas, sendo atribuídos os sentidos observados após leitura exaustiva do material e apresentação dos trechos contidos em cada classe exibidos pela análise do Iramuteq.

## DENDROGRAMA

**Oportunidade terapêutica**

**Rotina**

**Possibilidades**

**Desafios**

Classe 06 (16,73%)

**ACOLHIMENTO**

<i>Palavra</i>	%	$\chi^2$
Mandar	100	35.29
Fala	39.74	34.4
Bem	44.23	31.09
Legal	87.75	29.18
Explicar	85.71	24.22
Encaminhar	85.71	24.22
Profissional	21.45	22.69
Atencioso	100	20.06
Pessoa	41.03	17.75
Caso	66.67	16.38
Gosto	44.43	15.64
Respeito	71.43	15.23
Conviver	71.43	15.23

Classe 01 (19,01%)

**ACOMPANHAMENTO**

<i>Palavra</i>	%	$\chi^2$
Agora	47.5	28.66
Consulta	65.0	28.47
Medicação	87.5	24.72
Atender	56.0	23.23
Achar	36.96	22.95
Pedir	69.23	21.79
Graça	100	21.49
Exame	100	21.49
Autismo	100	21.49
Mês	64.29	19.1
Condição	66.67	18.68
Estrutura	83.33	16.29
Ótimo	83.33	16.29

Classe 03 (21,84%)

**EMPODERAMENTO**

<i>Palavra</i>	%	$\chi^2$
Escola	90.48	75.93
Forma	91.67	44.1
Aprender	81.25	43.6
Ensinar	76.47	39.63
Apoiar	65.22	35.26
Problema	61.54	34.04
Função	88.89	30.46
Paciência	87.5	25.97
Diretor	100	22.11
Maneira	85.71	21.53
Criança	22.81	15.19
Especial	100	17.97
Professor	83.33	17.14

Classe 02 (12,32%)

**DESAFIOS**

<i>Palavra</i>	%	$\chi^2$
Realmente	54.55	57.8
Atendimento	48.78	54.36
Fato	100	43.14
Individual	70.0	31.34
Melhor	48.0	30.8
Trabalhar	52.63	29.56
Capacidade	100	28.66
Melhorar	50.0	24.42
Apoio	71.43	22.91
Requerer	100	21.46
Necessitar	100	21.46
Resolver	66.67	16.557
Tentar	55.56	15.22

Classe 05 (16,02%)

**PRÁTICAS**

<i>Palavra</i>	%	$\chi^2$
Brincar	81.82	112.73
Ficar	39.5	61.66
Sala	59.26	39.39
Brincadeira	88.89	36.09
Correr	87.5	30.81
Depois	51.72	28.95
Desenho	100	26.44
Hora	100	21.12
Abraçar	100	21.12
Acontecer	61.54	20.49
Desenhar	83.33	20.42
Reunião	71.43	16.17
Esperar	57.14	18.4

Classe 04 (17,61%)

**INTERAÇÃO SOCIAL**

<i>Palavra</i>	%	$\chi^2$
Sempre	73.83	98.76
Conversa	49.15	45.17
Pergunta	81.82	31.88
Termina	81.82	31.88
Vez	38.64	31.75
Assim	32.52	24.08
Levar	72.73	23.05
Conhecer	77.78	22.83
Apresentar	100	18.85
Mãe	75.0	18.85
Rotina	83.33	18.06
Participar	61.54	17.7
Grupo	44.83	15.61

### **Eixo I: Oportunidade terapêutica**

O primeiro eixo dos resultados do dendrograma demonstram que as representações sociais acerca do CAPSi elaboradas pelos familiares se baseiam nas experiências de acolhimento, acompanhamento e aprendizados que o serviço possibilita, além de evidenciar também os desafios relacionados ao modelo de cuidado ofertado.

A classe 06, *Acolhimento*, com 16,73% das UCE, destacou a seguintes palavras: mandar, falar, bem, legal, explicar, encaminhar, profissional, atencioso, pessoa, caso, gosto, respeito, pessoa e conviver. Através da sua análise, pode-se perceber que os familiares concebem o CAPSi como um local em que se sentem acolhidos, bem como a seu(sua) filho(a), com possibilidade de maior convivência com a criança, participando diretamente do acompanhamento prestado.

*“Então dos profissionais eu não posso falar nada de ruim, porque realmente são pessoas muito boas, são pessoas humildes, digamos assim, que não foi com arrogância, que me ouviu direitinho, me explicou o que precisava fazer, o que não precisava. Então eu me senti acolhida pelos profissionais desde a época que eu cheguei” (F5).*

*“A gente sempre acha estranho quando chega num lugar, mas no Capsi, quando eu cheguei, eu fui bem acolhida, coisa que eu pensei que não ia ser. Mas eu fui bem acolhida por todos os profissionais, porque como tem muita gente, eu nunca imaginei que ia ser acolhida por um lugar que seja público. Eu não pensava que ia ser bem tratada, mas os profissionais no Caps, tanto do porteiro até os outros, eu fui bem acolhida” (F6).*

Os recortes mostram que tais representações estão ancoradas como sendo o serviço um espaço para escuta e diálogo, pois se sentem ouvidos em seus anseios. Pegoraro e Bastos (2017) pontuam que além das atividades que são ofertadas pelos serviços de atenção psicossocial, o acolhimento é uma ferramenta de cuidado que merece destaque, uma vez que deve ser realizado cotidianamente pelas equipes dos serviços. Estas necessitam priorizar a escuta, o que proporciona o estabelecimento de vínculos não só dos usuários com os serviços, mas também da família com os profissionais.

O acolhimento, então, propicia a realização do cuidado integral aos envolvidos. Como tecnologia de cuidado, este pode ser definido etimologicamente por algo que liga sujeitos ou subjetividades, que possui relação de interdependência. Assim, o vínculo construído através do acolhimento é parte fundamental na relação estabelecida entre profissional/família/usuário, possibilitando a troca de experiências e construção de um cuidado que considera as singularidades em cada caso atendido no CAPSi (Matos, Santos, Rocha, Athayde, & Brandão,

2017).

Nesse sentido, tais representações exprimem que é pelo acolhimento que a família e os usuários se sentem valorizados, compartilhando seus dilemas, dificuldades e expectativas em relação ao acompanhamento ofertado.

*“Eu falo de um sentimento que me vem na cabeça, tipo estou feliz hoje, ou eu estou triste, e a profissional trabalha sobre aquilo. Vamos supor: se eu falar que eu estou triste hoje, por exemplo, a profissional vai querer saber, só que isso inclui todas as outras famílias, os sentimentos que elas estão sentindo. Tem dias que é muito legal... a profissional deixa você à vontade para você falar um pouquinho da sua vida, um pouquinho do que está acontecendo, isso é bom” (F7).*

É também pelo acolhimento que os profissionais podem ofertar apoio e oferecer um lugar humanizado e seguro em que os familiares e os seus usuários possam compartilhar suas experiências e receber cuidado. No desenvolvimento do acolhimento enquanto prática, o profissional também se desvincula da doença e passa a olhar a família/usuários como pessoas. Assim, o acolhimento não pode ser restrito apenas a um espaço ou local, com horário ou profissional específico para realizá-lo. Para além, de ser uma atitude por parte de todos os profissionais que atuam em serviços de saúde, que precisam escutar aquele que busca apoio na resolução de suas demandas (Pegoraro & Bastos, 2017).

Macedo (2017) coloca que o acolhimento como ferramenta utilizada pelos profissionais do CAPSi possibilita que crianças e famílias ali atendidas sejam avaliadas de forma integral. Para o autor, este local tem uma função estratégica nas ações de acolhimento e na promoção e ampliação dos vínculos das crianças não apenas com a sociedade em geral, mas principalmente com sua família, que é a grande protagonista no seu cuidado.

Na classe 01, denominada *Acompanhamento*, as palavras de maior expressão foram: agora, consulta, medicação, atender, achar, pedir, graça, exame, autismo, mês, condição, estrutura e ótimo, a qual totalizou 19,1% das UCE. Esta classe demonstra que as representações sociais acerca do CAPSi o atrelam a porta de entrada para o início do acompanhamento, com possibilidade de acesso a outros serviços, quando isto se fizer necessário.

*“Sou muito grata ao CAPSi por causa da minha criança, que gosta muito e foi muito bom. Eu não tinha condições de fazer nada por minha criança, assim, de pagar uma consulta particular. Lá eu tive tudo, graças a Deus. A consulta é de graça, as profissionais de graça... para mim foi muita coisa, foi muito bom, foi muito gratificante” (F3).*

*“Agora passei pelo profissional de psiquiatria, mas estava esperando já há três anos pelo posto de saúde uma consulta pelo profissional. E nunca consegui. Só consegui no CAPSi. Eu queria acompanhar minha criança no posto, mas a profissional de psicologia não tem como ajudar ela nas terapias porque o SUS não fornece os equipamentos para ela trabalhar com a criança, as terapias. Então tinha oito meses que eu estava esperando uma consulta” (F19).*

Como os recortes mostram, as representações para os familiares exprimem a percepção de que o CAPSi possibilita facilidade para o atendimento das necessidades do público infantojuvenil, com gratuidade e continuidade do tratamento e acompanhamento, especialmente para quem não tem condições de pagar em serviços particulares. Nunes, Guimarães e Sampaio (2016) colocam que o CAPS atua na tentativa de materializar os princípios que fundamentam o SUS, com resolutividade.

Assim, estes centros têm caráter estratégico, especialmente por suas propriedades expressas no modo de atender e desenvolver cuidado individualizado e coletivo, complementarmente. Dessa forma, as representações dos familiares corroboram com a literatura, que sinaliza que após acesso ao CAPSi, estes conseguem lidar melhor com as adversidades, de forma menos segregada (Nunes *et al.* 2016).

Por ser algo peculiar, é notório que os usuários e familiares chegam ao serviço em diferentes contextos. Isto posto, precisam de agilidade na organização de sua demanda, respeitando as particularidades de cada família (Cardoso, Oliveira, & Piane, 2016). Como mostrado pelos discursos, o objetivo do atendimento deve ir além de acompanhamento clínico pontual.

As representações também destacam o local como estrutura que possibilita o acesso a um serviço especializado e diferenciado, ajudando a família a lidar com os sintomas da doença do menor. Além disso, a participação nas atividades do CAPSi permite o acesso a obtenção de medicação controlada.

*“Os profissionais vêm aqui me ajudar, porque depois que minha criança está indo para o Capsi me ajudou muito. Ela ficou mais tranquila depois de ter tomado o remédio! Minha filha participa da terapia do Capsi e gosta de participar, fica mais tranquila” (F7).*

De tal modo, nota-se que grande parte dos respondentes colocaram o tratamento medicamentoso como um dos recursos importantes na terapêutica ofertada no CAPSi. Sobre o assunto, Cardoso *et al.* (2016) fazem um contraponto ao afirmarem que mesmo em serviços com propostas diferentes do modelo centrado biologizante, o poder psiquiátrico continua

operando. Deve ser no âmbito dos Caps, com a oferta de um leque de atividades aos usuários ajustadas com as necessidades individuais e coletivas, a tentativa de rompimento com tais percepções e representações.

Na classe 3, *Empoderamento*, composta por 21,84% das UCE, foram destacados os seguintes termos: escola, forma, aprender, ensinar, apoiar, problema, função, paciência, diretor, maneira, criança, especial e professor. Os participantes relataram que a oportunidade de acompanhamento da criança/adolescente pelo CAPSi permite que aprendam sobre o trato para com estes, o que os auxilia na contribuição da família para a melhora do quadro inicial. Então, representa também uma oportunidade de empoderar-se, assim como um desafio, possibilitando que se instrua sobre demonstrar domínio acerca das situações vividas cotidianamente no que concerne ao assunto.

*“Os profissionais ajudam de uma forma que quando você chega em casa.... você aprende o jeito que os profissionais ensinam no Capsi para você interagir com a criança dentro de casa” (F2)*

*“No Capsi os profissionais foram me ensinando como administrar essa situação. Tinha muita dificuldade porque minha criança era muito agitada, eu nunca tinha me dado conta dessa forma. Eu já ficava nervosa, já ficava estressada porque eu não sabia o que fazer. Ela chorava, gritava, mas eu não sabia o que fazer com essa situação. No decorrer do tempo, eu fui aprendendo” (F1)*

Por ser uma situação geralmente nunca vivenciada antes, é comum que os pais e familiares cuidadores não se sintam capazes de enfrentar todas as adversidades que acompanham o universo da criança com doença mental. Não raramente, é difícil a inserção na escola, a aprendizagem mais lenta e isso muitas vezes é visto pela família como parte do processo, ancorando tal vivência na ideia de que não é possível modificar o que se tem. No sentido oposto, o CAPSi transforma estas representações, incentivando a busca pelo respeito aos direitos da criança em todos os contextos em que esteja inserida, o que inclui também a escola e favorece a qualidade de vida.

O âmbito familiar é um dos setores da vida da criança em sofrimento mental que mais é atingido, uma vez que a família lida diretamente com esta e com todo o estigma da sociedade. Nesse sentido, é importante que as famílias, assim como a criança, recebam suporte e amparo, estando acolhida por serviços de atenção psicossocial que possibilitem a troca de experiências e viabilizem a melhoria das suas condições sociais (Vicente, Higarashi, & Furtado, 2015).

Ingrasiotano, Aki e Máximo (2017) pontuam que os familiares, logo após a admissão

no serviço, já referem melhora na qualidade de vida das suas crianças, o que ocorre pelo acompanhamento destas e através do apoio e orientações perpassadas. Neste ponto, é importante também destacar que o CAPSi parece ser o lugar em que aprendem sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental, principalmente o de conviver em sociedade.

*“O Capsi apoia, orienta. Hoje em dia, você sabe, o preconceito não é só cor. Preconceito é com tudo! Tem muita gente que tem preconceito quando tem essas crianças, que às vezes não aceita. O Capsi é para orientar. Orientar a sociedade para as crianças terem contato com as outras crianças. Deveria não poder existir preconceito!” (F13)*

*“A função é de colocar a criança, de tentar inserir a criança na melhor forma de vida que ela possa viver em sociedade, de maneira tranquila, em paz, de maneira que a criança tende a se habituar e aprender como a gente pode viver melhor em sociedade” (F16)*

Os recortes trazem à tona as representações sociais do CAPSi como sendo este agente transformador de vidas, mostrando que a sociedade deve aprender a conviver socialmente com o doente mental através da inserção das crianças e suas famílias, desvencilhando-se dos preconceitos e exclusão que as ameaça. Segundo Serafim, Bú, Maciel, Santiago e Alexandre (2017), os serviços de atenção psicossocial devem pautar suas práticas no fato de que a Reforma Psiquiátrica se originou da tentativa de construir para pessoas com sofrimento mental uma nova resposta social, baseada nos direitos humanos e na construção de uma sociedade mais inclusiva.

A classe 2, *Desafios*, agrupou 12,32% das UCE, destacando os seguintes elementos: realmente, atendido, fato, individual, melhor, trabalhar, capacidade, melhorar, requerer, necessitar, resolver e tentar. Esta classe possibilita o entendimento da avaliação realizada acerca do serviço no que tange às melhorias necessárias, de acordo com os respondentes, como é o caso da dinâmica de atendimento e rotina.

*“Eu não vejo nenhuma profissional falando com as crianças. O certo era a família e o profissional. Conversar com a família e com a criança o que é que está se passando. Eu vejo muitas famílias no Capsi reclamarem de muita coisa! Eu vejo muitas coisas... tem coisas boas, mas também tem muitas coisas que tem que melhorar” (F13)*

*“O profissional deveria prestar mais atenção na criança, perguntar como é que a criança está. Eu gosto do atendimento! Os profissionais tratam a família bem, na questão da família chegar ao Capsi e os profissionais falarem bem com a família, ter o respeito, tem carinho pelas crianças, isso eu já vi. Eu só não gosto dessa questão da terapia ser em grupo porque eu acho que algumas crianças, como as autistas, têm que ter regras e têm que*

*ser atendidas individualmente. E eu vejo que no Capsi não tem isso” (F11)*

Apesar de os familiares representarem o CAPSi de forma positiva, como um lugar de acolhimento, fácil acesso ao acompanhamento e aprendizados, ainda perpassam noções baseadas no olhar individual, centrado no tratamento para dada patologia. Os profissionais, então, devem pensar em atividades além daquelas que já estão institucionalizadas, como os atendimentos coletivos e reuniões de família, bem como em estratégias para conscientização acerca do papel do CAPSi para a comunidade usuária.

Vanzela e Pegoraro (2018) perceberam que, de forma geral, familiares de usuários atendidos por CAPS avaliam de forma positiva a sua relação com as equipes de saúde destes ambientes, embora também destacassem a necessidade de avaliação e do estabelecimento de relação vínculo mais efetivo para a melhoria da qualidade da atenção. Destaca-se que os CAPS representam possibilidades para a construção de uma nova prática em saúde mental e por isso mesmo precisam de avaliação contínua para a implementação de melhorias (Pinto & Jorge, 2009).

## **Eixo II: Rotina**

A classe 05, *Práticas*, composta por 16% das palavras mais expressivas e constituída pelos termos *brincar, ficar, sala, brincadeira, correr, depois, desenho, hora, abraçar, acontece, reunião e esperar* traz à tona ideias que demonstram a rotina do atendimento no CAPSi destinado aos seus usuários e familiares. Os participantes explanaram sobre o local como tendo uma rotina estabelecida, que permite a interação entre as crianças, que ficam livres para serem quem são.

*“Eu vejo as crianças brincando, pintando... ele brincando com os meninos, deitando nos colchões do CAPSi. É assim: toda semana é uma coisa diferente!” (F3)*

*“Meu filho brinca um pouco no CAPSi com as outras crianças, lancha e depois vai consultar. Brinca, corre com outras crianças, joga bola. Isso enquanto o profissional chega. E eu fico lá, conversando com outras mães, com outros familiares...” (F4)*

Como pontuado, esta classe mostra a rotina vivenciada pela família no CAPSi, sinalizando que ocorre a inserção desta no referido ambiente. Assim, a integração da família é um elemento indispensável para o sucesso da terapêutica, principalmente no contexto do modelo assistencial em saúde mental, que busca ações e procedimentos que visem à

reintegração familiar e social. A presença do familiar no serviço torna-se imprescindível e influencia no sucesso das ações prestadas (Noronha *et al.*, 2016).

Assim, as representações estão atreladas ao CAPSi como um espaço comum; lugar onde a família e suas crianças tem acesso a atividades e reuniões que incluem usuário e cuidador. Em estudo sobre as representações sociais de familiares acerca do CAPS, Azevedo e Miranda (2011) colocam que as diferentes atividades desenvolvidas pelos profissionais se associam à tentativa de aumentar o leque de possibilidades terapêuticas, aumentando também o vínculo entre os frequentadores.

No CAPSi, as atividades ofertadas representam uma importante ferramenta de ressocialização e inserção individual e coletiva, na medida em que possibilita a partilha de sentimentos e experiências. Os familiares, nesse contexto, são elementos importantes porque se constituem informantes nos trabalhos desenvolvidos em oficinas terapêuticas, tendo voz ativa, considerando-se que são colaboradores e multiplicadores das experiências vividas e podem cooperar com o cuidado ofertado (Noronha *et al.*, 2016).

As ações realizadas durante a rotina do CAPS têm como objetivo primordial desconstruir a segregação e promover o aprendizado e a participação social, (Amarante, 2014). Uma das principais condutas é o brincar, que aparece como central nas atividades e concebidas como um momento em que os familiares percebem a possibilidade de suas crianças interagirem.

Sobre a importância do brincar em serviços destinados a população infantil, Silva *et al.* (2017) colocam que se constitui como importante forma de cuidados, uma vez que potencializado o desenvolvimento de suas capacidades. Assim, o brincar como característica da infância torna-se uma das formas que a criança encontra para lidar e habitar o mundo, favorecendo o desenvolvimento global e sendo importante facilitador na expressão da agressividade e de sentimentos como angústia e tristeza. O brincar faz com que a criança se distancie daquilo que a faz sofrer, ajudando na elaboração de questões difíceis de serem compreendidas (Lima & Bernardi, 2013).

A classe 4, *Interação social*, levanta a discussão do processo de reinserção social promovido pelo CAPSi, abarcando 17,6% das UCE, dentre elas “sempre, conversar, terminar, perguntar, vez, assim, levar, conhecer, mãe, rotina, participar e grupo”. Complementando a classe anteriormente discutida, percebe-se que as representações expõem o serviço como uma possibilidade de interação entre os familiares/famíliares, familiares/profissionais e entre as crianças.

*“Em casa, minha criança não gosta de conversa, não gosta de conversar. E no CAPSi consegue conversar com as crianças que frequentam lá. E brinca! Brinca com as outras crianças. Depois que brinca, depois que faz as terapias, já começa de novo a se isolar no mundinho dele. Fica quieto no canto dele” (F1)*

*“A família fica numa sala, todo mundo ri! A família fica conversando, a conversa é tão boa que até a profissional perdeu o horário. A profissional uma vez disse: ‘rapaz, está na hora de acabar, que as crianças já acabaram’” (F7)*

*“A organização é boa. O que eu sempre vejo quando vou ao CAPSi é que a família conversa. Porque, às vezes, conversando... às vezes você está estressado, você conversa com a profissional, você até relaxa. Uma vez eu fiquei no tanto tempo conversando no CAPSi que eu comecei a cochilar” (F17)*

Dessa forma o serviço passou a ser cenário importante para a promoção da interação social, impetrada principalmente através dos diálogos estabelecidos no momento em que estão entre todos os atores envolvidos no atendimento. Levando-se em consideração que o CAPSi possui o intuito de garantir a ampla construção de vínculos e interação humana, pautado em princípios como o respeito às singularidades e limitações e identificação das potencialidades de todos os usuários, pode-se dizer que tem cumprido o seu papel fundamental (Costa, Jorge, Coutinho, Costa, & Holanda, 2016).

Os recortes mostram que proporcionar a interação social tona-se uma dimensão estratégica nos CAPS, que precisa se constituir como um lugar de novas tecnologias para a desconstrução de situações de exclusão e do imaginário social sobre a loucura (Santos & Martins, 2016). Dos Santos e Do Carmo (2018) pontuam que principalmente em contexto de CAPS, a família tem papel importante na reinserção social das pessoas com algum sofrimento mental, e precisam ser trabalhadas para que não acabem sendo promotoras de situações de exclusão. Nesse contexto, o CAPSi precisa apoiar a família para a sua vivência dentro e fora do serviço, fortalecendo os vínculos entre esta e a pessoa acometida por transtornos de ordem mental.

### **Nuvem de Palavras**

No que diz respeito à nuvem de palavras, trata-se de uma análise lexical cuja estrutura da figura é criada em função da quantidade numérica de ocorrências que cada palavra após o processamento automático do *corpus* pelo software. Dessa forma, quanto maior e mais centralizada estiver uma palavra na nuvem, maior também é o grau de sua evocação pelos



Ao centrar suas representações sobre o serviço enquanto propulsor de cuidado com a criança, os participantes demonstram que o entendem como agente protetor frente as adversidades do adoecimento mental. Assim, prepara as crianças e seus familiares para a sua relação com o mundo. Uma criança acometida por desordem mental se apresenta para sua família como um leque de desafios, demandando a procura por serviços de atenção que consigam não apenas acompanhá-la, mas também orientar sua família. Conviver com os conflitos é algo difícil de ser elaborado pelos familiares, que são a principal fonte de cuidado das crianças (Souza & Baptista, 2008; Silva *et al.*, 2016).

O segundo termo de maior frequência, o “não”, aponta para as dificuldades enfrentadas pelas crianças e suas famílias em todo o percurso terapêutico e de vida. Muitas são as negativas vivenciadas, que perpassam dificuldades financeiras, da oferta de atendimento e outras que se interligam com o fato da criança apresentar limitações e isso ser estendido ao familiar cuidador, principalmente. Os relatos adiante podem exemplificar estas considerações.

*“Ele é acompanhado aqui no CAPSi pelos profissionais, mas a profissional não tem como ajudar ele nas terapias porque o SUS não fornece os equipamentos pra ela trabalhar com a criança. Tem oito meses que eu espero uma consulta.” (F18)*

*“Eu acho ruim porque eu não tenho transporte e lá no CAPSi é toda quinta-feira e eu não tenho como ir direito porque eu não trabalho por causa do meu filho. Eu vivo só do Bolsa-família” (F4)*

As percepções dos sujeitos sobre o mundo que vivem, de alguma forma, afetam as suas ações e comportamentos, podendo tanto diminuir como aumentar as chances de solucionarem situações problemáticas que ocorrem na sua vida, intensificando ou minimizando o sofrimento (Moreira, 2014). Mesmo assim, algumas delas independem de solução por parte deste sujeito, o que as torna ainda mais angustiantes.

De acordo com Moreira (2014), as famílias que se deparam com um caso de sofrimento mental no seu ambiente desempenham necessitam de direcionamento para o lidar com a situação e quais tratamentos precisam procurar, que sofre influência direta da forma como o sofrimento mental é percebido pelos membros desta família. Dessa forma, é fundamental que os serviços atuem para fortalecer relações, que promovendo a inclusão as crianças e dos familiares e trabalhando na lógica das redes de atenção à saúde, utilizando-se da articulação com outros setores.

Pinho, Souza e Esperidião (2018) colocam que nem sempre é fácil para os

profissionais locados em CAPS executarem as suas condutas, embora a atenção psicossocial tenha exigido que sejam comprometidos com o novo paradigma de cuidado, estabelecendo vínculos e garantindo que os direitos de cidadãos da sua clientela sejam preservados.

O termo “profissional” denota a alusão dos participantes àquele que realiza o acompanhamento da criança, sendo a sua figura imagética um sinônimo do centro de atenção psicossocial. É através da figura do profissional que esse acompanhamento se concretiza. Tal resultado reafirma a representação do CAPSi como um espaço de possibilidade de atendimento, com profissionais atentos e acessíveis.

*“As profissionais fazem tipo oficina de arte, sempre tem uma coisinha. Ontem mesmo a família e a criança fizeram umas coisinhas para enfeitar o CAPSi. As profissionais conversam bastante com a gente, é muito bom!” (F9)*

*“Os profissionais são umas pessoas boas, sempre tratam a minha criança bem, conversam, é realmente um cuidado danado. Sempre elas fazem tipo uma entrevista, um por um, cada um tem sua vez de falar” (F17)*

Sabe-se que na atenção psicossocial, os profissionais atuantes em CAPS são ferramentas importantes no cuidado com os usuários e na construção das ações e atividades nas quais estes sejam inseridos. São, ainda, responsáveis pela estruturação dos atendimentos, contribuindo para a mudança das práticas de saúde dentro e fora destes ambientes (Vasconcelos, Jorge, Catrib, Bezerra, & Franco, 2016).

Assim, na prática cotidiana, os profissionais podem concretizar o acolhimento e humanizar o cuidado ofertado a todos os usuários e famílias. Levando em consideração que a escuta, o respeito e o diálogo estabelecidos nesse espaço são responsáveis também pelo sucesso da terapia e adesão ao tratamento, o profissional deste local é potente instrumento para o fortalecimento do CAPS enquanto serviço de referência (Andrade & Magalhães, 2015).

No que tange ao termo “CAPS”, este designa o espaço pelo qual os participantes conseguem modificar algumas dificuldades pessoais, como por exemplo falar sobre o significado de ter um filho(a) com transtorno mental. Tal fato amplia ainda mais as potencialidades deste serviço no atendimento e suporte à família, sendo capaz de transformar a relação entre os familiares e sua criança, assim como o seu próprio comportamento.

*“No CAPSi, muitos familiares que tinham dificuldade até de falar, de se expressar... tinha muitos familiares também que chegavam aqui angustiadas, amarguradas, e aqui podem falar sobre isso” (F1)*

*“Eu não sou muito boa de estar falando, mas quando eu cheguei ao CAPSi era pior, mas eu agora me sinto bem melhor. Do CAPSi para cá, já venho trabalhando isso, mas eu só falo no CAPSi. Se disser assim: vai ali à frente falar com aquele monte de gente, nem mande que eu não vou” (F2)*

Assim é possível perceber que o CAPSi, além de servir de espaço de desenvolvimento para crianças, também auxilia seus familiares com habilidade que, algumas vezes, podem influenciar na relação com o menor, bem como aumentar a satisfação com o serviço. Uma vez que frente as grandes sobrecargas vivenciadas pelos familiares, aspectos físicos e psicológicos são afetados, estar inserido em um serviço como o CAPSi desenvolve possibilidades para todos (Thiengo, Fonseca, Abelha, & Lovisi, 2015).

Estes centros possuem espaços ricos e que permitem o desenvolvimento dos familiares. Assim, a partir do momento de troca de informações, estes percebem que as suas dificuldades, muitas vezes, também são as dos outros. Potencializar as suas qualidades pode se constituir como algo favorável na efetivação das estratégias de enfrentamento para os desafios encontrados diariamente (Amaral & Bressan, 2015).

Sobre isso, Matos e Souza (2017) colocam que os familiares que percebem no CAPS uma oportunidade de desenvolvimento sentem-se apoiados e familiarizam-se também com as outras dificuldades e/ou problemas relatados. Assim, aprimoram suas competências e promovem mudanças no ambiente no qual a criança esteja inserida, favorecendo a melhora do seu cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Através de pesquisas que utilizam as Representações Sociais, é possível construir uma nova forma de compreender, interpretar e decifrar os fenômenos, bem como olhar as atitudes dos sujeitos investigados de forma diferente. Nesse sentido, este estudo particularmente tratou de como os familiares representam o CAPSi e de perceber a função que este desempenha no suporte e manejo de crianças com sofrimento mental, uma vez que os familiares são os principais cuidadores das crianças que ali estão sendo acompanhadas.

Vale destacar que o software Iramuteq se mostrou uma ferramenta importante para a realização deste estudo, na medida em que evidenciou o vocabulário representativo e permitiu a categorização. Dessa forma, percebeu-se que os familiares pautam suas representações na **rotina** estabelecida pelo serviço, que passa a fazer parte do seu cotidiano e desempenha importante função na interação social dos participantes; nas **possibilidades** que o CAPSi desenvolve na criança/adolescente e em toda a família que frequenta o espaço através do acolhimento e acompanhamento; e nos **desafios** que ainda se colocam para o cuidado efetivo.

Embora estes serviços representem para os familiares uma possibilidade de a criança ser tratada em ambiente que promova a sua livre expressão, manifestada pelo brincar e outras metodologias utilizadas, ainda são escassas ações para a reinserção social e modificação dos estigmas que se perpetuam na comunidade. As ações geralmente ocorrem apenas no âmbito do próprio serviço, de acordo com os participantes, que representam isso como algo natural em seus discursos.

As representações do CAPSi estão ancoradas como sendo este um serviço que possibilita o diálogo e a escuta, objetivadas na figura do profissional de saúde que lá os acolhe, muito embora alguns elementos negativos tenham sido atribuídos ao serviço. Sabe-se que após o movimento de Reforma Psiquiátrica, muitos foram os avanços na atenção à saúde mental da criança. Entretanto, é notório que mesmo passados alguns anos ainda há muito a ser feito para a melhoria da qualidade do atendimento ofertado.

Os resultados, que foram obtidos a partir de duas modalidades de análise, acabaram se completando e reafirmando um ao outro. Assim, evidenciaram que as representações sociais dos familiares acerca do CAPSi denotavam este como um serviço com rotina bem estabelecida, sendo porta de entrada do sistema e que promove o diálogo e a aprendizagem através do acolhimento e vínculo estabelecidos.

A partir disso, infere-se que o serviço ajuda na convivência entre família e criança, ajuda no acesso a outros serviços de saúde e ainda promove a percepção de que necessitam empoderar-se para que os direitos dos seus sejam garantidos, principalmente o de viver em sociedade.

A criança, as dificuldades encontradas, o profissional e o próprio ambiente se interligam de tal modo que influenciam naquilo que concebem sobre o tema. Assim, o CAPSi é um local que parece estar ligado ao atendimento à criança por profissionais que as acolhe, mesmo com diversas dificuldades que vão desde conseguir acesso para ali estarem até o fato do serviço não dispor de certas tecnologias necessárias ao acompanhamento. Além disso, a família se sente apoiada e segura para desvencilhar-se das mais diversas angústias sobre a criança com desordem mental.

Nesse contexto, a aplicação da TRS no estudo sobre o CAPSi possibilitou ampliar a compreensão sobre o local, permitindo o entendimento não somente das ações dos profissionais, usuários e famílias nesse âmbito, mas sim dos sentidos que os participantes atribuem as ações desenvolvidas nele para o enfrentamento e superação de situações delicadas.

A efetivação deste estudo pela Teoria das Representações Sociais permitiu apreender, além do discurso manifesto, as concepções que trafegam a vivência do adoecimento mental infantil para a família e o impacto que causa na vida dessas pessoas.

Dessa forma, a presente pesquisa consegue trazer questões importantes sobre a construção das práticas de cuidado em ambiente CAPSi. Por se tratar de um serviço de saúde mental com poucos anos de implantação, deve-se reconhecer suas limitações e intervir para o seu aprimoramento.

Para a realização da pesquisa ocorreram muitos entraves, principalmente no período de coleta de dados: dificuldade no acesso aos familiares, uma vez que o serviço tem horário bem definidos para a realização de atividades e os profissionais não permitiam a saída deles para participarem da pesquisa; após o término das atividades, muitos familiares relatavam que não tinham mais tempo disponível, já que dependiam de transporte coletivo para voltar para casa; falta de espaço adequado para realização das entrevistas no serviço, o que demandou eu a pesquisadora se dirigisse a cada um dos domicílios, o que não foi tarefa fácil; entre outros.

Por fim, é importante colocar que o presente estudo abre espaço para reflexões sobre o cuidado em saúde mental na infância e reconhece sua relevância, principalmente pelo fato do tema ser pouco abordado na literatura, o que pode levar ao interesse de outros pesquisadores e aumentar a sua visibilidade.

Pode gerar, também, reflexões e discussões entre os diversos atores e órgãos governamentais com o intuito de pensar maneiras para garantir à efetivação de políticas públicas de saúde mental para crianças, assegurando ações efetivas, integrais e humanizadas para preencher as necessidades dessa população. Urge discutir práticas obsoletas que ainda ocorrem no cuidado e quão importante é garantir espaços de discussão que promovam a construção de estratégias para superação destas.

## REFERÊNCIAS

- Abric, J.-C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. In D. Jodelet (Dir.). *Les représentations sociales* (pp.187-203). Paris: Presses Universitaires de France.
- Almeida, A. M. de O., Santos, M. de F. de S. (2011). A Teoria das Representações Sociais. In C. V. Torres, & E. R. Neiva (Org.). *Psicologia Social: principais temas e vertentes* (p 123). Porto Alegre: Artmed.
- Amaral, D. A., & Bressan, C. M. F. (2015). A centralidade da família nos serviços de atendimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos. *Serviço Social em Revista*, 17(2), 108-124.
- Amarante, P. D. D. C. (2014). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In S. Escorel, L. D. V. C. Lobato, J. C. D. Noronha, & A. I. D. Carvalho (Eds.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 635-655). Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 23(6), 2067-2074. Recuperado em 16 fevereiro, 2019, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- Andrade, A. B. de, & Bosi, M. L. M. (2015). Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 887-900. Recuperado em 02 janeiro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015131949>.
- Ariès, P. (1978) *História social da infância e da família* (D. Flaksman, Trad.). Rio de Janeiro: LCT.
- Arruda, Â. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa – Fundação Carlos Chagas*, (117), 127-147.
- Azevedo, D. M. de, & Miranda, F. A. N. de. (2011). A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, 15(2), 354-360. Recuperado em 16 março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200019>.
- Barbosa, M. S. S., & Camino, C. P. S. (2014). Teoria das Minorias Ativas. *Psicologia e Sociedade*, 26(1), 245-257.
- Barbosa, A. A., & Magalhaes, M. das G. (2015). A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. *EXAMÁPAKU*, 1(1). Recuperado em 04 junho, 2016, de <https://revista.ufr.br/examapaku/article/view/1456/1050>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3a ed.). Lisboa: Ed. 70.

Batista, K. A., & Oliveira, P. R. S. (2017). A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-17.

Brasil. (2002). *Portaria 336 de de 2002*. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico*. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2017). Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. *Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde: Brasília.

Brusamarello, T., Maftum, M. A., Mantovani, M. de F., & Alcantara, C. B. de. (2018). Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. *Saúde (Santa Maria)*, 44(2), 1-1. Recuperado em 16 fevereiro, 2018, de <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/27664>.

Bustamante, V., Oliveira, R., & Rodrigues, N. B. (2017). Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil. *Psicologia Clínica*, 29(3), 429-447.

Camargo, B. V., Contarello, A., Wachelke, J. F. R., Morais, D. X., & Piccolo, C. (2014). Representações Sociais do Envelhecimento entre Diferentes Gerações no Brasil e na Itália. *Psicologia em Pesquisa (UFJF)*, 8(2), 179-188.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. Recuperado em 13 julho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

Cardoso, M. R. de O., Oliveira, P. de T. R. de, & Piani, P. P. F. (2016). Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Pará. *Saúde em Debate*, 40(109), 86-99. Recuperado em 3 julho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610907>.

Collares-da-Rocha, J. C. C. (2014). Representação social do pecado segundo grupos religiosos. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 21.

Constantinidis, T. C., Cid, M. F. B., Santana, L. M., & Renó, S. R. (2018). Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. *Trends in*

*Psychology*, 26(2), 911-926. Recuperado em 3 julho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-14pt>.

Costa, J., Jorge, M., Coutinho, M., Costa, E., & Holanda, Í. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia e Saber Social*, 5(1), 35-45. Recuperado em 12 setembro, 2018, de <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.15855>.

Cunha, M. P., Borges, L. M., & Bezerra, C. B. (2017). Infância e Saúde Mental: perfil das crianças usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(1), 27-35.

Dos Santos, C., & Do Carmo, D. (2018). Estratégias de Inserção Familiar no CAPS. *REVISTA UNINGÁ*, 43(1), 80-85. Recuperado em 12 setembro, 2018, de <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1205>.

Félix, L. B. (2014). *O cuidado à saúde mental na infância: entre práticas e representações sociais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Ferreira, T. (2013). *Crianças e Jovens Institucionalizados: Representações e Expectativas em relação à Família Biológica*. Dissertação de mestrado, Instituto de Educação da Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B. da, & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 03-07. Recuperado em 28 setembro, 2018 de <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.530>.

Gondim, L. M. P., & Lima, J. C. (2002). *A pesquisa como artesanato intelectual: considerações sobre método e bom senso*. João Pessoa: Manufatura.

Ingrasiotano, P. M., Akil, B. C., & Máximo, C. E. (2017). O lugar das famílias de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) do Município de Itajaí–SC, na produção das necessidades de saúde Mental. *Sociedade em Debate*, 23(1), 411-436.

Jodelet, D. (2011). As representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (9a ed., pp.17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Jovchelovitch, S. (2011) Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da Razão em Psicanálise, sua imagem e seu público. In A. M. O. Almeida, & Z. Araújo (Orgs.). *Teoria das representações sociais – 50 anos* (pp. 159-176). Rio de Janeiro: Techno Politik.

Kalam, A. F. A., Carbogim, F. da C., Barbosa, A. C. S., Luiz, F. S., Paula, C. F. de, & Santos, A. S. P. dos (2017). Demandas dos familiares de pessoas com transtorno mental. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 6(3), 11-17.

Kantorski, L. P., Guedes, A. da C., Feijó, A. M., & Hisse, C. das N. (2013). Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(4), 1022-1029. Recuperado em 2 outubro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400019>.

Kuhn, R., & Cunha, A. C. (2014). A criança e o brincar: entre o mundo pensado e o mundo vivido. *Revista Científica Vozes dos Vales*, 6(3), 1-24.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2007). *Fundamentos de Metodologia* (7a ed.). São Paulo: Atlas.

Lima, J. H. C. A. de, & Bernardi, A. B. (2013). *O Brincar como um Recurso Terapêutico para Crianças em Saúde Mental*. Curso de Pós Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, SC, Brasil.

Lins, S. L. B., Silva, M. F. O. C. da, Lins, Z. M. B., & Carneiro, T. F. (2014). A compreensão da infância como construção sócio-histórica. *CES Psicología*, 7(2), 126-137.

Macedo, L. S. D. (2017). *Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial-CAPSi*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Maia, J. N. (2012). *Concepções de criança, infância e educação dos professores de Educação Infantil*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil. Recuperado em 21 setembro, 2016, de <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/11459-janaina-nogueira-maia.pdf>.

Matos, J., & Muniz, R. (2018). Serviço Social e Saúde Mental: o trabalho com grupo e a atenção à família no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de Santarém/Pará. *Revista EM FOCO – Fundação Esperança/IESPES*, 1(27), 15-30. Recuperado em 30 de março, 2018, de <http://iespes.edu.br/revistaemfoco/index.php/Foco/article/view/167/77>.

Matos, R. K. de S., Santos, G. M. dos, Rocha, R. M. B., Athayde, A. de F., & Brandão, V. B. G. (2017). Projeto Terapêutico Singular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). *Revista Intercâmbio*, 9, 111-130.

Matos, D. M., & Souza, J. C. P. de (2017). O Acompanhamento Psicológico das Famílias de Portadores de Transtornos Mentais de Usuários de um CAPS da Cidade de Manaus. *Nanbiquara*, 6(1).

Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, P. F. D., Tenório-Souza, F. M., & Dias, C. C. V. (2013). Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em estudo*, 18(2), 269-279.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. D. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-64.

Moreira, K. B. (2017). Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(2), 1-13.

Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.

Neves, S. A., & Galvão, A. M. D. O. (2016). Representations of Childhood in Memoirs and Autobiographies – Minas Gerais (1900-1960). *História da Educação*, 20(48), 259-280.

Nogueira, F. J. de S., & Brito, F. M. G. de. (2017). Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), 374-387. Recuperado em 16 fevereiro, 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200010&lng=pt&tlng=pt).

Noronha, A. A., Folle, D., Guimarães, A. N., Brum, M. L. B., Schneider, J. F., & Motta, M. D. G. C. D. (2016). Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), e56061.

Nunes, J. M. S., Guimarães, J. M. X., & Sampaio, J. J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1213-1232. Recuperado em 06 outubro, 2018 de <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>.

Oliveira, A. A. S., & Trancoso, A. E. R. (2014). Processo de produção psicossocial de conceitos: infância, juventude e cultura. *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe. 2), 18-27.

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Leal, E., & Palombini, A. L. (2010, janeiro). Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de Recursos Humanos. *Anais do IX Congresso Internacional em Saúde Mental e Direitos Humanos*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, página 01.

Pegoraro, R. F., & Bastos, L. S. N. (2017). Experiências de Acolhimento segundo Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 6(1), 3-17.

Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-152. Recuperado em 13 dezembro, 2018 de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>.

Pinto, A. G. A., & Jorge, M. S. B. (2009). Prática clínica em saúde mental no cotidiano do centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 217-226.

Santos, A. F. D. O., & Cardoso, C. L. (2014). Family caregivers of mental health service users: satisfaction with the service. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(1), 13-21.

Santos, A. V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial – CAPS a Bahia. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 124-144. Recuperado em 15 novembro, 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2016000300008&lng=pt&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300008&lng=pt&tlng=).

Serafim, R. C. da N. S., Bú, E. A. do, Maciel, S. C., Santiago, T. R. S. & Alexandre, M. E. S. de. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 221-233. Recuperado em 13 dezembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180118>.

Silva, A. B. D. (2005). *A vivência de conflitos entre a prática gerencial e as relações em família*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Silva, E. A. R. D., Araújo, M. I. D. S., Ribeiro, M. S. D. S., & Pereira, M. D. C. (2017). O Olhar de Crianças do CAPSi sobre as Relações do Cuidar e do Brincar. *Trends in Psychology*, 25(4), 1637-1651.

Silva, S. É. D., Camargo, B. V., & Padilha, M. I. (2011). A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 947-951. Recuperado em 20 novembro, 2018, de <http://oaji.net/articles/2015/672-1437164740.pdf>.

Silva, N. C. B. da, Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. de S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215-229. Recuperado em 16 fevereiro, 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2008000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200006&lng=pt&tlng=pt).

Silva, C. C. B., & Pontes, F. V. de (2013). A utilização do brincar nas práticas de terapeutas ocupacionais da Baixada Santista. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 24(3), 226-232.

Silva, J., Soares, C., Silva, P., Azevedo, E., Saraiva, A., & Ferreira, M., Filha (2016). “Padecendo no paraíso”: as dificuldades encontradas pelas mães no cuidado à criança com sofrimento mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(3). Recuperado em 01 agosto, 2018, de <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.25362>.

Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental.

*Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.

Taño, B. L. (2014). *Os centros de atenção psicossocial infanto-juvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Thiengo, D. L., Fonseca, D., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2015). Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(3), 298-308. Recuperado em 29 setembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500030172>.

Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silva, R. A da, Gonçalves, H., & Silva, S. M. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 807-815. Recuperado em 29 setembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X201000040002>.

Trajano, M., Bernardes, S., & Zurba, M. (2018). O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10(25), 20-37. Recuperado em 29 setembro, 2018, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5001/5202>.

Vanzela, C. B., & Pegoraro, R. F. (2018). Avaliação de centros de atenção psicossocial segundo familiares: revisão integrativa de literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(2), 53-66. Recuperado em 29 setembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i2.622>.

Vasconcelos, K. M. (2013). *A representação social da família: desvendando conteúdos e explorando processos*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Catrib, A. M. F., Bezerra, I. C., & Franco, T. B. (2016). Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 313-323. Recuperado em 20 setembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>.

Vicente, J. B., Higarashi, I. H., & Furtado, M. C. de C. (2015). Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. *Escola Anna Nery*, 19(1), 107-114. Recuperado em 20 setembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150015>

Wachelke, J. F. R., Camargo, B. V., Contarello, A., Morais, D. X., & Piccolo, C. (2014). Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 8(2), 179-188.

Wilbert, D. D. (2009). *Representações sociais da infância e estilos de práticas educativas de*

*mães e professoras de crianças de 0 a 6 anos de idade.* Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRAFICO

### Parte 1 – Identificação do participante e indicadores sociais

<b>ENDEREÇO:</b> _____
<b>2 Data de Nascimento:</b> _____ <b>Idade:</b> _____ <b>SEXO:</b> M ( ) F ( )
<b>5 – Idade da criança atendida no CAPSi:</b> _____ <b>Sexo da criança</b> M ( ) F ( )
<b>3 - Cor:</b> 1 - ( ) Preta 2 - ( ) Parda 3 - ( ) Amarela 4 - ( ) Branca
<b>4 – Estado civil:</b> 1 - ( ) Solteiro 2 - ( ) União estável 3 - ( ) Casado 4 - ( ) Outros _____
<b>6 - Religião:</b> 1 - ( ) Católica 2 - ( ) Evangélica 3 - ( ) Não tem 4 - ( ) Outra: _____
<b>7 - Escolaridade:</b> 1 - ( ) Nunca fui para escola 2 - ( ) Estudei até a 4ª série, mas não concluí 3 - ( ) Concluí até a 4ª série 4 - ( ) Concluí até a 8ª série 5 - ( ) Estudei até o 3º ano, mas não concluí 6 - ( ) Concluí até o 3º ano
<b>14 - Qual a renda familiar?</b> 1 - ( ) <1salário 2 - ( ) 1 a 2 salários 3 - ( ) 2 a 5 salários 4 - ( ) > 5 salários
<b>8 – Qual o seu parentesco com a criança atendida no CAPSi?</b> _____
<b>9 – Você trabalha?</b> 1 - ( ) Não 2 - ( ) Sim. O que você faz? _____
<b>10 - Você tem outros filhos?</b> 1 - ( ) Não 2 - ( ) Sim. Quantos? _____
<b>11 - Você tem renda própria?</b> Caso a resposta seja não, pule para a questão 13. 1 - ( ) Não 2 - ( ) Sim.
<b>12 – Quantas pessoas moram com você?</b> _____
<b>13 – Com quem você mora?</b> 1 - ( ) Família 2 - ( ) Familiares 3 - ( ) Companheiro 4 - ( ) Na rua 5 - ( ) Outros _____
<b>14 – Na sua casa tem outras crianças atendidas no CAPSi?</b> 1 - ( ) Não 2 - ( ) Sim, _____

## **APÊNDICE B – Entrevista semiestruturada**

1. Como é rotina aqui no CAPSi?
2. De quais atividades você participa aqui? Fale sobre elas.
3. Como é a rotina da criança que você acompanha no CAPSi?
4. Quais são as atividades que sua criança participa CAPSi? Fale sobre elas.
5. Você sente que as atividades disponibilizadas pelo CAPSi te apoiam na relação com sua criança?
6. Você acha que o atendimento no CAPSi te ajuda no seu dia-a-dia? Como?
7. O que você acha que pode melhorar no serviço?
8. Como você avalia o atendimento dado à sua criança?
9. Você se sente apoiado pelos profissionais daqui? Eles te ajudam de alguma forma? Por quê?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Nome: \_\_\_\_\_

O Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que tem como tema: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE UM CAPSi SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OFERTADAS”**.

O estudo tem como objetivo geral: Compreender as representações sociais de familiares de crianças atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) acerca das práticas de cuidado ofertadas. Trata-se de um projeto de pesquisa concernente à dissertação de Mestrado de Stephanie Maiane Souza Silva, Psicóloga, vinculada ao programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Susanne Pinheiro Costa e Silva.

O Senhor (a) tem a liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso a Senhora aceite, a coleta dos dados será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização. Serão realizados a aplicação de uma entrevista semi-estruturada e do teste de Associação Livre de Palavras, as informações serão gravadas com o auxílio de um gravador portátil e o Senhor (a) poderá falar livremente sobre a sua experiência. Asseguro-lhe que todas as informações coletadas serão confidenciais, de modo que os (as) participantes das entrevistas e do teste serão identificados (as) por nomes fictícios, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade em todas as etapas desta pesquisa. O material colhido será arquivado por cinco anos e após esse período será destruído e descartado.

Salientamos ainda que a pesquisa tem o comprometimento de atender eticamente quaisquer riscos que o estudo possa ocasionar, de acordo com a Resolução 466/12/2012, sobretudo no que diz respeito à ocorrência de danos sob a forma de constrangimento ou aborrecimento. Nesse caso, há a responsabilização na necessidade de cobertura de custos e/ou indenização não previstos, porventura passem a ter gastos ou danos, em consequência da participação na pesquisa.

Ao participar da pesquisa o senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa, e a participação é voluntária. Será lhe garantido o acesso aos resultados da pesquisa. Esperamos que este estudo aponte elementos para que possamos compreender o fenômeno das Representações Sociais na em questões envolvendo o cuidado em saúde mental, de forma a contribuir com o aperfeiçoamento da qualidade da atenção a crianças.

Os resultados desta pesquisa serão publicados sob a forma de artigos em periódicos científicos nacionais e internacionais, divulgados em eventos técnico-científicos. O projeto de pesquisa obteve Certificado de Apreciação Ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco sob nº CAAE 66524717.2.0000.5196. Qualquer informação adicional a este Termo ou Pesquisa, favor entrar em contato com a Mestranda Stephanie Maiane Souza Silva (Celular: 87 988593004, e-mail: [stephanieesouza@gmail.com](mailto:stephanieesouza@gmail.com)).

Após elucidadas as informações, requeremos a sua permissão para participar desta pesquisa.

## Consentimento livre e esclarecido

Comprovo ter assimilado todas as informações descritas anteriormente e, de forma livre e esclarecida, evidencio meu consentimento em participar desta pesquisa. Sendo assim, assino esse documento em duas vias, em que uma ficará em minha posse e a outra com a pesquisadora.

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisado

\_\_\_\_\_

Stephanie Maiane Souza Silva

Local, \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Para informações sobre os resultados da pesquisa, entrar em contato com o pesquisador responsável, de segunda à sexta das 08:00h às 12:00h. Fone: (87) 988593004 E-mail: [stephanieesouza@gmail.com](mailto:stephanieesouza@gmail.com).

**APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO –**  
**UNIVASF**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO - PRPPGI**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI**  
Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Centro. <http://www.cpgpsi.univasf.edu.br/>  
CEP: 56304-917, Petrolina – PE. Fone: (87) 2101-6798.

**DECLARAÇÃO**

**Declaro comprometer-me em anexar os resultados ou relatório da pesquisa na  
Plataforma Brasil, garantindo sigilo relativo às propriedades intelectuais.**

**Petrolina, 30 de março de 2017.**

A handwritten signature in blue ink that reads "Stephanie Maine Souza Silva".

---

**Stephanie Maine Souza Silva**

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Stephanie Maiane Souza Silva, brasileira, casada, psicóloga, inscrito(a) no CPF sob o nº 070.318.524-12, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE UM CAPSi SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OFERTADAS”**, a que tiver acesso nas dependências do CAPSi.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

- Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.
- Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.
- Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da entrevista.
- A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
- Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Petrolina, 30/03/2017



---

**Stephanie Maiane Souza Silva**

## ANEXO 2 – CARTA DE ANUÊNCIA



### CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora, Stephanie Maiane Souza Silva, pertencente à Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF a desenvolver Projeto de Pesquisa intitulado: "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE UM CAPSi SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OFERTADAS", sob a orientação da Professora Susanne Pinheiro Costa e Silva. A pesquisa será no período março de 2017 a março de 2018 no local Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil Josemário Menezes - CAPSi.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Petrolina, 21 de fevereiro de 2017.

Therese Christina da Cunha Lima Gama

Supervisão de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de  
Petrolina

## ANEXO 3 – COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO VALE DO SÃO  
FRANCISCO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE UM CAPSi SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL OFERTADAS

**Pesquisador:** STEPHANIE MAIANE SOUZA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 66524717.2.0000.5196

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.310.500

#### Apresentação do Projeto:

1. Não havia pendências anteriores neste item.

#### Objetivo da Pesquisa:

2. Não havia pendências anteriores neste item.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. Não havia pendências anteriores neste item.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. Quanto às pendências anteriores neste item:

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

5. Quanto às pendências anteriores neste item:

5.1 A pesquisadora incluiu, no TCLE, referência à Resolução CNS 510/2016.

#### Recomendações:

6. Aprovação.

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

7. O projeto foi corrigido e atende aos aspectos éticos de proteção aos participantes da pesquisa.

**Endereço:** Avenida José de Sá Manigoba, s/n  
**Bairro:** Centro **CEP:** 56.304-205  
**UF:** PE **Município:** PETROLINA  
**Telefone:** (87)2101-8808 **Fax:** (87)2101-8808 **E-mail:** cedep@univasf.edu.br