



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

KARINE DUTRA MESQUITA NALINI

**INGREDIENTES ATIVOS NOS ATENDIMENTOS DOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS) NA PERSPECTIVA DE
CUIDADORES DE CRIANÇAS ATENDIDAS:
UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS**

**Goiânia
2020**

KARINE DUTRA MESQUITA NALINI

**INGREDIENTES ATIVOS NOS ATENDIMENTOS DOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS) NA PERSPECTIVA DE
CUIDADORES DE CRIANÇAS ATENDIDAS:
UMA TORIA FUNDAMENTADA EM DADOS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe.

**Goiânia
2020**

N1711 Nalini, Karine Dutra Mesquita
Ingredientes ativos nos atendimentos dos centros de
atenção psicossociais (CAPS) na perspectiva de cuidadores
de crianças atendidas : uma teoria fundamentada em
dados / Karine Dutra Mesquita Nalini.-- 2020.
134 f. : il.

Texto em português, com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da
Saúde, Goiânia, 2020

Inclui referências: f. 101-107

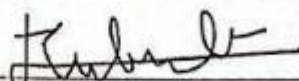
1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Cuidadores de
crianças. 3. Teoria fundamentada em dados. I. Vandenberghe,
Luc. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Programa de Pós-Graduação em Psicologia - 2020.
III. Título.

CDU: 159.9.01(043)

FICHA DE AVALIAÇÃO

Mesquita-Nalini, K. D. (2020). Ingredientes ativos nos atendimentos dos centros de atenção psicossociais (caps) na perspectiva de cuidadores de crianças atendidas: uma teoria fundamentada em dados. Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe.

Esta Dissertação foi submetida à banca examinadora:



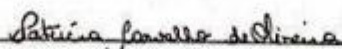
Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Presidente da banca



Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini

Membro Convidado - Pontifícia Universidade Católica de Goiás



Profa. Dra. Patricia Carvalho de Oliveira

Membro Convidado – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

(IFG)

Profa. Dra. Lila Maria Spadoni Lemes

Membro Suplente - Pontifícia Universidade Católica de Goiás

AGRADECIMENTOS

Tantas e tantos foram as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, que me sinto sensivelmente responsável nesta sessão dedicada à manifestação da minha imensa gratidão.

Preciso iniciar meus agradecimentos à todas as famílias e suas crianças que passaram por mim nestes últimos 15 anos. As dificuldades vividas por cada uma delas gerou progressivamente um forte desejo em oferecer com primazia o que a Psicologia poderia ofertar como apoio e auxílio diante de seus pedidos de ajuda e votos de confiança direcionados à mim. Suas dúvidas e angústias suscitaram perguntas as quais foram acumuladas por uma jovem terapeuta que foi aos poucos aspirando virar um dia uma pequena pesquisadora.

Diante disso, cabe o agradecimento à todos os meus professores que em especial, durante o período do Mestrado, foram grandes mestres e auxiliares no meu processo de aperfeiçoamento pessoal e profissional. Entretanto, em especial, preciso dedicar particulares palavras ao meu orientador Prfº Drº Luc Vandenberghe. Por sua capacidade ética de vivenciar a diversidade e multiplicidade que a Psicologia apresenta, por sua competência técnica e por sua grande habilidade em trazer para as relações pessoais seus princípios teóricos, não poderia me permitir experienciar esta empreitada na companhia de outro orientador. Muito obrigada por todas as palavras ditas e não ditas. Obrigada por sua compreensão e envolvimento. Obrigada por buscar o que eu poderia oferecer de melhor. Muito obrigada por acreditar em mim!

As professoras leitoras Daniela Zanini, Lila Spadoni, Patricia Oliveira e Sheila Murta, que contribuíram sobremaneira com suas sugestões e orientações, a minha gratidão pelo tempo dedicado ao meu trabalho e às palavras afetuosas mesmo quando proferiam

críticas e sugestões de mudança. Suas posturas puderam me mostrar que a academia e a produção de conhecimento científico pode estar associada a encontros afetuosos e vigorantes.

Meus agradecimentos estendem-se aos meus colegas de mestrado, desde aqueles que estiveram comigo ainda nos estudos preparatórios para o ingresso no programa, passando pelos que não me deixaram desistir diante da barreira que a língua estrangeira me apresentava, assim como aqueles que dividiram tardes intensas de discussões teóricas e redefinições metodológicas. O meu grande abraço e agradecimento pelo companheirismo.

Aos gestores, coordenadores e profissionais de todas as localidades e municípios em que realizei as entrevistas para esta pesquisa, o meu agradecimento pelo auxílio e pelas autorizações. Se não fossem as parcerias firmadas, a comunidade científica e social do nosso tempo, não poderiam ter a oportunidade de conhecer de perto uma realidade tão particular da Saúde Mental Infantojuvenil goiana. Recebam o meu respeito e minha gratidão!

À todas as cuidadoras e cuidadores, mães, pais, irmãs, avós, tias, familiares que aceitaram participar desta pesquisa, aceitando dispor de seus tempos e suas intimidades para contribuir através de seus depoimentos e relatos de experiências. Dedico o resultado deste trabalho e reafirmo minhas intenções e compromisso de através do meu respeito e das possibilidades que o futuro me ofertar, levar adiante toda disponibilidade em dividir com outros familiares e equipes de saúde a oportunidade de aperfeiçoamento técnico e humano a partir destes achados. Que nossas crianças também possam se beneficiar. O meu muito obrigada!

E por último e não menos importante, dedico meus agradecimentos à minha família. Meus irmão, primas, primos, tias e tios, o meu obrigada por manifestarem a admiração e desejo de sucesso nesta empreitada. À minha mãe, Maria Cristina, preciso dizer o quão foi importante seu papel para a realização deste projeto. Desde o início, minha maior e melhor incentivadora, não me deixou sucumbir as dificuldades enfrentadas durante estes dois anos e meio. Seu exemplo de mulher, mãe e profissional, estavam sempre me impulsionando a enfrentar tantos limites que eu considerei por muitas vezes intransponíveis. Muito obrigada! Ao meu marido e minhas filhas que precisaram se adaptar à esta fase de vida tão tumultuada, entre viagens e análises, ausências e acumulações de funções. Vocês foram fonte de inspiração, visto também me impulsionarem a querer ser maior e melhor pra vocês. Estou de volta e agora mais completa, lúcida e disposta a dividir com outras famílias tudo o que aprendi nesta imersão científica, mas também vivencial com vocês! Ao meu pai, minhas avós e avôs, que já não estão fisicamente próximos, também agradeço e dedico este projeto, visto a lembrança de experiências e diálogos me impulsionarem sobretudo durante muitas noites insones.

Sinto-me grata, mesmo sabendo que poderia ter realizado um trabalho melhor. Sinto-me feliz, mesmo sabendo que ainda há muito por superar, fazer e compreender. Mas acima de tudo, sinto-me realizada por ter tido tanto apoio e incentivos de coragem e amor durante todo este percurso.

Gratidão!

“Para entender tudo, é preciso esquecer tudo”

(Provérbio Budista)

“[...] tem que ter uma conexão com a criança[...]. As pessoas ficam às vezes muito na técnica, nos livros, nos estudos. Mas antes disso, você é ser humano. Antes de ser objeto de estudo, você é um ser humano”.

(R., mãe entrevistada por esta pesquisa)

Resumo

A presente dissertação de mestrado procurou a partir do método qualitativo de pesquisa, cuja referência foi a Teoria Fundamentada em Dados, identificar quais são os ingredientes ativos nos atendimentos dos Centros de Atenção Psicossociais na perspectiva dos cuidadores de crianças atendidas. 32 cuidadores que estiveram em atendimento entre 2017 a 2019, com crianças de 4 a 12 anos, participaram da pesquisa. Dois tipos de Centros de Atenção Psicossocial fizeram parte da amostra: CAPSi e CAPS-I. Os municípios goianos de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Ipameri e Catalão foram visitados. Os dados emergentes permitiram a criação de um Esquema Conceitual em que foram identificados: (a)- as condições que levaram a busca do atendimento; (b)- os Ingredientes Ativos; (c)- os moderadores das Relações Informais / Interpessoais e (c)- Efeitos do Atendimento Psicossocial. No que se refere aos ingredientes ativos, a partir da tensão entre fatores promotores e limitantes de atenção em Saúde Mental, dois eixos funcionais emergiram: 1)- As Relações Formais / Político Administrativas nos CAPS e 2)- As Relações Informais / Interpessoais (Usuários e Equipe de Saúde). Com o modelo proposto, espera-se que os serviços voltados ao atendimento em Saúde Mental Infantojuvenil, possam utiliza-lo enquanto um instrumento que auxiliará as equipes técnicas e seus gestores a verificarem se em seus programas de atendimento, os ingredientes ativos aqui emergentes são reconhecidos entre suas ações e interações.

Palavras-chave: Atendimento Psicossocial, CAPS, cuidadores, Ingredientes Ativos, *Teoria Fundamentada em Dados*.

Abstract

This master's dissertation searched from the qualitative research method, whose reference was the Grounded Theory Analysis, identify which are the active ingredients of the Psychosocial Care Centers from the perspective of children's caregivers attended. 32 caregivers who were in attendance between 2017 to 2019, with children from 4 to 12 years old, had participated the research. Two types of Psychosocial Care Centers were part of the sample: CAPSi and CAPS-I. The Goiás counties: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Ipameri and Catalão were visited. Emerging data allowed the creation of a Conceptual Scheme where were identified: (a) - the conditions that led to the search for care; (b) - the Active Ingredients; (c) - the Informal Relations/Interpersonal's moderators; and (d) - Effects of Psychosocial Care. As regards the active ingredients, from the tension between promoter and limiting factors of mental health care, two functional axes emerged: 1) - Formal Administrative/Political Relations in the CAPS and 2) - The Informal/Interpersonal Relations (Users and Health Care Team). With the proposed model, It is expected that services focused in Childish Mental Health Care, that could be used as an instrument that will assist the technical teams, and it managers to verify if in their service programs, the active ingredients, here emerging, are recognized between their actions and interactions.

Keywords: Psychosocial Care, CAPS, Caregivers, Active Ingredients, Grounded Theory Analysis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tempo de Atendimento / Tipo / Especialidades Reconhecidas	29
Tabela 2: Quantidade de participantes e cidades visitadas na pesquisa	31
Tabela 3: Tipos de CAPs Pesquisados	32
Tabela 4: Exemplo de construção de códigos abertos	60
Tabela 5: Exemplo de construção de códigos focais e categorias	61
Tabela 6: Relações Formais com a Instituição Político-Administrativa	71
Tabela 7: Códigos de Dinâmicas Produtivas / Confiança – Adesão	72
Tabela 8: Códigos de Limitação Para Atenção / Confiança – Adesão	73
Tabela 9: Códigos de Dinâmicas Produtivas / Legitimidade das Dificuldades e Reconhecimento de Direitos.....	75
Tabela 10: Código Limitante para Atenção / Legitimação das Dificuldades de Reconhecimento de Direitos.....	76
Tabela 11: Códigos de Dinâmicas Produtivas / O trabalho da equipe	78
Tabela 12: Código Limitante Para Atenção / O trabalho da equipe	79
Tabela 13: Códigos de Dinâmicas Produtivas / A intervenção médica.....	80
Tabela 14: Relações Informais / Interpessoais (Usuários e Equipe de Saúde).....	81
Tabela 15: Códigos de Dinâmicas Produtivas – Acolhimento / Tratamento dos Cuidadores	82
Tabela 16: Códigos de Limitações na Participação – Acolhimento / Tratamento dos Cuidadores	84
Tabela 17: Códigos de Dinâmicas Produtivas – Orientação / Compreensão	85
Tabela 18: Códigos de Limitações na Participação – Orientação / Compreensão	86
Tabela 19: Códigos de Dinâmicas Produtivas – Instrumentalizações / Ensinaamentos ...	86

Tabela 20: Códigos de Limitações na Participação – Instrumentalizações / Ensinamentos.....	88
Tabela 21: Fatores que podem interferir nas relações informais / interpessoais (Usuários e Equipe de Saúde)	88
Tabela 22: Códigos dos Fatores que Podem Interferir nas Relações Informais / Interpessoais (usuários e equipe de saúde)	89
Tabela 23: Efeitos dos Atendimentos Psicossociais.....	92
Tabela 24: Dialética entre os relacionamentos dos cuidadores e o tratamento	93
Tabela 25: Aceitação / Persistência	93
Tabela 26: Os cuidadores aprendem.....	94
Tabela 27: Autonomia / Empoderamento dos cuidadores.....	94
Tabela 28: Generalização das melhoras	95
Tabela 29: Mudanças comportamentais das crianças.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Grau de parentesco dos cuidadores (%)	28
Gráfico 2: Idade média dos cuidadores (%)	28
Gráfico 3: Cuidadores que exercem atividades remuneradas (%).....	28
Gráfico 4: Grau de escolaridade dos cuidadores (%)	28
Gráfico 5: Estado civil dos cuidadores	29
Gráfico 6: Diagnóstico dos cuidadores (%).....	78
Gráfico 7: Quantidade de cuidadores que utilizam medicação psicotrópica (%).....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Esquemático Análise Axial	61
Figura 2: Representação das condições que levaram a busca de ajuda.....	66
Figura 3: Representação dos ingredientes ativos – As Relações.....	70
Figura 4: Representação dos efeitos do atendimento psicossocial	91

SUMÁRIO

1	Introdução.....	17
2	Objetivos.....	26
2.1	Objetivos Gerais.....	26
2.2	Objetivos Específicos.....	26
3	Método.....	27
3.1	Participantes.....	27
3.2	Ambiente.....	30
3.3	Materiais	33
3.4	Procedimento	33
3.4.1	Coleta de Dados	35
3.4.2	A <i>Grounded Theory Analysis</i> mais de perto.....	35
	Artigo1: Origem, Caminhos e Contribuições da Teoria Fundamentada em Dados para a Pesquisa Qualitativa: uma pesquisa de processos.....	37
3.5	Análise dos Dados.....	57
4	Resultados.....	65
4.1	As Condições que levaram a busca do atendimento.....	65
4.2	Os Ingredientes Ativos.....	69
4.2.1	As Relações Formais / Político Administrativas nos CAPS.....	70
4.2.1.1	Adesão pela cuidadora	72
4.2.1.2	Legitimação das Dificuldades e Reconhecimento de Direitos.....	74
4.2.1.3	O trabalho da equipe	78
4.2.1.4	A intervenção médica.....	79
4.2.2	As Relações Informais / Interpessoais (Usuários e Equipe de Saúde).....	80
4.2.2.1	Acolhimento / Tratamento dos cuidadores.....	82

4.2.2.2 Orientação / Compreensão	84
4.2.2.3 Instrumentalizações / Ensinaamentos	86
4.3 Moderadores das Relações Informais / Interpessoais	88
4.4 Efeitos do Atendimento Psicossocial.....	90
5 Discussão.....	96
6 Referências	107
7 Anexos.....	112

1 Introdução

A presente pesquisa foi idealizada principalmente pelas inquietações pessoais da pesquisadora, tendo em vista seu manejo clínico e trabalho de psicoterapia voltado ao público infantil nos últimos 15 anos. A crescente demanda dos cuidadores em busca de auxílio com suas crianças de várias faixas etárias, em sua maioria impulsionados por situações de conflitos familiares e sociais em que pesavam a dificuldade nas interações interpessoais. Choque de gerações, ausência de repertório parental, ineficácia das estratégias eram entre tantas outras situações que se apresentavam como situações eliciadoras das crises nas relações entre pais e filhos. Entretanto, cabia saber se os caminhos escolhidos para as intervenções eram de fato os mais adequados à cada família que ali estava. Quais seriam os fatores e ingredientes terapêuticos que poderiam ser compreendidos como fundamentais para o sucesso das orientações e intervenções realizadas nas sessões psicoterapêuticas. E ainda se o trabalho oferecido aos pais era de fato percebido como úteis e eficientes para a vida mais saudável e equilibrada nas relações familiares, assim como para o desenvolvimento saudável de seus filhos¹.

Recentemente Costa, Wagner, Delatorre e Mosmann (2017) em um levantamento bibliográfico sistemático de psicoterapias de casal, tentaram, entre outras coisas, identificar variáveis envolvidas no processo terapêutico. Apesar de encontrarem dados relevantes quanto ao tipo de habilidades desenvolvidas no processo, assim como os efeitos no pós-terapia, o estudo aponta para a pouca publicação e descontinuidade destas – sobretudo no Brasil onde não houve nenhuma publicação nos últimos 10 anos.

¹ Para levantamento empírico dos preditores de risco para as interações parentais de famílias brasileiras, foi realizado um artigo de revisão sistemática (Mesquita-Nalini & Neto, 2019). Artigo submetido à revista *Barbarói* em 27/08/2019, resultado da disciplina Tópicos especiais em Psicologia da Saúde: Saúde e Vulnerabilidades, do Programa de Pós-Graduação *Strito Sensu* em Psicologia da PUC Goiás cursada pela primeira autora em 2017 sob orientação do segundo autor.

As discordâncias entre afirmações teóricas e principalmente a carência de evidências aponta e justifica a grande importância em descobrir quais são realmente os ingredientes ativos que provocam uma mudança terapêutica positiva, sobretudo quando verificamos o caráter de abalo significativo que os quadros disfuncionais parentais e infanto-juvenis impõem à vida familiar.

Se voltarmos um olhar mais acurado para as mudanças sociais, sobretudo para aquelas que acometeram as famílias pós-modernas² (aqui compreendidas a partir do período pós-guerras), podemos verificar o quanto as contingências dos relacionamentos sociais se modificaram.

A forma de lidar com a autoridade e a promoção de autonomia, os espaços e limites, regras antigas que não mais se aplicam em detrimento da busca de novas regras nos relacionamentos dos membros de uma família foram se modificando na mesma proporção que as relações com o mundo externo ao ambiente familiar também tomavam diferentes configurações políticas, econômicas e culturais. A família pode ser entendida, portanto, como um centro formador da sociedade, bem como do desenvolvimento individual e da maturidade emocional de cada indivíduo (Oliveira, Siqueira, Dell’Aglia, & Lopes, 2008)

O que percebemos é uma desorganização não apenas diante da ausência das respostas adequadas e não mais funcionais das famílias pós-modernas, mas uma espécie de crise conceitual do que realmente vem a se definir por família e os papéis dos atores desta família (Capelatto, & Martins Filho, 2015).

Neste cenário, o que observamos é uma crescente busca de serviços que procuram através de sistematização e dados científicos confiáveis parâmetros para a

² A **pós-modernidade** advém da sociologia histórica que trata da condição sócio-cultural e estética após a queda do muro de Berlim (1989) referente ao capitalismo desta época. Também refere-se às crises e ideologias do ocidente do final do século XX (Hall, 2006).

orientação das equipes e profissionais que oferecem suporte e promoção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem destacado a relevância de protocolos de atendimento para treino de habilidades de vida e conseqüentemente à prevenção de fatores de risco em saúde (Murta, 2008). O Ministério da Saúde no Brasil criou uma parceria em 2015 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS no Brasil e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS/OMS (BIREME/OPAS/OMS) para incorporação da Prática Baseada em Evidências (PBE) no processo de trabalho dos profissionais de saúde e de acadêmicos das áreas³.

A Prática Baseada em Evidências tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado de pacientes. A PBE tem-se sustentado em um tripé que leva em conta a síntese da melhor evidência externa ou de pesquisa, a experiência do profissional e os valores e preferências do paciente, isto é, centrada no paciente e na família. Pesquisas desenvolvidas de forma criteriosa fornecem certezas para auxiliar na tomada de decisão clínica, mas nunca substituem o raciocínio e a experiência do profissional para decidir qual intervenção é efetiva ou não para um paciente específico (Sampaio & Mancine, 2007, p. 1).

³ Disponível em: <http://portalsaude.saude.br>. Acesso em: 29 out. 2017.

A intervenção psicossocial como um direito

Sendo um direito humano, constitutivo ao direito de cidadania, assim como parte inescludente ao gozo pleno da saúde, serviços de orientação parental, já podem ser considerados como fundamentais em nossa sociedade. Como posto no artigo 26, III da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Brasil, 1998), que trata da importância da garantia da instrução – e não apenas educação formal – demarca a importância e o “lugar” do direito de orientação a todos para o exercício legal da cidadania:

A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz (p. 4).

Já a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regula toda e qualquer ação voltada à saúde em todo o território nacional (seja ela, pública ou privada, individual ou coletiva, de caráter permanente ou temporário e executado por naturais ou jurídicos), também estabelece a garantia da instrução e da promoção de saúde para o bom desenvolvimento integral tanto dos indivíduos como dos grupos sociais, visando o alcance da promoção integral do conceito de saúde como elencado no Cap.1, III: “A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.” A psicologia deve, portanto, continuar com seu trabalho historicamente construído de auxiliar e instrumentalizar indivíduos e grupos sociais na superação de crises, conflitos e novas realidades e demandas, sejam elas individuais ou sociais. Neste sentido, a democratização do conhecimento e tecnologia existentes e produzidos pela Psicologia e

áreas interdisciplinares devem ser entendidas como ferramentas para auxílio para a superação de dificuldades (Zurba, 2012).

O que é responsável para o efeito terapêutico?

Compreendendo o atendimento psicossocial como um direito, torna-se imprescindível identificar como os serviços existentes podem atender e garanti-lo da melhor forma.

Avaliar e identificar os elementos centrais para a eficácia destes serviços faz-se mister, uma vez que as identificações destas variáveis poderão trazer luz sobre os fatores significativamente importantes para a tão aclamada e desejada promoção integral à saúde nas relações familiares, suprimindo ao máximo fatores de risco eminentes ao desenvolvimento das crianças de nossa sociedade.

Algumas pesquisas já tentaram levantar os índices de melhora, resolutividade e adesão dos clientes nas e para as intervenções psicoterapêuticas (Peuker, Habigzang, Koller, & Araújo, 2009, Santana *et al.*, 2015). Também verificamos a busca de construções de instrumentos que ajudariam na identificação de variáveis que auxiliem na adesão ao processo terapêutico (Salinas-Oñate, Ortiz, Baeza-Riviera, & Betancourt, 2017; Yoshida, 1998).

Desde a década de 50, estudos sobre como é e o que parece ajudar os clientes em psicoterapia já acontecem. O trabalho de Eysenck (1952) pareceu abalar a comunidade científica, visto seus dados apontarem para uma taxa de 74% de pacientes neuróticos apresentarem taxas semelhantes de remissão de sintomas, quando comparados a pacientes que não passaram por nenhum processo de psicoterapia. Rogers e seus associados (1951,1974) começaram a investigar na relação terapêutica quais seriam os elementos importantes para o atendimento e, portanto, para sua eficácia.

Goldfried e Wolfe, 1996 (citados em Yoshida, 2002) afirmam como aspecto importante a identificação dos fatores específicos envolvidos no processo terapêutico, os quais possam facilitar a mudança dos clientes em psicoterapia.

Vandenberghe e Spirandelli (2004) verificaram numa análise quantitativa que os elementos considerados eficientes pelos clientes adultos correspondem estreitamente com os princípios propostos pelos modelos teóricos da terapia comportamental.

O presente trabalho, por sua vez, pretende investigar numa análise qualitativa a perspectiva de cuidadores que procuraram ajuda para resolução de crises envolvendo as crianças para poder comparar com os princípios baseados em evidência. Essa perspectiva se justifica uma vez que estudos como Dias, Neves e Zanini, (2016), apontam para a ocorrência ou cronificação de problemas de saúde emocional e comportamental correlacionados às relações de crianças e seus cuidadores.

A complexidade do conceito ‘ingrediente ativo’

Como podemos definir ingredientes ativos? Em pesquisas relacionadas a física, eletricidade, tecnologia da informação ou até mesmo trabalhos de fisiologia ou farmacologia, é comum encontrar o termo “elementos ativos” (Weber & Tavangar, 2007, Wang & Vasquez, 2007, Run-Liang & Shi-Wei, 2017, Duarte, 2018). Nelas, o termo se refere aquilo que gera movimento e por isso é o componente que produz a energia para operar qualquer dispositivo. Ainda em estudos farmacológicos, o termo também pode ser encontrado como “ingredientes ativos”. Nestes, referem-se ao componente responsável pela ação terapêutica (Hoffmann *et al.*, 2014). McCleary, Duncan, Stewart e Francis (2013) identificam que este termo é mais utilizado em publicações farmacológicas e criticam a adoção direta em psicologia. Isto porque nos processos psicoterapêuticos, as intervenções são complexas e multifacetadas: a)- considerando vários componentes, b)-

exigindo uma grande variedade de comportamentos dos profissionais de saúde e dos pacientes para obtenção de sucesso, c)- voltado para níveis diferentes dentro de uma mesma organização, d)- estar adaptado a diferentes contextos ou configurações e e)- verificar que os resultados positivos do processo estão relacionados as experiências dos profissionais.

Assim, a presente pesquisa concede que o que pode ser responsável para a ação terapêutica de um atendimento psicossocial é uma questão empírica. Porém, estudos que acessaram a experiência dos pais de crianças em tratamento, trouxeram perspectivas interessantes em diferentes áreas. Um exemplo claro é a pesquisa cujo objetivo foi explorar a opinião dos pais de crianças diagnosticadas com déficits neurológicos e que passavam por tratamento em fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Beresford, Clarke e Maddison (2018), levantam alguns aspectos que podem indicar os mecanismos de mudança responsáveis pelos resultados terapêuticos. 1- O nível de complexidade do diagnóstico, 2- as características do terapeuta, 3- técnicas escolhidas para intervenção e 4- contexto terapêutico mais amplo das relações estabelecidas, foram neste estudo, apontados como ingredientes ativos.

Em um estudo da arte de Pieta e Gomes (2017), relatando uma metanálise acerca do impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento, não apontou nenhuma distinção entre as abordagens psicológicas das intervenções. O que parece de fato influir importância sobre os resultados é a qualidade da relação estabelecida para a formulação do vínculo terapêutico com o paciente. O que menos influi são as características dos pacientes, aparecendo como determinantes, as características pessoais do terapeuta para o vínculo. Fatores como a consideração dos fatores socioculturais; os diagnósticos; variabilidade do repertório do terapeuta; estilos de apego do paciente; aliança terapêutica; término prematuro do tratamento com ênfase ao tipo de comunicação

entre terapeuta e paciente, onde ele pode apresentar dificuldades em verbalizar sentimentos negativos sobre a relação terapêutica ou até mesmo sobre a terapia; empatia e a importância em adaptar a terapia as necessidades e expectativas do paciente estão entre os achados.

Neste sentido será de interesse desta pesquisa, a identificação das percepções do processo e dos ingredientes ativos a partir da perspectiva dos cuidadores, ou seja, do próprio usuário. A possibilidade de dar voz e conseqüentemente analisar as impressões e relatos de quem efetivamente passou pelo processo psicossocial apresenta-se como uma oportunidade técnica-científica de grande relevância.

O modelo Bioecológico do desenvolvimento humano e as relações familiares

A partir de uma abordagem qualitativa a Teoria dos Sistemas Bioecológicos do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner (1917 – 2005) aborda a família como sistema decorrente das interações de cada pessoa em desenvolvimento, sofrendo influências diretas do contexto em que vive e dos processos interativos que influenciam o próprio desenvolvimento humano em determinados períodos de tempo (Martins, 2003; Ceconello, 1999,2003; De Antoni, 2000; Yunes, 2001; citados em Martins e Szymanski, 2004) O conceito de *bidirecionalidade* que aponta para o fato de que existe uma influência dupla, tanto da pessoa para o ambiente, como do ambiente para a pessoa, marca as possibilidades múltiplas das constituições e do espaço de ser/existir em dados contextos, na medida em que nos desenvolvemos. Na perspectiva do modelo bioecológico há uma mudança do foco de atenção do contexto do desenvolvimento para a pessoa em desenvolvimento. Quatro aspectos multidirecionais inter-relacionados são elencados: *a pessoa, o processo e o tempo* (Bronfenbrenner e Morris, 1998). Considerando que o contexto não é apenas o imediato. Esta teoria se refere a múltiplas estruturas

interdependentes e inseridas umas nas outras. Referimo-nos aqui a *micro*, *meso*, *exo* e *macrossistema*. Compreendendo que o *microssistema* refere-se ao ambiente restrito de desenvolvimento de papéis e experiências imediatas; o *mesossistema*, refere-se a interação em dois ou mais ambientes onde a pessoa faz parte ativamente; o *exossistema*, a pessoa não é participante ativa, mas sofre influências diretas destes; e o *macrossistema* é a junção interdependente de todos os outros sistemas, como a cultura, religião ou política, por exemplo (Bronfenbrenner, 1996.)

2 Objetivos

A intenção é compreender a experiência de pais, mães ou outros cuidadores que passaram por um serviço de atendimento nas Unidades de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSi) dos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Catalão e Ipameri, todos do estado de Goiás, nos anos de 2017 e 2019.

A questão norteadora, a qual aflorou a curiosidade epistemológica, convergiu para o seguinte problema de pesquisa: **“O que, na experiência dos cuidadores, funciona nas intervenções psicossociais para a superação das dificuldades que os mesmos têm com seus filhos?”**

2.1 Objetivos Gerais

Identificar e analisar os ingredientes ativos existentes nos atendimentos dispensados pelos Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis, a partir da perspectiva dos cuidadores.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os caminhos de inserção do serviço de orientação e promoção de saúde mental infanto-juvenil, assim como as dificuldades percebidas no processo;
- Identificar como as necessidades dos cuidadores ao buscar ajuda foram atendidas e de que maneira;
- Verificar a percepção dos cuidadores acerca de como, de que forma e por quê as intervenções recebidas nos atendimentos de orientação parental contribuem para o êxito almejado.

3 Método

3.1 Participantes

Participaram da pesquisa um total de 32 cuidadores de crianças as quais receberam atendimento nos CAPS nos anos de 2017 a 2019. Foi feito contato direto com pais, mães e demais familiares responsáveis pelas crianças. Os nomes e contatos dos cuidadores foram selecionados pelos terapeutas que acompanhavam os participantes e passados à pesquisadora.

Fizeram parte da pesquisa aqueles cuidadores que atenderam os seguintes **critérios de inclusão:** 1)- ter participado ou ainda estar participando de algum serviço de orientação parental nos CAPS no período da coleta de dados e 2)- as crianças atendidas estavam com idade entre 4 e 12 anos. Tal escolha de faixa etária deveu-se ao fato de que é a partir dos 4 anos que as crianças entram em contato com os processos de escolarização onde as questões comportamentais e problemas relacionados à socialização e aprendizagem começam a emergir (Educação Infantil e Ensino Fundamental). Assim, a faixa selecionada corresponde ao período no desenvolvimento infantil em que é possível encontrar fatores que levam os cuidadores a buscarem ajuda profissional (Gauy, 2016). O limite de 12 anos para o fim da infância também se encontra nos critérios do Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069/1990). Em contrapartida, foram **critérios de exclusão:** 1)- cuidadores que apresentassem baixa frequência de acordo com os critérios de cada serviço e 2)- cuidadores que tivessem o devido registro no prontuário da criança de diagnóstico psiquiátrico do tipo transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes do CID-10 (F20-F29).

Nos gráficos que se seguem, é possível observar o perfil epidemiográfico especificando o de grau de parentesco com as crianças, idade, escolaridade, ocupação e

estado civil. De tal modo que fazem parte da amostra, uma maioria de 21 mães com 65,6% de prevalência (Gráfico 1), 11 participantes com idade entre 38 e 43 anos (34,4%) (Gráfico 2), tendo a metade da amostra (16 participantes) alguma atividade remunerada e a outra metade (16 participantes) declarando-se dona de casa (Gráfico 3), 16 tendo completado o Ensino Médio (50%) (Gráfico 4) e 16 participantes (50%) casadas (Gráfico 5).

Gráfico 1: Grau de parentesco dos cuidadores (%)

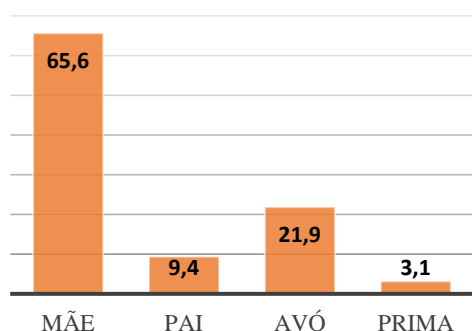


Gráfico 2: Idade média dos Cuidadores (%)

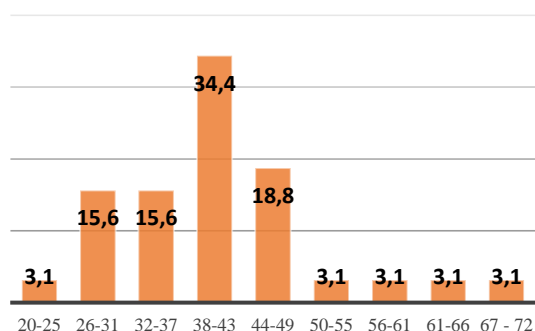


Gráfico 3: Cuidadores que exercem atividades remuneradas (%)

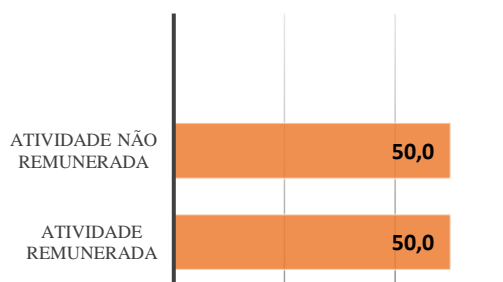


Gráfico 4: Grau de escolaridade dos cuidadores (%)

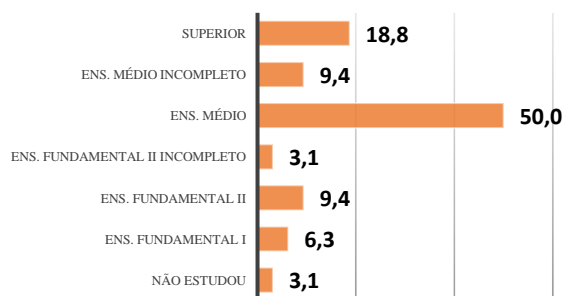
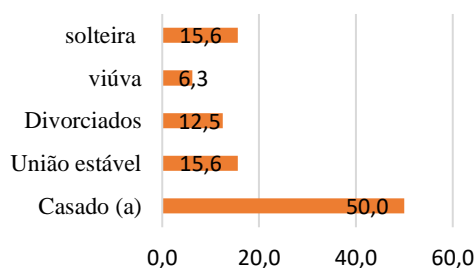


Gráfico 5: Estado Civil dos cuidadores



Na Tabela 1 observa-se 55,2% (16) de atendimentos das crianças atendidas na modalidade Grupo, 13,8% (4) em atendimentos individuais, 20,7% (6) recebendo atendimento conjugado e 10,3% (3) apesar de já terem entrado para o CAPS, estão aguardando as intervenções psicossociais. Com relação ao tipo de atendimento ofertado aos cuidadores, 19,4% (7) já participaram no passado de algum grupo de pais, 55,6% (20) está passando majoritariamente por grupos de pais, 8,3% (3) estão apenas com orientações parentais individuais, enquanto 16,7% (6) aguardam atendimento. E quanto ao tempo de atendimento no CAPS, varia de uma semana à nove anos, sendo que a média de tempo da amostra é de um ano e meio, considerando que 10,3% (3) aguardam atendimento regular. Estes cuidadores entraram para a amostra, uma vez que já participaram dos atendimentos iniciais de acolhimento e consulta médica, mas ainda estão na fila de espera para os demais atendimentos oferecidos pelo CAPS.

Tabela 1:
Tempo e tipo de atendimento

	Participante	Tempo de atendimento	Intervenção com criança	Intervenção com cuidador
E1	P1	2 anos	Grupo / Ind.	Grupo de pais
E2	P2	1 ano	Grupo	Grupo de pais
E3	P3	3 anos	Grupo/Ind.	Grupo de Pais
	P4			
	P5			
E4	P6	1 ano e 3 meses	Grupo / Ind.	Grupo de pais
E5	P7	8meses	Grupo / Ind.	Grupo de pais

E6	P8	4 anos	Ind.	Grupo de pais no passado / Orientação Individual
E7	P9	6 meses	Grupo / Ind.	Grupo de pais
E8	P10	6 meses	Ind.	Grupo de pais no passado / Aguardando Vaga
E9	P11	1 ano	Grupo	Grupo de pais no passado / Aguardando Vaga
E10	P12	3 anos	Grupo / Ind.	Grupo de pais
E11	P13	9 meses	Grupo	Grupo de pais no passado / Aguardando Vaga
	P14			
E12	P15	6 anos	Grupo	Grupo de pais
E12	P16	1ª o e 8 meses	Grupo	Grupo de pais
E12	P17	9 anos	Grupo	Grupo de pais
E13	P18	5 anos	Grupo	Grupo de pais
E14	P19	1 ano	Ind.	Orientação Individual
E15	P20	6 meses	Ind.	Orientação Individual
E16	P21	1 mês	Grupo	Grupo de Pais
E16	P22	2 anos	Grupo	Grupo de Pais
E16	P23	6 meses	Grupo	Grupo de Pais
E16	P24	0	Aguardando vaga	Grupo de pais no passado /Aguardando Vaga
E16	P25	1 mês	Grupo	Grupo de Pais
E16	P26	1 mês	Grupo	Grupo de Pais
E16	P27	1 mês	Grupo	Grupo de Pais
E16	P28	0	Aguardando vaga	Grupo de pais no passado /Aguardando Vaga
E16	P29	0	Aguardando vaga	Grupo de pais no passado /Aguardando Vaga
E16	P30	1 mês	Grupo	Grupo de Pais
E16	P31	1 semana	Grupo	Grupo de Pais
E16	P32	1 semana	Grupo	Grupo de Pais

Legenda: *E significa entrevista, com os números indicando sequência cronológica das entrevistas

*P significa participantes, com os números indicando cada cuidador individualmente, podendo ter vários participantes na mesma entrevista coletiva

3.2 Ambiente

Foram visitadas cinco Unidades de Atenção Psicossocial (CAPS) de três localidades no estado do Goiás: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Ipameri e Catalão.

Essa amostra foi de conveniência no sentido da escolha ser feita por critérios de acessibilidade, referindo-se à distância geográfica e disponibilidade das instituições. Porém nos termos da *Grounded Theory* procurou-se construir uma amostra dependendo das pessoas serem capazes e dispostas a fornecer os dados necessários para criar a teoria, o que se chama de **amostragem teórica** (Leite, 2015, Charmaz, 2009).

O município de Goiânia, foi o primeiro a ser acionado, visto ser a cidade da Instituição de Ensino na qual a presente pesquisa se desenvolveu, assim como ser de interesse da pesquisadora, por se tratar de seu local de trabalho, o que significaria uma representação social do seu espaço de intervenção profissional. Entretanto, o município de Goiânia apresentou algumas dificuldades para a realização da pesquisa, contribuindo com 18,8% das participações. As dificuldades encontradas em Goiânia, foram inicialmente os motivos burocráticos, demorando (10 meses) em oficializar a autorização prometida para a pesquisa, e depois pela dificuldade de acesso aos participantes. Além disso, o CAPS de Goiânia anunciou mudança de endereço que levou a uma queda da frequência da população atendida e a impossibilidade de oferecer os atendimentos. Por fim, esta mudança acabou não acontecendo. Seguindo o mesmo critério de proximidade geográfica, passou-se então à busca nas cidades de Aparecida de Goiânia, Anápolis, Trindade, Senador Canedo e Uruaçu. Destas, as únicas que autorizaram a realização da pesquisa foram as duas primeiras (Aparecida de Goiânia com 21,9% e Anápolis com 15,6%). Nas demais não foi possível a realização da pesquisa, pelo motivo dos CAPS consultados não atenderem crianças (como no caso de Trindade e Uruaçu) ou por não aceitação dos possíveis participantes (como na cidade de Senador Canedo). Portanto, a pesquisadora continuou buscando espaços para a coleta, chegando até as cidades de Ipameri e Catalão, onde foi possível ter acesso à um grupo significativo de participantes quando comparando ao total da amostra (6,3% e 37,5% respectivamente), como indica a Tabela 2:

Tabela 2:
Quantidade de participantes e cidades visitadas na Pesquisa

Cidade	Quant.	(%)
Goiânia	6	18,8
Aparecida de Goiânia	7	21,9
Anápolis	5	15,6

Catalão	2	6,3
Ipameri	12	37,5
TOTAL	32	

A busca das instituições coparticipantes, e as especificidades populacionais de cada localidade, determinaram que fizessem parte da pesquisa, dois tipos de Centros de Atenção Psicossocial, a saber: CAPSi (56,3%) e CAPS-I (43,8%).

Tabela 3:
Tipos de CAPS pesquisados

Local	Quant.	(%)
CAPSi	18	56,3
CAPS – I	14	43,8
TOTAL	32	

A coleta dos dados ocorreu na maior parte, nos espaços físicos dos próprios CAPS, em consultórios disponíveis. Mesmo quando as entrevistas ocorriam no mesmo CAPS, as salas geralmente eram diferentes de entrevista para entrevista. As dificuldades maiores giraram em torno de: *i)*- dificuldade de agendamento por choque de horários entre a pesquisadora, CAPS e os cuidadores; *ii)*-faltas dos cuidadores em horários marcados; *iii)*- mudança de endereço dos CAPS de Aparecida de Goiânia durante a coleta de dados e *iv)*- interrupções das atividades dos grupos de pais; *v)*- falta de estrutura física adequada obrigando para a troca de salas e *vi)*- durante certas entrevistas a equipe do CAPS deixou a criança na sala com o cuidador.

Onde a pesquisadora teve autonomia, diferentes soluções foram encontradas para estes desafios. A entrevista E3 ocorreu no domicílio dos participantes em razão da dificuldade em agendar com os cuidadores o momento da entrevista. E em outras entrevistas a pesquisadora envolveu as crianças na conversa e/ou em pequenas atividades como desenhos e brincadeiras.

3.3 Materiais

Uma entrevista semiestruturada (Anexo 2) foi utilizado com questões norteadoras, possibilitando a condução inicial da conversação, mas não a determinando. Buscou-se identificar : *i*)- a demanda da família a qual precipitou a busca pelo serviço; *ii*)- quais sugestões de atendimentos foram oferecidos pelos serviços, incluindo crianças e cuidadores; *iii*)- relações com o serviço e com os profissionais do CAPS, percebidas pelos cuidadores; *iv*)- mudanças terapêuticas contatadas e evolução do caso; *v*)- à quais fatores ou ações os cuidadores atribuem melhoras; *vi*)- conquistas alcançadas devido ao acompanhamento no serviço e *vii*)- generalização das conquistas em diversos ambientes da vida da criança.

A escolha de entrevista semiestruturada pautou-se no desejo de possibilitar que emergjam, no decorrer da pesquisa, outros temas e assuntos não previstos pela pesquisadora. O que de acordo com a *Grounded Theory Analysis*, agrega maior valor e possibilidades de análises.

Gravador de voz digital Sony ICD-PX240 4GB, folhas A4, caneta e iPad foram utilizados pela pesquisadora.

Uma mesa para apoio dos materiais foi utilizada. A disposição entre pesquisadora era de sentar-se ao lado dos participantes, quando em entrevistas individuais e em círculo quando nas entrevistas em grupo.

3.4 Procedimento

A partir da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da PUC Goiás (CAAE: 87910518.2.0000.0037), parecer 3.681.822⁴, passou-se ao

⁴Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG/GO), chamada 03/2018, processo 2018102677000.564.

contato com as Secretarias Municipais de Saúde, ou Divisão Municipal de Saúde Mental, ou o gabinete direto do prefeito das localidades visitadas. Critérios formais de registro documental determinado por cada região foi realizado.

Após assinatura dos termos e encontro com gestores e/ou equipe de profissionais dos CAPS, foi que a pesquisadora teve acesso aos nomes dos usuários de cada localidade. O contato com os participantes se deu primeiramente por telefone, onde foi feito o esclarecimento da pesquisa e posterior agendamento.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2018 a maio de 2019.

Na data das entrevistas, a pesquisadora apresentava o Termo Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) para os participantes e não havendo nenhuma objeção, após a assinatura, passava-se a gravação das entrevistas e/ou anotações que a pesquisadora necessitasse realizar. No final de cada entrevista, dados sociodemográficos eram registrados em planilha específica para posterior tabulação.

As entrevistas foram identificadas com o código **E**, indo desde **E1** até **E16**. E os participantes foram como **P1** a **P32** (vide Tabela 1). Pelas dificuldades elencadas acima (item 3.2), os contextos das entrevistas ficaram diversas: a maioria no CAPS, sem a presença da criança; outras na presença da criança; a maioria individual; outras no grupo familiar (entrevista E3 foi com pai, mãe e avó; E11 com pai e mãe) e de forma coletiva (E12 com três mães, E16 com 12 cuidadores, a maioria sendo mães, com P21 sendo prima e P23, P25, P29 e P30 sendo avós). Essa variabilidade dos contextos de entrevista foi necessária para superar os empecilhos discutidos no item 3.2.

Nas entrevistas de E1 a E15, a pesquisadora ficou a sós com os cuidadores para a coleta. Entretanto, nas entrevistas E1, E2, E14 e E15, as crianças estiveram presentes durante a entrevista, porque o tempo do atendimento infantil havia terminado no CAPS e eles foram levados para onde estavam os cuidadores. Na entrevista E3 por ter

acontecido no próprio domicílio, a criança também estava presente. Já na entrevista E16, que foi realizada em grupo com as participantes P21 à P32, a terapeuta coordenadora do grupo permaneceu durante a coleta. Não se pode dizer em que medidas ou maneiras essas variações podem ter interferido nos resultados.

3.4.1 Coleta de Dados

Em média, o tempo das entrevistas foi de 50 minutos e 10 segundos (a maior com 01:41:17hs e a menor com 00:21:27hs).

Após as gravações, as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e analisadas subsequentemente com apoio de seu orientador, recebendo os tratamentos e análises defendidos pela *Grounded Theory Analysis*. A garantia de sigilo das informações foi mantida, sendo que nem mesmo o orientador da pesquisa teve acesso aos nomes originais, visto a pesquisadora já nas transcrições, utilizar-se de codinomes.

Memorandos (memos) foram formados a partir das análises de uma ou várias entrevistas, bem como de observações dos espaços físicos e humanos dos CAPS e conversas informais com alguns servidores (em total de 14).

A partir dos dados, a pesquisadora elencou ingredientes devidamente decodificados de maneira aberta, focada, onde a categorização e a construção de um modelo teórico que tentou responder as questões centrais desta pesquisa foram elaboradas.

3.4.2 A *Grounded Theory Analysis* mais de perto

A percepção de que a epistemologia se funde e se traduz na prática de pesquisa, torna-se ponto central para todo o percurso metodológico da presente dissertação.

Para este item, a pesquisadora elaborou em parceria com seu orientador um artigo⁵, no qual buscou compreender a trajetória da *Grouded Theory Analysis* (ou Teoria Fundamentada em Dados).

⁵ Artigo em fase de formatação para submissão em periódico científico.

Karine Dutra Mesquita-Nalini⁶

Prof. Dr. Luc Vandenberghe⁷

**Origem, Caminhos e Contribuições da Teoria Fundamentada
em Dados para a Pesquisa Qualitativa: uma pesquisa de
processos
(ESTUDO TEÓRICO)**

Goiânia

Fevereiro de 2020

⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (PSSP). Linha - Saúde: processos, avaliação e intervenção. Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Endereço: Campus I PUC Goiás, Área IV, Bloco A (1º andar). Av. Universitária. nº 1440, Setor Universitário, Goiânia (Goiás) / CEP: 74.810-210. *E-mail*: kdmesquita@yahoo.com.br

⁷ Orientador desta pesquisa. *E-mail*: luc.m.vandenberghe@gmail.com

Origem, Caminhos e Contribuições da Teoria Fundamentada em Dados para a Pesquisa Qualitativa: uma pesquisa de processos⁸

Karine Dutra Mesquita Nalini⁹

Mestranda Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

Luc Vandenberghe¹⁰

Prf. Dr. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Resumo:

O presente artigo buscou a concatenação de ideias que traduzem a trajetória da Teoria Fundamentada em Dados (*Grounded Theory Analysis*), um método que serve para desenvolver teoria a partir de um questionamento de interações e processos sociais que envolvem o fenômeno estudado. Por meio de uma revisão narrativa, os seus aportes para a pesquisa qualitativa são apresentados. Enfatiza-se entre outras contribuições o manejo consciente dos conceitos sensibilizadores, a imersão e a sensibilidade do pesquisador, como também a substancialidade da voz dos participantes na construção de modelos teóricos. O alinhamento existente entre a metodologia e epistemologia é descortinado. Concluímos que o aporte mais importante do método está no seu esforço de superar as dicotomias epistêmicas e ontológicas, como também o domínio das grandes teorias, ao colocar a pessoa do pesquisador e sua relação com os participantes no centro do empreendimento de pesquisa. Verificamos a possibilidade de realizar pesquisa, fundamentada em vidas reais a partir da perspectiva de quem convive com e se relaciona com o objeto estudado, usando a pessoa do terapeuta e sua consciência metodológica como ferramenta privilegiada.

Palavras-chaves: *Teoria Fundamentada em Dados, Teoria Fundamentada Construtivista, pesquisa qualitativa, metodologia e formulação teórica.*

⁸ Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) nº. 201810267000564.

⁹ Endereço: Campus I PUC-Goiás, Área IV, Bloco A (1º andar). Av. Universitária. nº 1440, Setor Universitário, Goiânia (Goiás) / CEP: 74.810-210

¹⁰ Idem nota 6.

“Nos situamos dentro do processo de pesquisa e não acima, antes ou fora dela” (Charmaz, 2009, p. 241).

Introdução:

O termo Teoria Fundamentada em Dados se refere a duas coisas distintas: (1) um produto de pesquisa ou (2) um método para produzir teoria. No primeiro caso, significa uma teoria baseada em dados brutas (*Grounded Theory*), desenvolvida de acordo com o método de pesquisa qualitativo discutido nesse artigo. O termo é também usado para designar o próprio método (*Grounded Theory Analysis*). Este artigo apresenta o raciocínio que os pesquisadores seguem e os cuidados que têm ao elaborar uma Teoria Fundamentada em Dados como aportes para a prática de pesquisa qualitativa. A intenção é de propor essas considerações como facilitadores de comunicação e uma possibilidade de construir alianças entre pesquisadores numa época em que a pesquisa qualitativa é fraccionada em abordagens cujas similaridades profundas parecem estar ocultadas por linguagens divergentes.

O início do movimento de Teoria Fundamentada é situado na década de 1960, quando surgiu no decorrer de uma pesquisa sobre a noção de morrer, realizada pelos sociólogos Glaser e Strauss, na interação entre a equipe de enfermagem e pacientes terminais (Glaser & Strauss, 1965). O método usado na pesquisa foi posteriormente exposto num outro livro, relatando a descoberta da teoria fundamentada (Glaser & Strauss, 1967). Mas sua origem perpassa por contribuições anteriores.

Há muito tempo, os desafios envolvidos na tradução do mundo empírico para a teoria científica impulsionaram discussões sobre a natureza da realidade. Se por um lado o ‘realismo’ assume que os fatos são independentes da percepção, no outro extremo, o ‘relativismo’ definia a realidade como fruto da perspectiva de quem a percebe (Burr, 2003). A existência de tais compreensões antagônicas coloca o pesquisador de frente a

uma escolha difícil: Deve estudar de maneira objetivo os fenômenos independentes dos sentidos que as pessoas os atribuem ou assumir que o significado dos fenômenos está nesses sentidos?

Na prática acadêmica, esse empasse é evitado quando os pesquisadores atribuem sentidos aos fenômenos derivados da teoria da sua preferência. Porém, esse exercício leva a outro problema. Blumer (1953) entendia que pesquisadores reduzem drasticamente os fenômenos que estudam ao encaixá-los num modelo teórico existente, o que os faz perder a conexão com o mundo social experienciado pelas pessoas. O autor ressalta que, no uso de teoria para interpretar o mundo prático, a primeira atua como um molde que formata o segundo. Ao utilizar conceitos teóricas, o pesquisador muda a realidade que ele estuda, para que ela cabe nos conceitos e desta forma, parece apoiar a validade deles.

Quando questionamos a Teoria Fundamentada em Dados a respeito das opções ontológicas ‘realista’ e ‘relativista’, precisamos considerar que um método de pesquisa empírico nas ciências humanas ou de saúde é tanto uma maneira de pensar sobre a realidade quanto um conjunto de procedimentos e técnicas para colher e analisar informações (Strauss & Corbin, 1990). No presente artigo, pretendemos interligar essas duas dimensões ao descrever a prática da Teoria Fundamentada.

Os diversos papéis da linguagem

Onde começamos? A ciência pode ser considerada ‘realista’ quando pretende descrever os fatos e as relações entre elas de forma imparcial, tendo afastado os vieses dos pesquisadores, suas sensibilidades pessoais e seus pontos de vista. No ciclo hipotético-dedutivo predições são testadas com um rigor que deve garantir que as teorias aproximam gradualmente uma representação exata do mundo real. Assim, a ciência simula a perspectiva de lugar nenhum, ou o ponto de vista de ninguém – simplesmente o

mundo como é (Nagel, 1986). Em contraste, pesquisadores qualitativos muitas vezes abordam a realidade de um ponto de vista explicitamente assumido que já traz consigo categorias que visam responder às questões de pesquisa (Toassa, 2019).

É importante considerar que teorias ‘falam’ sobre fenômenos. Conceitos teóricos são palavras. E as considerações de Blumer (1954) citadas acima, sobre o efeito perverso da teoria deve ser compreendido nesse contexto. A linguagem causa um estreitamento no olhar dos pesquisadores, como também na maneira em que as coisas são vistas pelas pessoas no seu dia-a-dia. O uso de um conjunto de conceitos exclui, assim, um amplo leque de dimensões e aspectos de um fenômeno que poderiam – quando descritos numa outra linguagem – ser considerados reais ou dignos de serem estudados.

Tabela 1:

O Contraste com a pesquisa quantitativa

Teoria fundamentada em dados	Pesquisa Quantitativa
Qualitativa sem ser impreciso ou enviesado.	Quantificação garante objetividade e exatidão.
Coletas de dados e análises ocorrem concomitantemente e informam um ao outro.	Coleta de dados separado das análises. Um não pode influenciar o outro.
Teoria fornece conceitos sensibilizadores.	Teoria fornece hipóteses.
Interpretação indutiva gera teoria	Teoria é modificada pelo ciclo hipotético dedutivo.

Para evitar que conceitos existentes determinam a compreensão que os pesquisadores tenham do fenômeno estudado, Glaser (1978, 1992, 1998) argumenta que o contato com a literatura científica pertinente ao objeto de pesquisa deveria ocorrer apenas após análise indutiva dos dados empíricos. Precisa-se evitar contaminação das interpretações pelas teorias existentes. Para garantir a produção de conhecimento que não seja a reprodução de – ou a aplicação de – modelos preconcebidos é melhor que o pesquisador desconhece as teorias que dominam a área.

O que parece uma questão epistemológica – para ser considerado por aqueles pesquisadores que se inquietam sobre como adquirir conhecimento – também tem implicações ontológicas. Strauss e Corbin (1994) enfatizaram que não acreditam na existência de uma realidade “lá-fora” e argumentam que uma verdade é implementada ou colocada em prática pelas pessoas que a vivem. Para eles, a realidade estudada é produto da interação com o fenômeno no campo social em que ele ocorre. Reconhecemos aqui uma posição ‘relativista’, que condiz com a importância que Strauss (1987) acorda à multiplicidade de perspectivas e “verdades” que se anunciam no decorrer de uma pesquisa.

Já que a linguagem estreita e molda os objetos sobre qual ela fala, a fala sobre os objetos estudados faz parte desses objetos e deve ser estudada para entender como eles funcionam no mundo real. Isso torna importante as conversas a respeito do fenômeno estudado, que recriam, mantêm e modificam o significado dos fenômenos com os quais pessoas e grupos lidam no seu dia a dia e que, na forma de entrevistas conduzidos pelos pesquisadores, providenciam o material bruto típico da teoria fundamentada em dados.

Ao seguir essa compreensão, o método acolha a inevitabilidade de múltiplas realidades, deixando de lado os preceitos ‘realistas’. Porém, analisa similaridades e diferenças entre os relatos de cada pessoa que contribui para a pesquisa, oportunizando um entendimento suficientemente profundo para poder iluminar o fenômeno estudado também fora do lugar e do momento em que os dados foram colhidos. Destaca que uma realidade deve ser estudada a partir de como as pessoas para quem ela é relevante a vivenciam e a compreendem e de como interagem com ela. Assim, distancia-se também do ‘relativismo’ pela qual a realidade somente existe na cabeça do pesquisador (Burningham & Cooper, 1999).

O método não se encaixou num das duas posições ontológicas, mas se engaja num malabarismo continua envolvendo os pontos mais fortes das duas. Charmaz (2009) reconhece no percurso do método uma tensão entre uma tendência realista (quando o pesquisador crê na possibilidade de apreender um fenômeno como si estivesse lhe esperando no mundo empírico para ser descoberto) e outra, pragmatista (quando constrói teoria como ferramenta linguística para compreender o fenômeno). A primeira, seria mais tangível na escola Glaseriana e a segunda na escola Straussiana. Porém, a contribuição mais importante da autora pode residir no seu reconhecimento da natureza construtivista inerente no método e sua articulação nos seus escritos.

Os princípios fundamentais do método

Glaser e Strauss (1967) definiram seu método ao contrastá-lo com a pesquisa quantitativa que dominava as ciências sociais norte-americanas na época. O escopo estava na produção de teoria baseado nas relações identificados nos dados colhidos e não no teste de hipóteses deduzidos de teoria existente. O rigor do método consiste na coleta e análise concomitante dos dados direcionado por um processo contínuo de comparação.

A presente seção do artigo resume algumas das ideias que deram forma a este método. A tabela 1 apresenta alguns autores que contribuíram com estes.

Tabela 1

Algumas contribuições ao método

Autores	Contribuições
Anselm Strauss (1918 – 1996)	Enfatizou o papel de ação e mudança na compreensão dos dados. Propôs estratégias estruturados como codificação axial e o desenvolvimento de um paradigma de codificação.
Barney Glaser (1930 - presente)	Elaborou a noção de sensibilidade teórica , sua crítica da prática de “forçar categorias” e sua análise do efeito nefasto das “grandes teorias” sobre a pesquisa qualitativa.

Juliet Corbin (1942 – presente)	Contribuiu para a reflexão acerca do rigor científico na pesquisa qualitativa em saúde e para a integração da filosofia pós-moderna na pesquisa.
Kathy Charmaz (1939 – presente)	Integrou a linguagem construtivista no método e promulgou a importância da autoconsciência metodológica .
Karen Henwood (data desconhecida)	Elaborou a noção de agnosticismo teórico e mostrou a utilidade do método para estudos envolvendo populações em risco e a vivência de identidade.

*Adaptado de Mesquita-Nalini & Vandenberghe (2018) A Teoria Fundamentada em Dados: *Uma epistemologia que se traduz no método*. Painel apresentado no XVII Encontro Científico de Psicologia da PUC/GO – Psicologia: qualificação profissional e política na garantia de direitos.

Trazendo dos seus estudos em Chicago os princípios do interacionismo simbólico, desenvolvido pelo sociólogo Blumer (1969) a partir da filosofia de Mead (1934), Strauss forneceu a visão que subsidia o método. Entende-se um fenômeno por via dos sentidos que eventos, incidentes e comportamentos ligados a ele têm nas interações entre as pessoas. São estes sentidos que tornam as ações das pessoas e o comportamento de grupos compreensível. A sociedade, o indivíduo e a realidade, são formados por meio da interação social, que é dinâmica e interpretativa. A atribuição de significados às suas experiências faz parte do comportamento da pessoa e deve ser considerado para compreendê-lo.

Glaser estudou com Laserfeld, que durante a segunda guerra mundial compôs a vertente quantitativo da escola de Frankfurt em exílio e se enraizou em Columbia quando os tenores dessa escolha voltaram para Europa. Adotou dele a convicção que a sociologia deve avançar pelo método e não pela teoria. Trouxe também de seu convívio com Laserfeld as noções de análise da elaboração, comparação constante e a busca de dados suplementares para descobrir padrões latentes e não antecipados, como também a preferência para ‘descoberta’ ao invés de verificação de hipóteses (Glaser, 2008).

Strauss ensinava pesquisa num departamento de enfermagem em Califórnia, quando Glaser se juntava a ele no trabalho sobre morrer no contexto hospitalar (Glaser & Strauss, 1965). Strauss se envolveu principalmente com a coleta dos dados e Glaser desenvolveu a análise que ele posteriormente detalhou: leitura compreensiva dos dados, codificando as ideias que se encontram neles de maneira a produzir conceitos a partir desses dados, comparando continuamente os conceitos para identificar indicadores que os conectam e explicar um padrão de comportamento social (Glaser, 1978). Assim consolidou-se o pacote clássico dos procedimentos que caracterizam o método: amostragem, codificação, integrar conceitos e desenvolver um modelo explícito.

Strauss (1987) acatou esses passos, mas, onde Glaser deixava a mesma flexível e apostava na criatividade dos pesquisadores e na confiança que a teoria vai emergir dos dados, enfatizou a necessidade de estrutura e direciona dos pesquisadores de procurar mudanças e processos nos dados, usando uma estratégia de codificação axial que organiza os códigos emergentes numa análise funcional consistindo em: ação, interação, condições, limitações/obstáculos e consequências – imposições metodológicas, estas que foram rejeitadas por Glaser (1998) que insistiu que a sensibilidade dos pesquisadores precisava levar para a descoberta da teoria, enquanto uma maneira padronizada de olhar só poderia facilitar a forçar as categorias.

Como, para Strauss (1987; Strauss & Corbin, 1990) não existe a garantia de verdades estruturais que esperam o pesquisador no mundo empírico, o viés dos pesquisadores se torna muito relevante. A geração da teoria origina-se na ação e na mudança, mas passa pelo uso da linguagem pelos pesquisadores. Por isso, realçam a necessidade de um lapidar cauteloso da teoria emergente através de passos e procedimentos que precisam garantir que o processo de codificação e comparação não se perde nas percepções dos pesquisadores.

Na tensão entre essas duas perspectivas desenvolveu-se uma corrente de pesquisa das quais a Tabela 2 apresenta uns ingredientes.

Codificação. O método consiste num processo interativo entre coleta de dados, transcrição, codificação aberta e focada, comparação continua, geração de ideias, escolha de quais dados adicionais são necessários para responder às perguntas que as interpretações até então levantaram, decisões acerca de quais dados novos são necessários e com quem podem ser obtidos. Essas etapas são interdependentes. Ocorrem em movimento circular, permitindo aos pesquisadores de afinar os significados emergentes. A codificação aberta consiste na construção de nomes para a informação relevante que cada fragmento traz. Nesse sentido, os códigos emergem diretamente dos dados. É uma estratégia que induz os pesquisadores a estudar os seus dados e a começar a conceituá-los. A codificação focada organiza os sentidos que se repetem em diferentes partes do texto, sendo que ao longo das análises são alterados para se adequar melhor aos dados. Permite separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados.

A codificação fornece o elo entre os dados coletados e o modelo emergente que procura explicar o fenômeno estudado. Os códigos influenciam no levantamento de novas questões em entrevistas posteriores e na escolha de novos participantes para verificar e afinar os códigos provisórios, de acordo com as necessidades da teoria emergente (amostragem teórica). Na categorização, os códigos são agrupados de tal forma que cria conexões entre eles, dos quais emergem conceitos mais abrangentes. Através da comparação constante entre dados e outros dados e entre códigos e dados, os pesquisadores identificam semelhanças e diferenças que definem as categorias (Charmaz, 2009). O rigor desse processo é garantido por um conjunto de preocupações que são resumidos na tabela 2 e explanados no texto a seguir.

Tabela 2

Contribuições para a pesquisa qualitativa

Características do método	Sugestões para a pesquisa qualitativa
Codificação	Elaboração de ideias e conceitos que emergem dos próprios dados examinados.
Agnosticismo Teórico	Recusar de buscar um fechamento conceitual precoce ou um ajuste das interpretações a uma teoria existente antes de permitir que o modelo emergente a partir dos dados alcance maturidade. Adiar a comparação com e o encaixe na literatura existente.
Conceitos Sensibilizadores	Reconhecer os conhecimentos prévios do pesquisador como importantes, mas não mais relevantes do que os dados. Reconhecer suas experiências pregressas, aceitar-se como participante ativo podendo inclusive reformular pensamentos e conceitos anteriores à pesquisa.
Amostragem Teórica	Ir em busca de peças do quebra-cabeça, a qualquer momento, durante a coleta e análise dos dados.
Imersão do Pesquisador	Observar o dado de maneira ampla, colocando-se em contato direto com a realidade. Permitir-se de fato conhecer o fenômeno estudado no contexto em que ocorre.
Dar voz: Ceder a vantagem epistêmica devida aos participantes	Retirando do pesquisador a centralidade das interpretações, assumir que a posição do participante é válida no seu contexto, que quem sofre o impacto da realidade e precisa lidar com esta no seu cotidiano tem uma compreensão mais aguda da mesma.
Sensibilidade Teórica	A possibilidade de produzir teoria depende da capacidade pessoal dos pesquisadores em enxergar o que está relevante nos dados e como esses pontos se relacionam entre si.
Autoconsciência Metodológica	Situar a influência de suas experiências em contextos social, político, de organizações econômicas e de poder. Perceber e gerenciar como seu posicionamento e suas ações influenciam a pesquisa e os resultados.

Agnosticismo teórico. Bem que o termo seja relativamente recente, agnosticismo teórico (Henwood & Pidgen, 2010) se refere a uma atitude mais antiga que a própria Teoria Fundamentada. Blumer (1954) já apontou as limitações de pesquisa fundamentada em teoria. Teorias trazem o mundo empacotado em categorias prontas, por via da linguagem que elas oferecem para descrever a realidade. Essa constatação justifica cautela em usar os conceitos que trazemos para nossas pesquisas. O agnosticismo teórico consiste na recusa de pesquisadores de selecionar, classificar ou excluir dados em razão de uma teoria existente. Assim, evitam fechar a explicação dos dados de acordo com uma teoria já pronta antes que a coesão dos dados em si justifica tal interpretação (Henwood & Pidgeon, 2010).

Glaser (1990) desmistificou a incongruência aparente entre a aderência ao interacionismo simbólico e a recusa de interpretar os dados a partir de modelos teóricos. Ele aponta que a visão do ser humano e da sociedade oferecida pelo interacionismo simbólico providencia aos pesquisadores um ângulo para olhar os processos sociais das quais sua própria atividade de pesquisa faz parte, porém, não concede recorrer aos conceitos explicativos do interacionismo simbólico para interpretar os dados examinados.

O agnosticismo teórico ajuda pesquisadores a superar as limitações e distorções que seus conhecimentos prévios podem impor. Evita que suas análises se limitem à aplicação de conceitos conhecidos e reprodução de teoria existente. Numa visão radical, o pesquisador deve abster-se do estudo da literatura previa para evitar que esta contamine sua análise (Glaser, 1990). Numa versão moderada, a literatura é consultada para ideias que podem sugerir os primeiros passos de uma pesquisa, a definição do problema e a escolha das estratégias iniciais de investigação, a condição que as ideias usadas sempre continuam a ser questionados (Strauss, 1998)

Conceitos sensibilizadores. A ideia de instrumentos sensibilizadores ou conceitos sensibilizadores foi acatada de Blumer (1954; 1969). São noções ou convicções que pesquisadores trazem consigo para suas pesquisas e que possibilitam questionamentos potencialmente relevantes ou formas possíveis de olhar os dados. Esses conceitos auxiliam no modo de formular a pergunta de pesquisa, na escolha os primeiros participantes e no início das análises. Entretanto, eles não indicam um quadro de referência para identificar o sentido dos dados, mas uma noção geral de como esses dados podem ser relevantes. Assim, não são usados para explicar os dados, pois não ultrapassam essa característica de suscitar curiosidade e de aguçar o olhar (Glaser & Strauss, 1967).

Ao estar consciente da influência dos seus conceitos sobre suas observações, os pesquisadores têm a possibilidade de reconstruir como fez suas interpretações e de

corrigi-los. Além disso, os conceitos sensibilizadores podem ser testados quanto à sua utilidade e relevância, aprimorados e refinados (Charmaz, 2009).

Amostragem teórica. A amostragem se desenvolve gradualmente durante o processo de pesquisa, em resposta às necessidades que emergem durante a investigação. Para resolver questões que emanam das tentativas de interpretação e dúvidas decorrentes dos dados já colhidos, novos dados são coletados que podem consolidar ou corrigir os conceitos preliminares. A amostragem teórica refere a identificação de pessoas que são aptas e dispostas a fornecer as informações que são necessárias para responder à questão da pesquisa.

Cada nova decisão é baseada na análise dos dados colhidos até esse momento. Quando os primeiros códigos começam a sugerir possíveis padrões, os pesquisadores procuram consolidar os mesmos e se perguntam quais novas informações precisam para isso; e quando as categorias começam a se conectar entre elas, procura-se quais dados seriam necessárias para completar o quebra cabeça, sempre buscando entender em que lugares e com quais pessoas as propriedades e dimensões provisoriamente identificadas dos conceitos podem ser melhor especificadas e aprofundadas (Strauss & Corbin, 1990).

Imersão. A amostragem teórica requer que o pesquisador primeiro conheça as pessoas e os lugares que mais provavelmente oferecerão *insights* relevantes. Antes de poder perguntar-se quais participantes serão capazes de oferecer as informações mais relevantes e como questioná-los, os pesquisadores precisam imergir-se na ambiência, nas atividades e nos contextos relevantes (Goulding & Saren, 2010). Desde esse primeiro momento, os pesquisadores anotam suas observações no formato de memos, ou podem produzir fotografias, gravações ou outras formas de documentação (Charmaz, 2001). Como a coleta e análise dos dados são simultâneas, os pesquisadores começam a questionar suas observações desde esse momento inicial.

A imersão continua importante durante todo o processo de codificação, categorização e construção do modelo teórico, quando os pesquisadores precisam estar imersos na cultura, no contexto e nos dados. A imersão no processo de codificação e comparação continua produz uma familiaridade intensa com os dados. Ela favorece a sensibilidade teórico por intensificar a capacidade de fazer sentido dos dados e de separar o que é pertinente do que não é (Strauss & Corbin, 1990). Essa imersão nos dados passa pelo uso de linguagem intencionalmente ativa ao construir códigos, mantendo, assim, a vida que fornece os dados brutos no foco e, no fim, permite que a narrativa dos participantes alicerça os resultados da pesquisa (Charmaz, 2000).

Dar voz. Charmaz (1995; 2001) sugere que os pesquisadores incluam dados brutos nos seus memos e continuam fazendo isso quando a análise evolui para ser mais teórica e quando o modelo final é redigido, para que a voz do participante continua viva na teoria produzida. Dessa forma, o resultado da pesquisa oferece também ao leitor uma forma de imersão no mundo dos participantes e dá voz às pessoas que convivem com os fenômenos estudados. As histórias dos participantes são o material bruto da pesquisa e o trabalho interpretativo deve incluir as perspectivas e as vozes das pessoas que os pesquisadores estudam (Strauss & Corbin, 1994).

Quando aceitamos que pessoas e os grupos que lidam com o fenômeno pesquisado no seu dia-a-dia sabem mais a respeito dele que os pesquisadores possam deduzir de teorias existentes, reconhecemos a vantagem epistêmica que os participantes têm sobre os pesquisadores. Ao conceder a vantagem epistêmica às pessoas, garante-se que a questão pesquisada seja de fato respondida pelas pessoas que passam pela realidade estudada. Um modelo teórico produzido a partir da perspectiva e da posição daqueles que precisam lidar no seu dia-a-dia com o fenômeno estudado dá voz aos grupos pesquisados e pode contribuir para seu empoderamento.

Sensibilidade teórica. Na construção dos códigos e das categorias, os pesquisadores partem das suas próprias histórias e recursos linguísticos, o que torna as características pessoais dos pesquisadores relevantes. A sensibilidade teórica refere ao nível de *insight* nos dados, a quão sintonizado os pesquisadores estão às nuances e complexidades dos relatos e das ações estudadas, a sua habilidade de reconstruir o sentido a partir dos dados. Além disso, adquirir experiência com codificação teórica contribui para a sensibilidade teórica. Códigos teóricos são termos que descrevem as relações entre os códigos substanciais (que conceitualizam a substância do material) e os teçam num modelo teórico. A aquisição de um repertório amplo e flexível de códigos teóricos ajuda a tornar-se mais apto a entender como diferentes aspectos e dimensões dos dados se relacionam (Glaser, 1978, 1998).

Para construir análises relevantes, o pesquisador deve estar aberto aos dados e ter empatia para a vivência dos participantes (Glaser, 1978). Como elemento de sensibilidade, esta envolve perceber a relação com os participantes a partir de múltiplas perspectivas, reconhecendo a força e os recursos deles. Como pessoas cujas necessidades são interdependentes, pesquisadores e participantes precisam cuidar uns dos outros. Assim, a empatia de qual falamos evita as armadilhas do cuidado e da compreensão paternalista. Considerando que os participantes ajudam os pesquisadores com seus estudos e seu crescimento profissional e pessoal, a relação de cuidado é recíproca. Uma relação empática com os participantes precisa de uma consciência profunda dessa interdependência (Achora & Matua, 2016).

Precisa dispor-se para entender a perspectiva de um entrevistado, sensibilidade para informações implícitas e disposição de testar a visão do pesquisador no lugar da reprodução desta. A abertura para uma conexão genuína com a pessoa subsidia a possibilidade de compreender o valor de uma opinião contrária à sua e de acolher uma

perspectiva diferente (Dey, 1999). A capacidade de interpretar e imaginar leva o pesquisador para lugares não óbvios e às vezes muito diferentes das conclusões que ia obter se tentasse enquadrar seus dados em categorias existentes ou teorias preferidas (Glaser, 1998).

Autoconsciência metodológica. Ao colocar sistematicamente esses preceitos na prática, os pesquisadores desenvolvem uma visão crítica sobre si, sobre o processo de pesquisa e sobre seu envolvimento com os participantes e com o assunto pesquisado, olhar este que Charmaz (2016) chamou de autoconsciência metodológica. A autora conchama os pesquisadores a um olhar crítico para além dos relatos e incidentes, e situar tanto os fatos quanto a própria pesquisa em um contexto cultural, social e econômico. Considerar questões de controle e poder pode ajudar a identificar o papel de marginalidade, desigualdade e (in)justiça social nos dados investigados.

Charmaz (2016) aponta para a centralidade da autoconsciência metodológica para compreender as implicações e das práticas de pesquisa e de fazer escolhas e tomar decisões sobre amostragem, perguntas a fazer e codificação no decorrer do trabalho em função das repercussões que têm sobre a pesquisa, as pessoas estudadas, o pesquisador e a sociedade.

Conclusão

Tabela 2:

Características do método

Nº	Características
1	O método não preconiza a interpretação dos dados. Não oferece as categorias que explicarão os comportamentos das pessoas estudadas.
2	Olhar o comportamento estudado a partir da perspectiva dos participantes (a sua visão). A interpretação que eles têm do seu comportamento faz parte dele.
3	A perspectiva de disciplina (Psicologia Clínica, Cuidados à Saúde etc.) fornece pontos de partida e preocupações durante o estudo, mas não limita as ideias.

4	Tudo o que for identificado pode ser dado, entretanto, as diferenças em qualidade, relevância e utilidade para a análise devem ser consideradas.
5	O problema abordado direciona os percursos de coleta e interpretação dos dados. Resultados provisórios suscitam ajustes nas estratégias de pesquisa.
6	Refinar as análises por via de comparação constante, modelando e remodelando as interpretações quantas vezes se fizer necessário.
7	Não se busca a neutralidade. Pesquisador e participantes tiveram experiências que podem ajudar a direcionar a interpretação e aprofundar a compreensão.

O caminho através da teoria fundamentada, pode mudar a maneira em que uma realidade social é vista e como as pessoas lidam com ela, assim como promover mudanças na vida do participante e do pesquisador. É feita uma despedida das grandes teorias como guias para a interpretação do mundo empírico e um passo rumo à interatividade do fazer e conhecer. Os pesquisadores se imerjam na vivência dos participantes, cedendo a vantagem epistêmica devida às pessoas e aos grupos que vivem o assunto estudado no seu dia-a-dia, assumindo uma postura empática e tecnicamente rigorosa.

No lugar deixado vago pelo abandono da teoria acadêmica, aparecem as pessoas dos pesquisadores e dos participantes. Os primeiros utilizam os seus sentimentos, interesses e conhecimentos de forma medida como ferramentas de trabalho. Usam seus sentidos, sua imersão nos dados e sua empatia para compreender o material e manejam seus conceitos sensibilizadores, utilizando-os de forma crítica e sempre prontos a contê-los num espírito de agnosticismo teórico, avivado pela autoconsciência metodológica.

Os segundos são tidos como quem detém as informações necessários para compreender o problema investigado e procurar soluções para ele. O método favorece uma produção do conhecimento democrática, uma vez que prefere as perspectivas de quem precisa lidar no seu dia-a-dia com os fenômenos estudados (sejam eles leigos, populações de risco, ou marginalizadas) acima da autoridade científica e do saber dos administradores.

Ao propiciar reflexões críticas e dar voz a perspectivas que não gozam do apoio das teorias vigentes, esse método oportuniza mudanças sociais. Ao abrir mão das certezas teóricas em prol de uma autoconsciência metodológica que chama o pesquisador para seu papel crítico e reflexivo, a pessoa do pesquisador e sua relação com os participantes ficam no centro desse método.

Considerações Finais:

Vários contextos, escolhas e contribuições individuais produziram esse caminho de construção de conhecimento reflexivo, sensível e aberto. Argumentamos que esse estilo de pesquisa contém dicas para o amplo campo de pesquisa qualitativa na sua articulação explícita de algumas características essenciais que as diferentes escolas de pesquisa qualitativa compartilham.

Referências Bibliográficas:

- Achora, S. Matua, G. A. (2016). *Essential methodological considerations when using grounded theory*. Evidence and Practice: Nurse Researcher. 23, 6, 31-36. doi: 10.7748/nr.2016.e1409
- Andrews, T. (2012). *What is Social Constructionism?* Issue 1, June, Volume 11. University College Cork. Retirado dia 09/05/2018 em: <http://groundedtheoryreview.com/2012/06/01/what-is-social-constructionism/>
- Berger, P. & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality*. London: Penguin Books.
- Burningham, K. & Cooper, G. (1999). Being Constructive: Social constructionism and the environment. *Sociology* 33(2), 297-316.
- Blumer, H. (1953). *O que há de errado com a teoria social*. Artigo lido na reunião anual da American Sociological Society, agosto de 1953. (Berkeley, CA Universidade da Califórnia).
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism*. Berkeley: University of California Press.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 509–535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: Sage.

- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the grounded theory method. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of constructionist research* (pp. 397–412). New York: The Guilford Press.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Charmaz, K. (2010). Studying the experience of chronic illness through grounded theory. In Scambler, G., Scambler, S. (Eds.), *Assaults on the lifeworld: New directions in the sociology of chronic and disabling conditions* (pp. 8-36). London, England: Palgrave.
- Charmaz, K. (2016). *The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry*. Sonoma State University, Rohnert Park, CA, USA. July 25. DOI: 10.1177/1077800416657105 qix.sagepub.com
- Christina Goulding & Michael Saren. (2010). Immersion, emergence and reflexivity: grounded theory and aesthetic consumption. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research* 4:1, 70-82.
- Dey, I. (1999). *Grounding Grounded Theory: Guidelines for qualitative inquiry*. Bingley BD16 1WA, UK: Emerald.
- Glaser, B.G. (2008) *Doing Quantitative Grounded Theory*. Sociology Press, Mill Valley
- Jaccard, J.; Jacoby, J. (2010). *Theory Construction and Model-building Skills: A practical guide for social scientists*. New York: The Guilford Press.
- Thornberg, R. (2012). Informed grounded theory. *Scandinavian Journal of Educational Research*, (56), 3, 243-259.
- McCann, C. R. & Kim, S.K. (2013). *Feminist Theory Reader: Local and Global Perspectives*. Baltimore: Routledge.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mesquita-Nalini & Vandenberghe (2018) A Teoria Fundamentada em Dados: *Uma epistemologia que se traduz no método*. Painel apresentado no XVII Encontro Científico de Psicologia da PUC/GO – Psicologia: qualificação profissional e política na garantia de direitos
- Nagel, T. (1986). *The View from Nowhere*. Nova York: Oxford University Press. DOI: 10.2307/2220404
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Suddaby, R. (2006). What grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, 49, 633–642.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Harding, S. (1996). Standpoint epistemology (a feminist version): How social disadvantage creates epistemic advantage. In S. P. Turner (ed.), *Social theory and sociology: the classics and beyond* (pp. 146–160). Oxford: Blackwell.
- Henwood, K. & Pidgeon, N. F. (2010). A teoria fundamentada. In: Breakwell, Glynis Marie. (Org.). *Métodos de pesquisa em psicologia*. São Paulo: Artmed, 2010. p. 340-361.

3.5 Análise dos Dados

A investigação e a análise dos dados ocorreram a partir da *Grounded Theory Analysis* (Teoria Fundamentada nos Dados). Como preconizado por esse método, a observação do responder particular e único de cada participante prevalece sobre hipóteses e mesmo sobre definições que a pesquisadora poderia estabelecer (Lawrence & Tar, 2013). Assim, concedendo que a pesquisadora iniciou a pesquisa em busca de técnicas terapêuticas e intervenções específicas que de acordo com as expectativas dela deveriam fornecer os ingredientes ativos da intervenção psicossocial, permitiu-se que os participantes da pesquisa prevalessem com suas experiências quanto ao que funciona nos acompanhamentos psicossociais. Como será exposto na sessão de resultados, não se trata de técnicas ou procedimentos clínicos, mas de processos institucionais e interpessoais, cada um envolvendo tensões dinâmicas e as vezes frágeis, que precisam ser manobradas continuamente, tanto pelos usuários quanto pelos servidores dos CAPS. Assim, seguindo os preceitos da *Grounded Theory Analysis*, a definição de “ingredientes ativos” foi inteiramente baseada nos testemunhos dos participantes, resinificando a compreensão que a pesquisadora tinha a respeito.

Este modelo de análise além de **qualitativo** é **indutivo**, pois a partir da possibilidade de categorizações e interpretações dos dados podemos levantar modelos para explicar determinados contextos (Coppede, 2007).

Buscou-se, por isso, evitar que as perguntas ou reações da pesquisadora funcionassem como estímulos evocando respostas verbais específicas. A preocupação era de não induzir relatos a partir de dicas que poderiam sugerir as expectativas da pesquisadora e de deixar claro a ausência de consequências condicionais a certos tipos de respostas (Lawrence & Tar, 2013). A possibilidade da realização de uma entrevista profunda consiste na arte de tentar – por meio do controle contextual – através da relação

pessoal da entrevistadora com o entrevistado, passando o controle discriminativo das falas para a experiência vivida. A pesquisadora se relacionou com os participantes de forma a deixar claro que era a vivência deles que ia ajuda-la e que ela não sabia o quê deveria ser a resposta certa. Assim, ao invés de tentar abolir o controle sobre os relatos pela relação com a pesquisadora, tenta-se usar intencionalmente deste controle contextual para gerar maior controle pela vivência dos entrevistados. Entendemos que as inferências que os participantes fazem sobre o que a pesquisadora estava querendo investigar, pode leva-los à antecipar as conclusões desejadas e pode influenciar as respostas dadas por eles. Na literatura chama-se de **características de demanda** ou **condições de demanda** a tendência dos participantes quererem atender as necessidades dos pesquisadores. Trata-se de um conjunto de dicas e sinais indicando expectativas inerentes no contexto social da pesquisa que influenciam o comportamento e as experiências relatadas que a pesquisadora recebe (McCambridge, de Bruin & Witton, 2012).

Para que as entrevistas pudessem resultar em dados suficientemente densos, a pesquisadora procurou estimular a reflexão acerca problemas investigados. A partir da escuta acurada e posterior transcrição das entrevistas, passou-se para a **primeira etapa** da análise. A identificação de unidades de sentido, em uma **análise aberta**. Nesta análise, linha a linha dos relatos verbais eram codificados analiticamente e semelhanças, repetições ou padrões emergiam e suscitavam a elaboração dos códigos. Os mesmos não eram em definitivo, de forma que sofreram mudanças ao longo do processo de pesquisa e análise. Os códigos improvisados, foram dando a direção para as entrevistas subsequentes (Charmaz, 2006). A Tabela 4 ilustra como alguns dos primeiros códigos emergiram diretamente das falas dos participantes, sendo que o mesmo trabalho foi realizado em todo o material, resultando em um grande número de códigos abertos.

Tabela 4:
Exemplo de construção de códigos abertos

Participante	Fragmento	Código Analítico
P1	Entendeu? Antes era uma coisa assim... muito estranha pra uma criança. A gente falava com o pediatra, mas o pediatra falava que não... que era normal... que só podia, é..., ter isso na idade escolar	Quando médicos não validavam pedido de ajuda
P1	E assim, a minha mãe teve depressão, o meu pai teve depressão e isso veio pra mim. Então eu tenho uma preocupação maior com ele.	Cuidador se preocupa com pré-disposição genética.
P2	Não, o pai fala que ele não é doente. A família né fala que ele não é doente... Todo mundo acha que não tem nada. Que isso aí não tem nada a ver...	Quando os familiares não apoiam e/ou acreditam na necessidade de ajuda
P27	Eu me sinto sim, muito culpada. Eu até pergunto pra Deus por que? Eu entro em pânico! E me sinto mesmo um pouco culpada!	Quando se sente culpada pelo filho

Na **segunda etapa** de análise, passou-se a **codificação focal**, onde houve uma organização dos códigos – comparando continuamente os dados de uma mesma entrevista e entrevistas diferentes – considerando grandes quantidades de dados. O que possibilitou a criação e/ou sintetização destes códigos em categorias maiores e mais amplas (Charmaz, 2009). A Tabela 5 repete o exemplo da Tabela 4, agora mostrando como a codificação focal aprimorou os nomes dos códigos, aproveitando o conteúdo do maior número de fragmento de texto e também como facilita a construção de categorias. Outra vez ressaltamos que este trabalho foi repetido com todos os códigos que foram construídos na fase anterior.

Na medida que a pesquisa prossegue, novas entrevistas se unem aos dados preliminares e novas falas se fundem dando origem aos códigos focais. Por exemplo P1 associa-se a P15 se consolidando e oferecendo um paradigma de codificação que permite entender novas falas em novas entrevistas a partir dos mesmos códigos já estabelecidos (Strauss, 1987).

Tabela 5:

Exemplo da construção de códigos focais e categorias

Participante	Fragmento	Código Focal	Categoria
P1	Entendeu? Antes era uma coisa assim... muito estranha pra uma criança. A gente falava com o pediatra, mas o pediatra falava que não... que era normal... que só podia, é..., ter isso na idade escolar	Experiências anteriores em que médicos e educadores invalidaram pedido de ajuda	Dificuldade no caminho da busca de ajuda
P15	A escola nunca entendeu ele direito. Nunca fizeram questão. Eu sentia muito preconceito		
P1	E assim, a minha mãe teve depressão, o meu pai teve depressão e isso veio pra mim. Então eu tenho uma preocupação maior com ele.	Cuidadores se preocupam com histórico de doença mental na família (Gerotranscendência)	
P27	Eu era assim, igual a ele! Eu sei como é ser assim!		
P2	Não, o pai fala que ele não é doente. A família né fala que ele não é doente... Todo mundo acha que não tem nada. Que isso aí não tem nada a ver...	Familiares rejeitam percepção que os cuidadores têm das dificuldades da criança	
P17	Eu mesma deixei de frequentar a minha família por causa do meu filho. A convivência sempre foi difícil e eles não me entendiam. Eu acabei tendo que separar do meu marido para tratar dele. Porque ele não aceitava e não queria ajudar. Foi muito difícil pra mim.		
P27	Eu me sinto sim, muito culpada. Eu até pergunto pra Deus por que? Eu entro em pânico! E me sinto mesmo um pouco culpada!	Cuidadores atribuem-se culpa pelo problema do filho	
P32	Eu costumo dizer que nois lá em casa somos dois bruto e arrogante. Ele é igual a mim. E eu pensava que a gente ia precisa de ajuda. Eu não sei quem precisa mais! Ele pelo comportamento, ou eu por ser bruta demais. E eu acho que na verdade tem que ser os dois! (risos)		

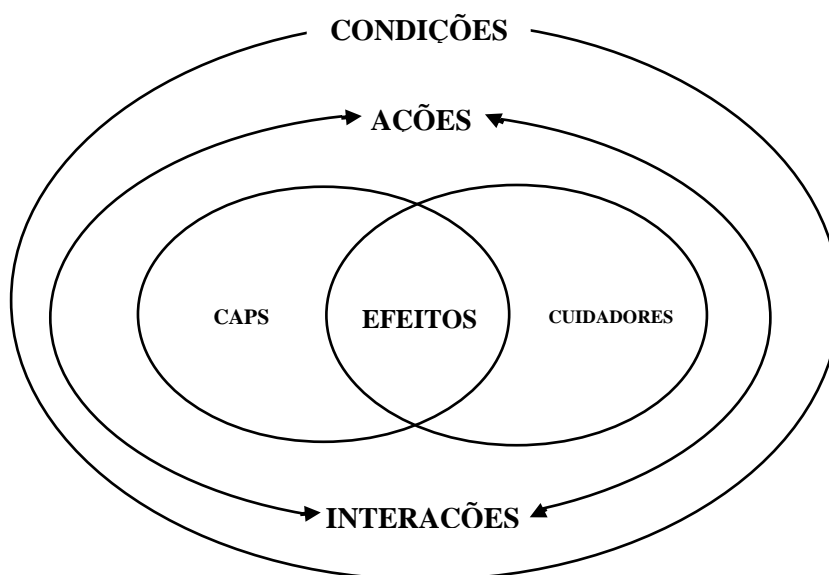
A **análise axial**, caracteriza a **terceira etapa** de análise desta pesquisa. Nela, os códigos e categorias previamente elaborados, passam a ser entendidos como unidades inter-relacionadas e organizadas em eixos funcionais, identificados e construídos à exemplo da escola straussiana (Strauss & Corbin, 2008). Entretanto, vale ressaltar, que a

construção epistêmica metodológica desta pesquisa está alinhada ao que Charmaz (2016) chama de Teoria Fundamentada Construtivista voltada para a investigação crítica.

Este modelo paradigmático straussiano, a partir da influência do construtivismo de Charmaz, passa a se caracterizar pelos “3 Cs”: **condições, ações-interações e consequências**¹¹ (Santos, Cunha, Adamy, Backes, Leite, & Sousa, 2018).

A Figura 1, mostra esquematicamente o modelo representativo criado a partir da identificação dos “3 Cs”, os quais emergiram diretamente dos dados. O contexto maior que aponta para as condições que levaram para o caminho de buscar ajuda para as dificuldades vivenciadas com as crianças, fizeram com que os cuidadores entrassem na rede de atenção à saúde mental infanto-juvenil e neste espaço em que as ações, tanto da estrutura física, política e regimental, como das ações entre a equipe e seus usuários oportunizassem uma rede de relação entre CAPS e cuidadores, levando à consequências experienciadas como o efeito do atendimento psicossocial.¹²

Figura 1: Modelo Esquemático Análise Axial



¹¹ Antes desta modificação, o paradigma straussiano era conhecido como os “5 Cs”: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e as consequências (Strauss & Corbin, 2008, citado por Santos *et al.*, 2018).

¹² O esquema será melhor elucidado a partir do tópico Resultados.

As categorias emergentes na análise axial, elucidam e dão a oportunidade de nomeação dos efeitos sobre a multiplicidade de eventos que surgem das interações dos cuidadores com todo este espaço sócio-político e interventivo que é o CAPS.

Perceber esta rede de relações emergindo, levou a pesquisadora à busca da compreensão do cenário histórico-político do atendimento em saúde mental infanto-juvenil no Brasil. Assim como a compreensão dos processos sociais envolvidos neste contexto. Esta perspectiva de **pesquisa qualitativa crítica** colocada por Charmaz (2016), naturalmente possibilitou uma investigação pragmática sob as ações e os processos (interações) que só podem ser percebidos quando inseridos em uma rede complexa de relações temporalmente e espacialmente originárias e mantidas por contexto mais amplos do que aquelas relações interpessoais circunscritas ao CAPS. Na contramão das pesquisas qualitativas que enfatizam o nível individual de análise, Charmaz (2016) instiga o pesquisador a “escavar os contextos estruturais, os arranjos de poder e as ideologias coletivas nas quais a análise específica se baseia” (p. 2)¹³. Isto posto, um artigo que buscou diálogo entre as normativas documentais das políticas públicas em Saúde Mental e as práticas de repasse financeiro para a Rede de Atenção à Saúde Mental, com ênfase à saúde infanto-juvenil no Brasil e no estado de Goiás, foi elaborado por Mesquita-Nalini e Vandenberghe (2019) (Anexo 4).

Cabe aqui esclarecer que uma postura de **agnosticismo teórico** foi adotada pela pesquisadora, de maneira que os **conceitos sensibilizadores** prévios serviram apenas como uma possibilidade inicial para identificar e perceber os dados, mas não foram levados à categoria de postulado ou fundamentação teórica determinante para as análises (Chamaz, 2009). Na presente pesquisa os conceitos que sensibilizaram a pesquisadora no percurso deste trabalho foram os da Terapia Analítico Comportamental, assim como as

¹³ Tradução livre da pesquisadora.

ideias e compreensões adquiridas no decorrer das experiências profissionais e pessoais da pesquisadora. Trata-se neste caso, de uma pesquisadora que vem de uma vivência clínica de 15 anos de atendimentos analítico comportamentais infanto-juvenis, tendo já no final de sua formação acadêmica realizado estágio no atendimento e orientação parental em CAPSi na cidade Goiânia. Neste ínterim, a pesquisadora tornou-se mãe de duas meninas e passou, portanto, a experienciar em sua vida pessoal a perspectiva de cuidadora com todas as suas peculiaridades e vicissitudes.

Ao assumir o agnosticismo teórico a pesquisadora cede **vantagem epistêmica** para os cuidadores. Conceito que significa que a pesquisadora considerou que as pessoas que vivem a realidade estudada estão melhor posicionadas que os acadêmicos, especialistas ou responsáveis da área para identificar observações importantes sobre esta realidade (Chamaz, 2006). Assim fez-se uma interação entre os conceitos sensibilizadores da pesquisadora e a vantagem epistêmica dos participantes.

A coleta de dados se encerrou no instante em que a pesquisa atingiu o que Corbin e Strauss (2008) chamaram de **suficiência teórica**, no momento em que o desenvolvimento das categorias organizadas nos eixos funcionais mostraram-se densos e claros, e os dados começaram a se repetir nas entrevistas.

Neste ponto, foi possível perceber que os ingredientes ativos nos programas de atendimento dos CAPS não são elementos fixos como procedimentos clínicos ou tratamentos específicos, porém dinâmicas que emergem das relações dos cuidadores com a instituição e envolvendo as relações interpessoais informais. Dividimos estas dinâmicas em: 1º eixo)- interação com a instituição CAPS (descortinando um espaço de contradição entre atenção e limitação do atendimento) e 2º eixo)- envolvimento nos processos informais que ocorrem nas relações existentes no CAPS (mostrando as contradições das dinâmicas produtivas e suas limitações na participação dos cuidadores).

A partir destes eixos, a percepção dos efeitos do atendimento psicossocial surge apontando para: *i*)- a dialética das relações; *ii*)- a criação de uma rede de apoio promotora de aceitação e motivação para o tratamento; *iii*)- os processos de aprendizagem; *iv*)- o desenvolvimento de autonomia no enfrentamento das dificuldades; *v*)- a generalização destes efeitos para outros ambientes/personagens e *vi*)- a percepção das mudanças comportamentais das crianças.

A partir do próximo item (Resultados), o delineamento metodológico até aqui exposto ganhará luz com a concretização do caminho construído, sobretudo trazendo a ênfase dos dados ponto a ponto na construção deste modelo.

Uma seleção de memorandos (memos) foi aproveitada na redação dos resultados para solidificar os conceitos desenvolvidos. Nestes casos, os memos estão destacados por número, título e data de criação.

4 Resultados

Os dados da pesquisa permitiram a construção de um modelo teórico acerca dos ingredientes ativos nos atendimentos dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) dedicados a crianças, adolescentes e seus familiares, sob a perspectiva dos cuidadores. Neste espaço de atenção à Saúde Mental infanto-juvenil, a forma como os cuidadores são envolvidos nos atendimentos cria uma disposição tanto em relação ao seu próprio envolvimento nas atividades propostas, assim como no envolvimento de suas crianças e demais contextos sociais (incluindo aqui outros familiares, agentes escolares e demais membros da comunidade social).

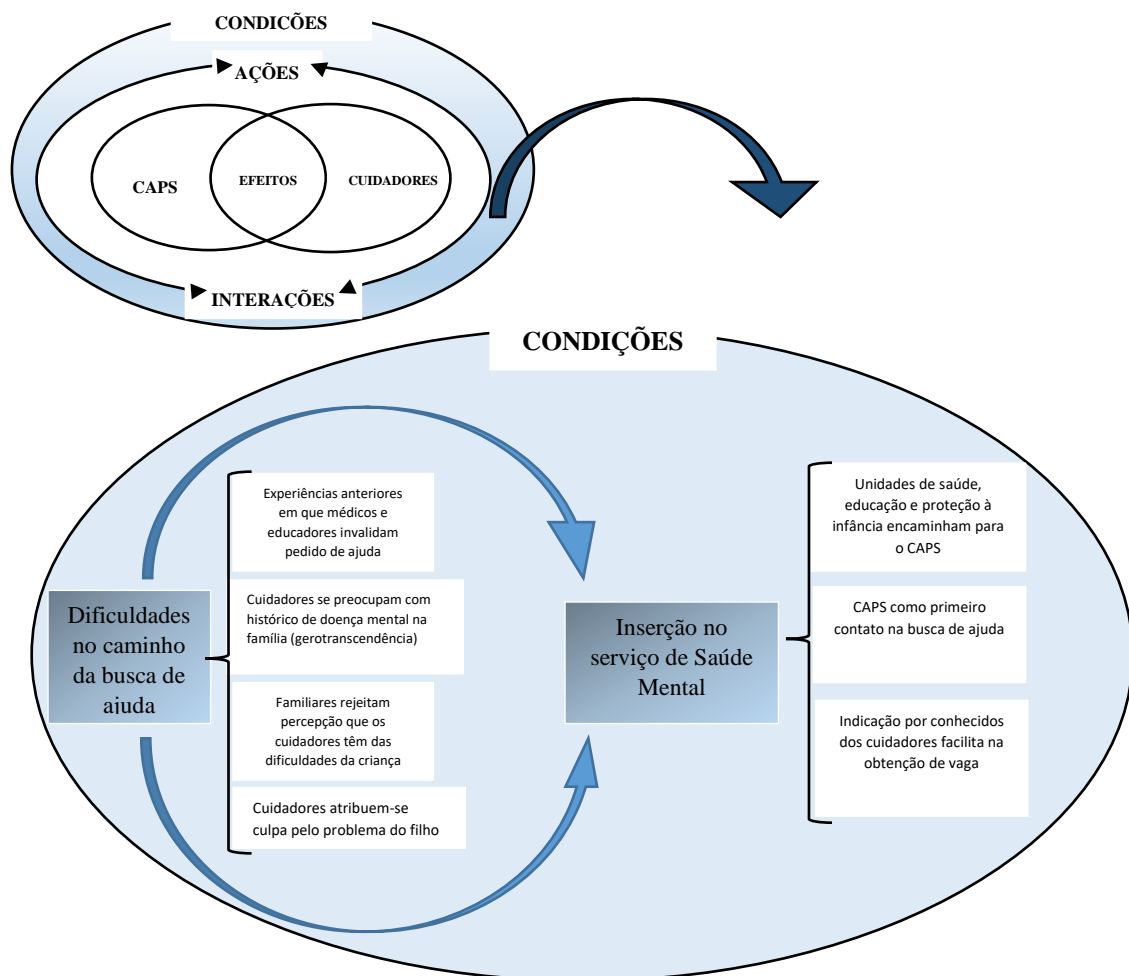
Os ingredientes ativos destes programas de atendimento, perpassam transversalmente as interações existentes entre usuários e CAPS. De maneira que os ingredientes ativos podem ser encontrados na rede de relações travadas com o CAPS enquanto uma organização político-institucional, com uma dinâmica e estrutura específicas e com as relações estabelecidas com os agentes promotores do serviço de saúde e demais usuários. Entretanto, antes do aprofundamento nestes itens, faz-se necessário uma contextualização inicial deste processo.

4.1 As Condições que levaram a busca do atendimento

A representação da Figura 2, traz o esquema dos fatores emergentes reconhecidos aqui como as **condições** que levaram os cuidadores à busca de atendimento para seus filhos. A categoria **Dificuldades no Caminho da Busca de Ajuda**, simboliza situações múltiplas experienciadas pelos cuidadores, que vão desde *i*)-experiências anteriores em que médicos (P1 e P11) e educadores (P15, P16 e P18) invalidaram pedido de ajuda, antes que os problemas comportamentais e/ou emocionais dos seus filhos estivessem mais acentuados, assim como *ii*)- a preocupação do cuidador com histórico de

doença mental na família (P1, P27, P32); *iii*)- a percepção da rejeição dos próprios familiares em relação as suas dificuldades com seus filhos (P2, P8, P11, P12, P15, P16, P17, P19, P22 e P25) e *iv*)- o próprio sentimento de culpa pelo problema do filho (P1, P8, P27, P32). Na Tabela 5, podemos observar os depoimentos que fundamentam estas condições, que aqui consideramos como pano de fundo para a busca de ajuda especializada, pela **Inserção no serviço de Saúde Mental**.

Figura 2: Representação das condições que levaram a busca de ajuda



Percebeu-se que de fato existe uma rede de encaminhamento para a entrada nos serviços de atendimento em saúde mental infanto-juvenil, sendo que originalmente elas tendem a vir de outros serviços de saúde (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P9, P10, P12, P17,

P30 e P31), escolas (P11, P15, P16, P18, P32) ou instituições e/ou profissionais que presam pela atenção à infância (P8, P13, P27). Sendo que estes encaminhamentos podem vir de órgãos públicos ou privados. Entretanto, estes encaminhamentos não se apresentam como necessários ao atendimento. Até mesmo porque os CAPS geralmente possuem em suas rotinas espaços para a livre demanda por serem considerados serviços de porta aberta. Assim, o CAPS como primeiro contato na busca de ajuda aparece em P19, P20, P21, P22, P24, P25, P26 e P28. Apesar destas características, ainda foi possível identificar relatos de que com ajuda de conhecidos o acesso ao serviço pode ser otimizado (P1, P2, P4). De forma que os profissionais de saúde, tendem a encaminhar mais para o CAPS, seguidos das escolas. Entretanto, o acesso livre da população mostrou-se útil aos cuidadores para a obtenção dos atendimentos de suas crianças.

Ao considerar os memorandos elaborados a partir das análises de algumas entrevistas, assim como das observações gerais dos CAPS e seus trabalhadores, podemos considerar:

MEMO 10: Os CAPS nem sempre estão preparados para atender as especificações das portarias ministeriais.

Ao entrar em contato com os CAPS de Trindade e Uruaçu, fui informada que neste último eles só atendem crianças quando são encaminhadas por mandato judicial. Mesmo tendo demandas infantis, não realizam nenhum grupo de atendimento para crianças. As crianças são encaminhadas para o Centro de Reabilitação, também municipal. Em Trindade, nem com mandato judicial há o atendimento no CAPS. A prefeitura determinou que as crianças devem ser encaminhadas para um centro de especialidades que faz parte da rede de atenção

municipal, mas não funciona como um CAPS. Segundo a responsável, o motivo maior é que no CAPS tipo II (que atendem adultos com transtornos mentais persistentes, incluindo relacionados com substâncias psicoativas e problemas sociais graves, apesar de a rigor, a portaria 3.088 de 2011, não especificar a limitação de faixa etária), os pacientes teriam dificuldade com a integração com crianças. Por este motivo as entrevistas nestas localidades não puderam ocorrer (manuscritos da pesquisadora em 15 de março de 2019).

De forma que verificamos que as condições que levam o cuidador para a busca do atendimento de seus filhos, é influenciado tanto pelas experiências individuais de cada um (ontogenia – verificada no esquema conceitual da Figura 2) mas também pela estrutura social e administrativa de atenção ofertada em cada localidade (Brofrenbrenner & Morris, 1998).

MEMO14: A organização do ambiente físico, técnico e político do CAPS influi sobre os serviços oferecidos.

Encontrei diferenças marcantes entre a realidade dos atendimentos e o que está escrito nos documentos oficiais. Me chama a atenção as dificuldades econômicas, políticas e administrativas observadas em todos os locais de coletas. [...] as estruturas físicas estão na sua maioria precárias. Prédios com pinturas sujas, quebrados, com história de assaltos e falta de segurança. Em dois locais, a expectativa de mudança de prédio parecia gerar transtornos nas rotinas dos atendimentos. O que

acabou também reverberando nos processos de coleta de dados.
(manuscritos da pesquisadora em 22 de maio de 2019).

4.2 Os Ingredientes Ativos

A partir da observação das relações existentes dos cuidadores com as instâncias formais e informais do CAPS, dentro de todo este contexto esquemas emergentes trazem à tona dois eixos funcionais: As **Relações Formais Político-Administrativas** e as **Relações Informais / Interpessoais entre os usuários e a equipe de saúde**.

Na Figura 3, o movimento interdependente destas relações mostra como as **ações e interações** neste contexto elucidam os ingredientes ativos dos programas de atenção psicossociais pesquisados.

MEMO 19: Os ingredientes ativos emergem das e nas relações que os cuidadores estabelecem com a Instituição CAPS e com as pessoas que circulam nesse espaço.

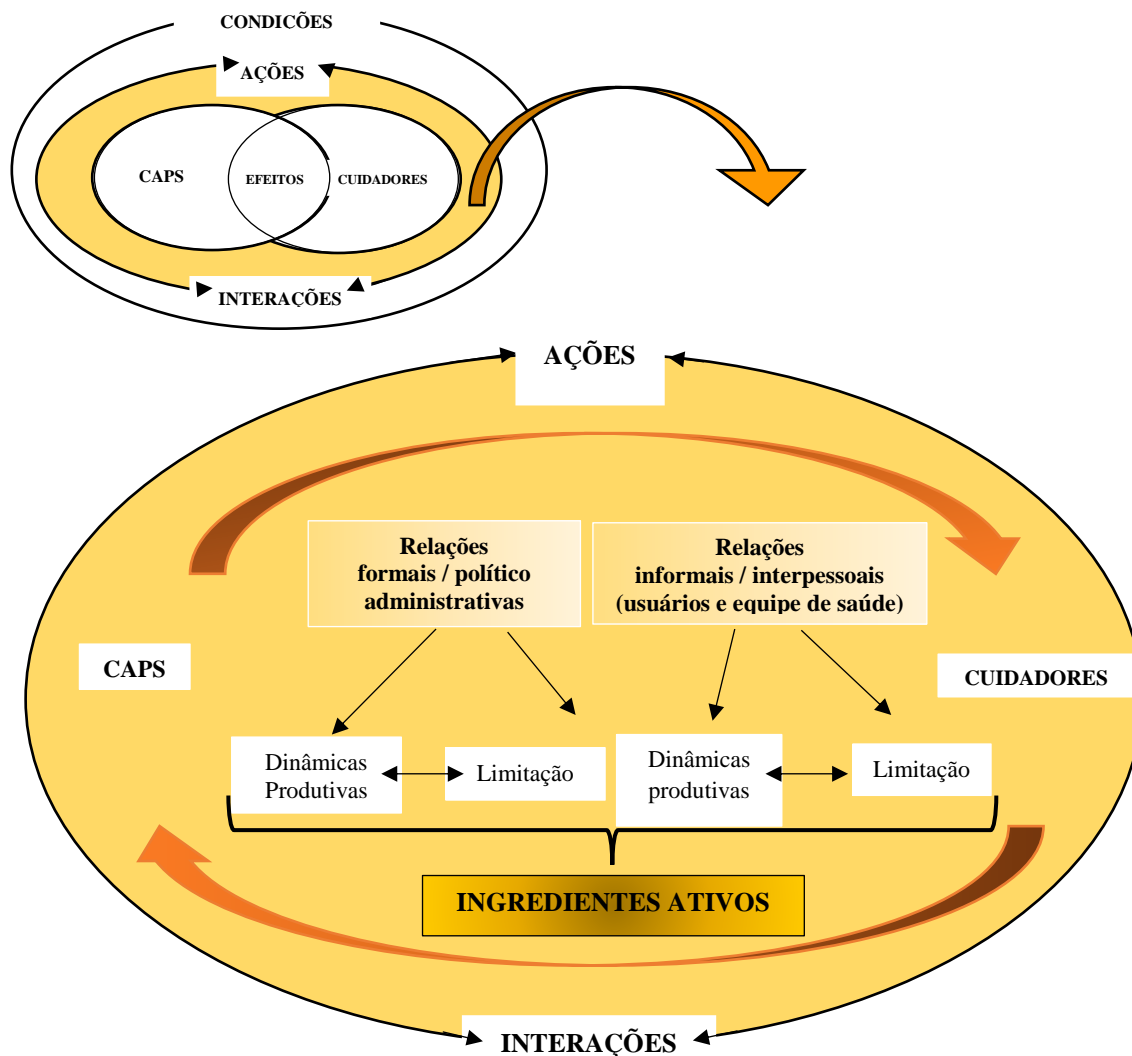
A análise deste objeto de estudo não pode mesmo ser apenas quantitativa. E a presença de contradições e/ou limitações nos dados, não parece invalidar a magnitude da importância dos mesmos.

Os resultados (ou percepção dos cuidadores) é que estão apontando para a resposta da pergunta de pesquisa.

Os ingredientes ativos, não parecem estar em um código específico. Mas disseminados em um conjunto de itens identificados e emergentes das relações que cada cuidador parece estabelecer com a instituição CAPS e com as pessoas (profissionais, outros cuidadores e outras crianças) que circulam

dentro do CAPS (manuscritos da pesquisadora em 29 de julho de 2019).

Figura 3: Representação dos Ingredientes Ativos – As Relações



4.2.1 As Relações Formais / Político Administrativas nos CAPS

O eixo funcional definido por Relações Formais / Político Administrativas, é representado por dois códigos focais que manifestam a tensão existente entre *i*)-elementos que podem promover ações para a atenção à saúde mental (Dinâmicas Produtivas) e *ii*)-elementos que por sua vez, podem limitar as ações voltadas ao atendimento na saúde

mental (Limitação). Na Tabela 6, podemos observar estas relações entre atenção e limitação, caracterizando o CAPS como um espaço de contradições, onde emergem relações políticas, de poder, de busca de cuidado, proteção, direitos e exercício de cidadania.

Tabela 6

Relações Formais com a Instituição Político-Administrativa

Dinâmicas Produtivas			Ingredientes Ativos	Limitação		
Código	Contribuições	f		Código	Contribuições	f
Confiança no CAPS como um local de proteção e atenção multidisciplinar integral	P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14	8	Adesão pela cuidadora	Alguns serviços não estão tão disponíveis quanto pretendido	P1, P2, P11, P13, P14, P15, P17, P18, P19, P20, P25	11
Participam de todas as atividades oferecidas pelo CAPS	P1, P2, P10	3		Adesão dos cuidadores contam com dificuldades práticas	P2, P9, P13, P14, P17, P18	6
				Adesão dos cuidadores contam com limitações financeiras	P10, P16	2
Ter um diagnóstico ajuda na aceitação, compreensão e tolerância com a criança	P1, P3, P6, P8, P9, P11, P12, P14, P18, P31, P25	11	Legitimação das dificuldades e reconhecimento de direitos	Prevalência de mães participando dos atendimentos do CAPS	P2, P4, P7, P9, P11, P12, P15, P17, P16, P18, P19, P20, P22	13
Diagnóstico possibilita lutar por direitos (benefícios financeiros, atendimento diferenciado, inclusão escolar)	P2, P6, P10, P11, P13, P15, P16, P18, P19	9				
A equipe monta a conceituação do caso	P3, P7, P9, P10, P11, P17, P15, P20	8	O trabalho da equipe	Cuidadores tem informação pouco específica sobre o tratamento.	P2, P3, P4, P9	4
O CAPS muda de estratégia terapêutica quando avalia ser necessário	P6, P8, P11	3		O desconhecimento das profissões parece não importar para os cuidadores	P1, P2, P6, P9, P10, P14	6
Cuidadores dão muita importância ao que o profissional de medicina fala	P3, P6, P8, P11, P15	5	A intervenção médica			
Cuidadores atribuem melhoras a medicação	P1, P2, P4, P9, P10, P11, P14, P19, P27, P32	10				

Cabe esclarecer, que os fatores elencados como limitantes para a atenção da saúde mental, não são ingredientes ativos. Porém, a tensão por eles provocada quando

associados as dinâmicas produtivas, apontam para caminhos e ações que precisam ser percorridos pelo CAPS a fim de proporcionar as condições ao atendimento. Da mesma maneira, os fatores que sugerem as dinâmicas produtivas, também não são em si os ingredientes ativos, mas os efeitos que eles provocam nesta interação.

A seguir, serão apresentadas as contribuições dos cuidadores das quais foram possíveis a formulação de tais categorias.

4.2.1.1 Adesão pela Cuidadora

Falas recorrentes dos cuidadores apareceram caracterizando o que aqui chamamos de **Adesão pela Cuidadora**, na medida em que tais fragmentos traziam a concepção de que para haver adesão aos procedimentos e conseqüentemente ao serviço, elementos que garantissem a criação de um cenário de confiança e integralidade, como se o CAPS fosse um espaço especial e necessário para o atendimento e apoio que os cuidadores buscam.

Na Tabela 7, os códigos com exemplos de fragmentos dos relatos que fundamentam os elementos que indicam Dinâmicas Produtivas podem ser observados. Estes circulam em torno do efeito que o CAPS imprime sobre os cuidadores por ser um local simples, público em que as condições financeiras da família não as colocam em situação de vantagem. A percepção de estar recebendo um atendimento democrático e a explicitação de se tratar de um local de troca e diálogo multidisciplinar, indicam um aspecto de entrega e vontade de participar como sendo conseqüências naturais.

Tabela 7

Códigos de Dinâmicas Produtivas / Confiança - Adesão

Confiança no CAPS como um local de proteção e atenção multidisciplinar integral

P6: *“Se eu fosse fazer todo esse tratamento fora de um CAPSi, não seria a mesma coisa. [...] Esse contato com essa realidade aqui, te muda, te torna mais sensível. Você se torna mais humano. Porque antes a gente achava que tudo se resolve com dinheiro!”*

P17: “ Igual eu aqui. Eu não tenho apoio. Eu não tenho um pai, uma mãe. Sou só eu e meu filho. E aqui eu aprendi que eu posso contar com todos. Que eu não tô sozinha. Aqui é uma família!!”

P16: “Eu percebo que as terapeutas conversam. Que tem esse elo. As terapeutas do meu filho e a Dr^a do nosso grupo e uma vez por mês com o médico. Essa troca de experiência! E isso funciona. Traz mais segurança ainda. E a gente vê o resultado.”

P18: “[...] eu vejo que são os relacionamentos, a interação com os profissionais, com os terapeutas do grupo, com as outras famílias, com as crianças. Isso é que faz a diferença. Assim, igual tem aqui no CAPS!”

Participam de todas as atividades oferecidas pelo CAPS

P1: “Ah, quando assim, eu vi que eles iam ajudar o meu filho, a minha vontade era de estar presente em tudo. Quando eu falto é por um motivo justo, mas eu tenho vontade de estar presente em tudo. Porque... eles marcam uma vez por semana, porque são muitas crianças, mas por mim eu estaria aqui mais vezes. Porque eu vi que teve ajuda, eu vi que ele melhorou.”

P2: “Quando não tem o grupo, a gente fica até mais triste em casa.” (risos)

P10: “E aqui é longe. São quase duas horas de viagem até aqui. Mas quantas vezes vocês chamarem eu venho.”

Na Tabela 8 é possível identificar os códigos que aqui receberam o nome de limitadores para a adesão, por exemplificarem situações que dificultavam tanto o acesso aos serviços para o atendimento integral das demandas, incluindo ausência de serviços ofertados dentro da rede pública, mesmo após entrar no CAPS, assim como dificuldades de acesso aos horários e locais de atendimento disponibilizados. Limitações financeiras das famílias, problemas relacionados com a administração e características de membros da equipe também aparecem como limitantes para as relações entre cuidadores e o CAPS.

Tabela 8

Códigos de Limitação para Atenção / Confiança - Adesão

Alguns serviços não estão tão disponíveis quanto pretendido

P1: “É, e a neuropediatra não conseguiu. Eu tive que pagar os exames dele pra saber se ele podia tomar medicação [...] aí ela deu o laudo e o médico daqui passou o medicamento.”

P13: “O atendimento médico aqui foi rápido. Mas o grupinho demorou. Ele ficou uns 3 ou 4 meses esperando, só com o médico.”

P18: “Ele faz fono fora daqui. É que ele tem necessidade de acompanhamento individual. E aqui nunca tem vaga. Então eu faço com a própria fono que trabalha aqui!”

P19: “Aqui ele faz tratamento só com o médico. Não tem vaga pros outro... ele tá fazendo tratamento com a psicóloga lá naquele outro lugar.”

Adesão dos cuidadores contam com dificuldades práticas

P14: “Assim, o ideal era que eu pudesse vir nas segundas. Mas não tem grupo nas segundas. E eu moro muito longe e tem dia que eu tenho que ir pro meu trabalho sem banhá. Já chego atrasado. É muito corrido. Eu já falei!. Mas não sei se eles vão poder mudar.”

P17: “Aqui é como se fosse uma família. Mas agora mudou a coordenação. E a outra coordenadora era muito humana, ela era próxima. A que entrou nem fala bom dia pra gente. É ruim essas coisas porque isso tem relação com vontade política. Então assim, a gente tá sentindo muito.”

P17: “Eu me sinto muito chateada. Porque tem um médico aqui na equipe que é muito complicado de lidar. Ele não aceita os documentos dos outros profissionais. E não fecha o diagnóstico do meu filho.”

Adesão dos cuidadores contam com limitações financeiras

P16: “E eu tive outro problema. Eu não estava mais conseguindo pagar aluguel aqui, então eu tive que ir para a casa da minha mãe em Padre Bernardo em entorno de Brasília. A sorte é que eu consegui um carro da prefeitura pra vir toda quinta feira. Mas é muito difícil. Tem dois anos que eu tô nessa rotina 250 km de distância!”

P10: “[...]Eu só estou vindo porque estou encostado pelo INSS [...]”

4.2.1.2 Legitimação das Dificuldades e Reconhecimento de Direitos

Esta categoria emerge com a maior frequência quando comparamos as demais deste eixo (com 20 contribuições sugerindo promoção a atenção e 13 limitação para atenção). Ela destaca-se não apenas pela frequência das manifestações dos entrevistados, mas também por ter oportunizado uma mudança importante de perspectiva da pesquisadora durante o processo de pesquisa. A vantagem epistêmica dos cuidadores aparece significativamente e emerge nesta categoria.

MEMO 13/A: A pesquisadora passa de uma perspectiva de uma acadêmica para a perspectiva das próprias cuidadoras.

Escutar recorrentemente que as mães querem e precisam de um diagnóstico confronta-se com minhas ideias originárias do período em que ainda era acadêmica de psicologia. Construíamos uma ideia de que apesar do diagnóstico ser importante, ele não era tão determinante. O importante era o que iríamos fazer na condução de cada caso. Diagnósticos eram tidos apenas como rótulos. (manuscritos da pesquisadora em 03 de junho de 2019)

MEMO 16: **Diagnósticos mais graves e/ou inconclusivos, podem gerar uma necessidade de aceitação e busca de direitos.**

Não posso afirmar que nível instrucional, econômico e tipo de comprometimento da criança são variáveis que podem influenciar diretamente na necessidade e na busca de um diagnóstico. O fato é que a grande frequência com que sobretudo as entrevistas de mães de crianças com diagnóstico fechado ou suspeita de autismo, e outras com diagnóstico inconclusivo foram acontecendo (P8, P9, P10, P15, P16, P17, P18, P19, P21, P23, P24, P25, P28, P30, P32) a quantidade de relatos imbuídos de fortes emoções sobre a necessidade de aceitação, de pertencimento e busca de direitos foram emergindo. (manuscritos da pesquisadora em 05 de agosto de 2019)

Na Tabela 9 encontramos a importância do diagnóstico não somente por oportunizar um ambiente de maior aceitação das dificuldades, bem como integração da criança e seus cuidadores em todos os seus contextos, mas também por se caracterizar como uma ferramenta para a busca de direitos. Trata-se de uma legitimidade contextual, afetiva e construtora de direitos.

Tabela 9

Códigos de Dinâmicas Produtivas / Legitimidade das Dificuldades e Reconhecimento de Direitos

Ter um diagnóstico ajuda na aceitação, compreensão e tolerância com a criança

P1: “Eles mudaram o jeito de tratar depois do diagnóstico. Tipo assim, ficavam mais longe. Agora não, agora tratam ele melhor.”

P6: “Eu acho muito importante ter o diagnóstico porque as pessoa critica demais... e falam, bate nele! [...] e hoje melhorou o tratamento com ele cem por cento, porque eu consigo explicar o que ele tem!”

P8: “Porque você quer se achar em algum lugar! Você quer ter um nome! A gente nomeia coisas, a gente nomeia objetos! [...] E os profissionais falam muito isso, que não interessa o diagnóstico e eu penso, gente, não interessa pra quem? E se eles dão um protocolo de atendimento, é porque eles sabem o que a criança tem.”

P9: “Eu gostaria de ter um diagnóstico pra nós ter noção melhor pra conviver. Se é só fantasia da cabeça dela, se é coisa da idade. Eu acho que isso é importante pra família, pra nós saber se é alguma coisa que não é nada de mais, ou pode ser, né?”

Diagnóstico possibilita lutar por direitos (benefícios financeiros, atendimento diferenciado, inclusão escolar)

P10: “[...]porque a escola está me pedindo um laudo. Pra eles saberem como eles tem que agir com ela lá na escola. É muito importante!”

P15: “É importante principalmente em questão de leis, né? Porque a gente começa a correr atrás de benefício. Essas coisas! Na escola, por questão de preconceito! Fila, também! Por que? Porque quando você não tem um diagnóstico, as pessoas recriminam e isso machuca.”

P16: “Igual a vacina da gripe, mesmo! Eu precisava de um laudo pra ele poder ter direito. Tudo precisa de um laudo!”

P19: “[...] Ai eles conseguiu aposentá. Dá pa compra as ropa dele, os remédio, e as banana e maçã, que ele pede, né? [...]”

Os fatores que limitam a atenção com relação a esta categoria estão relacionados a prevalência de mães nos serviços. Uma vez que as queixas destas mães passam pela dificuldade inclusive de seus parceiros e demais familiares na compreensão e apoio para ela e seus filhos, este código reforça a diferença de percepção que pais e mães tem de seus filhos, assim como os desdobramentos destas diferenças (Mosmann, Costa, Einsfeld, Silva, & Koch, 2017). A Tabela 10 exemplifica a presente categoria.

Tabela 10

Código Limitante para Atenção / Legitimação das Dificuldades e Reconhecimento de Direitos

Prevalência de mães participando dos atendimentos do CAPS

P15: “Porque é assim, pai não vai! Pai ajuda com dinheiro, mas pai nunca vai! É só mãe que vai! Tem até pai que faz isso, mas é raro! E no dia que o pai do meu filho estava de férias, eu fiz ele vim. Ai disfarçadamente eu mostrei ele pra Dr^a e ela chamou ele para o grupo. E ele não quis vim de jeito nenhum. Disse que essas coisas era só de mãe!”

P18: “Meu marido já veio umas três vezes. Mas assim, em cinco anos! E quando ele vem, eu exijo que ele participe do grupo. Mas ele fica murcho e só responde o que a psicóloga pergunta (risos). Pode até falar que ele nunca veio! (risos)”

P22: “O dia mesmo que meu marido veio, ele ficou calado o tempo todo e quando chegamos em casa ele achou tudo uma bobagem! Que a gente dá asa pra menina demais. Que tudo que menino faz tá certo. E reclamou demais.”

Comparando o Gráfico 1 em que sinaliza a predominância de 65,6% de mães assumindo o papel de responsável pelas crianças no CAPS, com os relatos de adoecimento destas mães, temos um cenário que exemplifica o grau de disfuncionabilidade e dificuldades da própria cuidadora.

MEMO 11: As cuidadoras entrevistadas às vezes apresentam um estado importante de sofrimento.

A primeira mãe (E1. P1) entrevistada relatou fazer uso crônico de medicação antidepressiva e chegou a me ligar buscando ajuda ao meio de um ataque de pânico tarde da noite. A segunda mãe (E2. P2) entrevistada relatou sofrer regularmente episódios catatônicos durante suas atividades diárias, pelas quais é levada frequentemente para o pronto socorro por sofrer sobrecarga de responsabilidades e manifestar sintomas de transtorno de ansiedade e depressão. A mãe da quinta entrevista (E5. P7) fez uma tentativa de suicídio três dias após a entrevista. A mãe da entrevista 12 (E12. P17), também encontra-se sob uso de fortes medicações para depressão. Uma outra mãe (E12. P15) tinha acabado de ser informada pelo marido que queria o divórcio e ela alegou estar atravessando um momento muito difícil (manuscritos da pesquisadora em 15 de julho de 2019).

O Gráfico 6 mostra como os cuidadores também apresentam diagnósticos em Saúde Mental. É possível observar que 15,7% destes cuidadores referem quadro de depressão, 13,7% ansiedade, tendo 3,9% cometido tentativa de suicídio. Sendo que 18,8% relataram estar em uso de ao menos um tipo de psicotrópico, 12,5% dois tipos e 6,3% três tipos diferentes de psicotrópicos ao mesmo tempo, como mostra o Gráfico 7.

Gráfico 6: Diagnóstico dos Cuidadores (%)

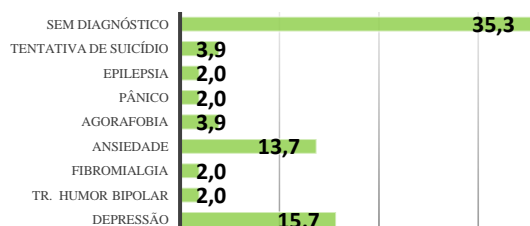
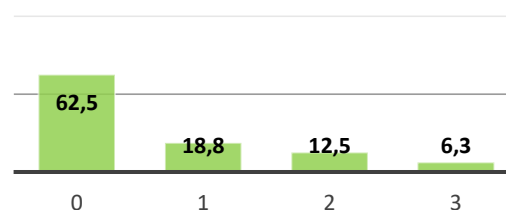


Gráfico 7: Quantidade de Cuidadores que utilizam medicação psicotrópica (%)



4.2.1.3 O trabalho da equipe

A identificação de cada etapa para a construção dos programas terapêuticos assim como a percepção de flexibilidade nas estratégias e condução terapêuticas, traz aos cuidadores a ideia de um atendimento individualizado. Tal percepção sugere um caráter de cuidado dedicados aos usuários do serviço. Na Tabela 11, tais percepções estão exemplificadas.

Tabela 11

Códigos de Dinâmicas Produtivas / O trabalho da equipe

A equipe monta a conceituação do caso

P3: “Eles perguntam, éeee, eles perguntam como é, desde todas as pessoas que convive com ele. Eles vai montando. [...] Eles vai desenhando até chegar onde eles vê o grupo; qual a criança se encaixa e tudo.”

P7: “Eles me falaram que tiveram que estudar o caso da minha filha. Que pesquisaram. E que não tinha o caso dela no Brasil inteiro. Então eles deram prioridade pra ela.”

P17: “Primeiro você vai pro grupo de acolhida. Aí se você vai passando, você aguada o atendimento, né? Aí eles faz toda a avaliação.”

P15: “A fila de espera é longa. Mas a gente passa pelos grupo de avaliação. E eles vai fechando o tipo de tratamento que tem que ter. Aí pode ser que seja encaminhado só para atendimento com o médico no postim. Então depende da avaliação.”

O CAPS muda de estratégia terapêutica quando avalia ser necessário

P6: “[...] Aí eles colocaram ele em um grupo e foi horrível. Ele piorou muito...foram só duas vezes, mas foi marcante... aí me falaram que não estava sendo bom pra ele [...] aí eles tiraram logo do grupo e ele voltou para o atendimento individual.”

P8: “A Drª Joana fala isso. Que eu venho pra cá e movimento o CAPSi! (risos) Porque eu sempre quis entender e investigar. E eu pedia ajuda e todos os profissionais iam atrás pra mim [...] e mudavam tudo se precisasse.”

Por sua vez, na Tabela 12, a limitação para o atendimento encontra-se a)- na pouca informação sobre o tratamento das crianças e b)- o desconhecimento sobre os profissionais que prestam serviço no CAPS. Compreender o motivo das intervenções e/ou saber das atividades específicas desenvolvidas parecem assumir aqui uma característica importante. O desconhecimento não ameaça a confiança dos cuidadores depositada no CAPS. Entretanto, não conhecer sobre as especificidades dos atendimentos e os profissionais que prestam serviço, pode diminuir a exatidão das expectativas que os cuidadores podem ter a respeito dos tratamentos e as potencialidades de colaboração para com as intervenções específicas.

Tabela 12

Código Limitante para Atenção / O trabalho da equipe

Cuidadores tem informação pouco específica sobre o tratamento
P2: <i>“Por que a gente vai e traz, depois leva, e eles fala que pode ir embora, e eu não fico sabendo nem o que fez, ou o que não fez.”</i>
P9: <i>“Minha neta tá tomando a medicação, mas eu até queria saber da doutora pra que que ela toma esse remédio todo dia. Eu ia até passar na farmácia pra saber.”</i>
O desconhecimento das profissões parece não importar para os Cuidadores
P9: <i>“Eu acho que isso aí não faz tanta diferença, porque vocês, assim, no meu entender, quando vocês faz uma faculdade, que seja um psicólogo, um psiquiatra, um fonoaudiólogo, eles faz tudo aquilo num pacote só, né? Então eu acho que ele vai ter a mesma experiência. O que vale é a experiência dele. Porque quando ele estudou, ele estudou tudo aquilo.”</i>
P10: <i>“Não me importa a profissão do coordenador do grupo. O que importa é a pessoa ter conhecimento. Saber o que ela tá passando e ter firmeza no que tá falando, entendeu? Que faça com que aquele que tá ouvindo acredita, entendeu? Isso é que é importante!”</i>
P14: <i>“Eu acho que é a Drª psicóloga. Acho que é! Eu não sei direito. Ele fica lá no grupo com ela. E uma outra que fica junto. Mas eu não sei o nome dela... pra mim não faz diferença não. Assim, eles vai falar a mesma coisa, vai fala tudo igual.”</i>

4.2.1.4 A intervenção médica

Os cuidadores colocam muita importância à figura do médico, no direito à consulta e na garantia da medicação. Assim ao médico é alocado um papel central nas

expectativas para as melhoras esperadas da criança. Exemplos destes códigos estão descritas na Tabela 13.

Tabela 13:

Códigos de Dinâmicas Produtivas / A Intervenção Médica

Cuidadores dão muita importância ao que o profissional de medicina fala
<p>P6: “É porque só a psiquiatra é que pode emitir o documento. Os outros daqui não! Não é a escola que não aceita. O pessoal aqui é que falou que tem que ser a médica. A escola pede um laudo do local de atendimento, só.”</p> <p>P11: “Eu me sinto mais segura quando o psiquiatra fala. Porque ele é médico.”</p> <p>P15: “O negócio é que todos querem o laudo do médico. Só o que o médico faz é que tem importância.”</p>
Cuidadores atribuem melhoras a medicação
<p>P1: “Na verdade, eu vou falar pra você sinceramente. Se não fosse os remédios ele não tinha melhorado. Porque por mais que tenha esse agrupamento, e essa ajuda e tudo, ele precisava do tratamento do medicamento, que os outros profissionais não queriam indicar, porque não tinham a consciência do que ele tinha, entendeu?”</p> <p>P4: “É porque tipo assim se eu não levar ele num grupo ele num tem a consulta [...] Se ele num tem a consulta do médico ele num tem o medicamento e com o medicamento ele melhorou bastante. Porque antes ele não dormia.”</p>

4.2.2 As Relações Informais / Interpessoais (Usuários e Equipe de Saúde)

Neste eixo os ingredientes ativos são: a)- Acolhimento/ Tratamento dos cuidadores, b)- Orientações / Contextualizações e c)- Instrumentalizações / Ensinaamentos. Aqui também os ingredientes ativos estão cativos em uma tensão entre dinâmicas que os favorecem e outras que os limitam. As dinâmicas produtivas (existentes nas relações entre usuários e equipe profissional que estimulam e possibilitam uma interação favorável ao tratamento), no que diz respeito ao acolhimento são: *i*)- grupo de pais assumindo um papel de acolhimento, *ii*)- as intervenções com os cuidadores que são vivenciados como uma forma de terapia para eles e *iii*)- o acolhimento dos profissionais em relação às crianças atendidas. As Limitações (que prejudicam as relações e até mesmo as intervenções terapêuticas dos acompanhamentos psicossociais) são: *i*)- os outros membros do grupo podem não ajudar com o que a pessoa busca e *ii*)- as vezes o grupo

está demasiadamente focado em informação perdendo sua função de acolhimento e de tratamento dos cuidadores.

Na Tabela 14 podemos observar os participantes que contribuíram para a formulação dos códigos e conseqüentemente das categorias deste eixo.

Tabela 14:

Relações Informais / Interpessoais (Usuários e Equipe de Saúde)

Dinâmicas produtivas			Ingredientes Ativos	Limitações		
Código	Contribuições	f	Categoria	Código	Contribuições	f
O grupo de pais é acolhedor	P1, P2, P3, P4, P6, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P16, P17, P22, P27	15	Acolhimento / Tratamento dos cuidadores	Os outros membros do grupo não me ajudam com o que eu busco	P8, P9, P12	3
As intervenções com os cuidadores são percebidas como uma forma de terapia para os cuidadores	P1, P2, P3, P6, P7, P8, P10, P11, P12, P13, P16, P17, P18, P22, P25, P32	16		O grupo está demasiadamente focado em informação. Não precisamos disso	P20	1
As (os) terapeutas do filho agem de maneira acolhedora/com dedicação	P1, P6, P12, P16, P18, P20	6				
O Grupo de pais mostra as dificuldades de outras famílias e nos ajuda a relativizar os próprios problemas	P1, P2, P4, P6, P7, P8, P10, P11, P12, P14, P15, P17, P18, P19, P32	15	Orientações / Contextualizações	Orientações recebidas por profissionais e/ou outras famílias durante os grupos nem sempre funcionam	P1, P2, P6, P7, P8, P9, P12, P14, P25	9
O Grupo de pais mostra outras estratégias de resolução de problema	P2, P4, P6, P9, P10, P11, P13, P16, P17, P18, P32	11				
Cuidadores percebem o coordenador do grupo de pais como um tradutor, especialista e sensível que ajuda a entender o que foi discutido	P6, P7, P8, P25	4	Instrumentalizações / Ensinamentos	Fatores culturais dificultam envolvimento dos cuidadores	P2, P6, P9, P12	4
Cuidadores percebem o coordenador do grupo de pais como alguém que é técnico e passa segurança	P11, P12, P14, P15, P16, P22, P32	7				
Cuidadores percebem o coordenador do grupo de pais como autoridade	P10, P18, P32	3				

que fala o que é certo e errado.						
----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Passamos agora a um olhar mais acurado de cada categoria e as contribuições que possibilitaram sua formulação.

4.2.2.1 Acolhimento / Tratamento dos cuidadores

A forma como os cuidadores são recebidos desde o primeiro contato com o CAPS, assim como as interações que passam a ocorrer no transcorrer do tratamento indicam ter funções diversas. As primeiras delas aparecem na Tabela 15, no qual ao retratar os elementos que indicam as dinâmicas produtivas, indicam o caráter valorizado pelos cuidadores de se sentirem acolhidos pela equipe e perceberem as interações com os profissionais também como uma forma de tratamento. De maneira que o bem-estar gerado pela postura acolhedora da equipe, parece dar a oportunidade destes cuidadores também se perceberem dentro de um processo de tratamento. Da mesma forma, a maneira como os cuidadores percebem a atenção e dedicação dos terapeutas de seus filhos, são discriminadas e valorizadas.

Tabela 15

Códigos de Dinâmicas Produtivas - Acolhimento / Tratamento dos cuidadores

O grupo de pais é acolhedor

P1: “Então assim, eu me senti assistida, abraçada, apoiada, e até hoje eu sinto isso aqui.”

P6: “O grupo de pais funciona como se fosse uma mãe. Que tem que passar as coisas boas pros filhos e ir explicando como que tem que ser feito.” (Participante se emociona)

P7: “No grupo eu não me sentia sozinha. Também não me contradiziam, não diziam que eu não estava falando a verdade. E mesmo que falavam, falavam de um jeito diferente... Quando eu contei da minha filha, todo mundo tava chorando.”

P22: “Eu ia ficar mais perdida do que eu já sou sem esse grupo.”

P27: “Aqui a gente se sente mais segura e mais normal. Porque a gente vai na escola e eles falam de um jeito que é como se o nosso filho fosse o único diferente [...] Aí na hora que você chega aqui, você vê que não. Que seu problema é normal aqui, tá entendendo? Aqui você não fica nervosa, você não fica com vergonha, porque você vê que é normal.”

As intervenções com os cuidadores são percebidas como uma forma de terapia para os cuidadores

P3: *“Tamo em tratamento sim [...] É porque tipo assim ela dá o espaço pra gente falá o que tá bom pra gente o que tá ruim. Então é muito bom esse trem pra gente. Porque as vezes uma coisa que assim tá na cabeça da gente, e que cê num tá aguentando mais pra si e que a gente tem a oportunidade ali de colocar pra fora, cê desabafa.”*

P7: *“Quando eu estava no grupo de pais, eu ainda conseguia ficar sem o meu medicamento. Porque a gente conversava muito [...] E eu tentava ficar sem o remédio. Aí depois que eu deixei de fazer a terapia aqui com os outros pais eu voltei a tomar o remédio.”*

P8: *“Sim! Eu estou em tratamento aqui, sim! Até porque quando há alguma regressão, eles se reportam a mim, porque geralmente eu estou passando por alguma alteração no humor e acaba atingindo ele. E as vezes ela só olha pra mim e vê que eu é que estou precisando de ajuda. E nem sempre o assunto é sobre meu filho.”*

P16: *“Eu acho que só estamos fortalecidas por causa do grupo de mães. Eu sempre falei pra doutora Cristina, há uns dois anos atrás, que os filho da gente tinha que ter atendimento, mas que a gente tinha que tá em atendimento também. Porque a gente é massacrada todos os dias [...]”*

P18: *“quando você aprende a lidar com ele, você também faz bem pra você! Porque quando você sai do seu controle, se estressa, você não só prejudica você, mas como ele também! E eu falo que as mães de crianças com alguma deficiência intelectual, elas precisam mais de tratamento do que os próprios filhos!”*

P25: *“Se o grupo acabasse, quando ele voltasse novamente, nós todos já estaríamos no psiquiatra. Porque ia tá todo mundo desequilibrado.”*

As (os) terapeutas do filho agem de maneira acolhedora/com dedicação

P6: *“O jeito que a terapeuta conversa com ele... ela sabe falar com ele. Ela é muito tranquila! E eu acho que ajudou demais!”*

P8: *“Meu filho aqui ele tem acolhimento, ele é outro menino[...] A Psicóloga aqui, não é uma psicóloga. Ela é humana. Ela abraça, não porque é terapeuta dele. Mas é amiga... Ela é um anjo!”*

P18: *“Pra mim foi fundamental a forma como ele foi recebido e tratado [...] E foi no atendimento da terapeuta do grupo, porque na escola nunca mudou nada.”*

Entretanto, as relações interpessoais não são percebidas de maneira homogenia e tão pouco atendem as expectativas de todos na mesma medida. Desta forma, na Tabela 16 mostra exemplos de elementos que podem limitar a participação dos cuidadores, a saber: a)- quando os outros integrantes do grupo parecem não procurar as mesmas coisas (Os outros membros do grupo não me ajudam com o que eu busco) e b)- quando há uma percepção de que o grupo não está acrescentando nada de novo, ou que não possa ser buscado de outra maneira (O grupo está demasiadamente focado em informação).

Tabela 16

Códigos de Limitações na participação - Acolhimento / Tratamento dos cuidadores

Os outros membros do grupo não me ajudam com o que eu busco
<p>P8: “<i>Eu prefiro o atendimento individual. Porque eu acho que no grupo de pais a maioria ainda encontra-se na ceara do vitimíssimo. Porque a pessoa reclama, fala que é difícil, que isso, que aquilo. E a gente fala, pra fazer algumas coisas, procurar o ministério público. Mas chega na outra semana e ela vem com a mesma queixa. E sabe, eu não tenho paciência para isso. Porque eu vejo que ela não faz o que compete a ela.</i>”</p> <p>P9: “<i>Eu acho que assim, por eu ser avó eu quero puxar mais do que as mães novas de hoje. Porque as mães de hoje, tudo passa a mãozinha na cabeça. E eu quero assim, que abra comigo, conta as coisa pra mim. Eu vou tentar entender o máximo que eu puder. Mas o que eu achar que tá de errado eu quero corrigir. Não vai ter mãozinha na cabeça, entendeu? E eu acho que o problema dos pais de hoje em dia é que eles estão muito tempo conectados em Facebook, Instagram, Zapp, e não tem tempo de corrigir as crianças.</i>”</p>
O grupo está demasiadamente focado em informação. Não precisamos disso
<p>P20: “<i>Assim, eu não acho que precisa de grupo, porque hoje em dia tudo tem muita informação, né? Então não precisa ficar reunindo pra falar. É só fazer o atendimento para ela mesmo. Até porque a psicóloga tava sempre disponível pra mim. E a minha filha sempre procurava informação, então, né?</i>”</p>

4.2.2.2 Orientação / Compreensão

MEMO 3: Algumas mães dão mais importância à troca de informações com outras mães do que às orientações profissionais recebidas no grupo.

As mães P1, P2, P4, P6, P7, P8, P10, P11, P12, P14, P15, P17, P18, P19, P32, deixam claro o caráter de cumplicidade, alívio e desabafo que elas reconhecem no grupo de pais. Parece que apenas o fato de ter apoio de outras mães e pais que estão passando pelas mesmas dificuldades ou por dificuldades maiores, já funciona como ponto de apoio psicológico. (manuscritos da pesquisadora em 25 de janeiro de 2019)

A percepção de experiências similares diante das situações vividas com seus filhos, emerge das falas dos cuidadores como um ingrediente promissor ao tratamento. Os cuidadores reconhecem nas dificuldades e sofrimentos de seus pares uma forma de

tolerar e suportar mais seus próprios problemas. Sendo assim, o código, O Grupo de pais mostra as dificuldades de outras famílias e nos ajuda a relativizar os próprios problemas, surge caracterizando o aspecto social e de comparação entre as pessoas de um mesmo grupo ou comunidade. Enquanto, O Grupo de pais mostra outras estratégias de resolução de problema, surge como segundo código representativo dos fatores dentro das dinâmicas produtivas. Observe a Tabela 17:

Tabela 17

Códigos de Dinâmicas Produtivas – Orientação / Contextualização

O Grupo de pais mostra as dificuldades de outras famílias e ajuda a relativizar os próprios problemas
P1: <i>“eu privava de sair. E até hoje eu faço isso. Mas assim, hoje eu vi que eu não sou a única no mundo e isso me ajudou demais.”</i>
P2: <i>“Tem horas que eu venho, tô meio triste, aí elas vai e conversa comigo[...] Assim, relata as coisa que acontece com elas e eu fico até mais assim [...] eu penso: ‘não, meus problema é mais pequeno que os dela’.”</i>
P7: <i>“Era bom, porque eu via que tinha gente pior do que eu... Eu vi mães de crianças com deficiência, mães de criança com autismo, mães de crianças..., que tipo assim, eu vi que tinham uma luta muito maior do que a que eu tinha com a minha filha.”</i>
P17: <i>“Então naquele grupo ali, todo mundo tá passando pelo mesmo processo. E isso ajuda a agente a passar também.”</i>
O Grupo de pais mostra outras estratégias de resolução de problema.
P6: <i>“Você escuta um pai, escuta outro e vai tendo uma ideia de como fazer diferente do que estava fazendo.”</i>
P9: <i>“Eu acho que a ajuda é de mão dupla. Eu ajudo elas e elas me ajudam. Porque as vezes elas podem falar alguma coisa que eu não tenho experiência naquilo e as vezes eu posso falar alguma coisa que elas não tem experiência naquilo.”</i>
P18: <i>“Aprendemos coisas e estratégias. Igual eu estava deixando o meu filho fazer uma coisa, que eu vi com a experiência da outra mãe que podia fazer mal pro meu filho.”</i>

Como fator limitante para a participação, encontramos os relatos de que nem sempre as orientações dadas pelos profissionais ou até mesmo sugestões advindas das experiências de outros cuidadores com seus filhos, funcionam para todos os casos. Ou seja, muitas vezes os cuidadores eram orientados a fazer algo com seus filhos, objetivando uma melhora na relação, ou resolução de problemas, e estas orientações eram ou entendidas como inapropriadas ou de fato não funcionavam para a experiência de cada cuidador em específico. Exemplificações deste código podem ser observadas na Tabela 18.

Tabela 18

Códigos de Limitações na participação - Orientação / Contextualização

Orientações recebidas por profissionais e/ou outras famílias durante os grupos nem sempre funcionam

P2: “igual a doutora falou: cê tem que sair, tem que fazer algum curso, alguma coisa, pra distrair minha cabeça. Mas aí que jeito que sai? Tem o menino desse jeito! Ela quer que eu trabalhe também fora. Ai eu fico pensando, quem é que eu vou arrumar pra olhar ele.”

P8: “Eu tentava aplicar várias técnicas, sabe! Aí todo mundo falava, coloca isso, e eu pensava é mesmo! Aquele compartilhamento de pais, nossa isso dá certo! Cara! Não dá certo! Porque você é uma pessoa e seu filho é outra! E a realidade da sua casa é outra [...] eu comecei a ser mais criteriosa na minha escuta.”

P12: “É porque tipo assim, eu não falo nada. Mas fico só analisando e penso: ‘isso não vai dar certo pra mim não’. E não faço em casa e tento fazer do meu jeito. Mas não comento, sabe? Não vou aplicar isso aí! Como tem coisas que eu aplico que não funcionaria com outra pessoa, né?”

P25: “Já tive orientação que não funcionou, sim! Porque as vezes as coisas que falam pra eu tirar, como celular, TV, ele já não tem mais, ou pra ele nem faz a diferença! (risos) Então, essas fórmulas não funcionam.”

4.2.2.3 Instrumentalizações / Ensinos

Aprender o que fazer, como fazer em que circunstâncias. Essas demandas dos cuidadores, fazem emergir um ingrediente ativo que indica a necessidade de segurança técnica para instrumentalização dos cuidadores neste processo de aprendizagem. A figura do coordenador das atividades dos grupos parentais, aparece como alguém necessário, porém com algumas características específicas. Uma figura de um coordenador que media as interações do grupo, com empatia, segurança, técnica e clareza das possibilidades de ações, emergem durante as entrevistas. Fragmentos que elucidam estas perspectivas e seus códigos encontram-se na Tabela 19.

Tabela 19

Códigos de Dinâmicas Produtivas – Instrumentalizações / Ensinos

Cuidadores percebem o coordenador do grupo de pais como um tradutor, especialista e sensível que ajuda a entender o que foi discutido

P6: “assim, ele é um tradutor, ele junta tudo que foi falado e explica pra gente.”

P7: “O terapeuta trabalha com a mente da gente. Eles tentam colocar na sua cabeça que você pode, que você é melhor do que a outra pessoa, que tudo depende de você, que você é a estrutura da sua casa, é a estrutura dos seus filhos, que se você não tiver essa estrutura que você tem, ela desaba, uma casa sem estrutura desaba. [...] Ouvir isso de um terapeuta é diferente, porque eles falam com segurança.”

P8: “Quando o coordenador te olha só pelo olhar do papel, ele te dá apenas ordens e te encaixa em um protocolo. E as vezes você fala uma coisa e ele já vai logo falando, você tem que fazer isso, fazer aquilo.”

E fala porque estudou no livro. Mas o livro não é a vida. E tipo assim, o profissional tem que ter a sensibilidade de ver e te ouvir. A Dr^a está me ajudando a ser lúdica com meu filho e a sutilmente tentar entender o mundo dele. Estou me conectando com meu filho.”

Cuidadores percebem o coordenador do grupo de pais como alguém que é técnico e passa segurança

P11: *“tem que ter formação e experiência, pra passar segurança! Isso faz a diferença!”*

P16: *“Nas férias da psicóloga, nós tentamos nos reunir. Mas a gente ficou perdida! A gente reunia, trocava experiência, mas ficava faltando alguma coisa!”*

P15: *“Sem a coordenadora do grupo, não tem quem fala pra gente o que tem que fazer. Ela pensa junto e dá mais alternativas. E dá mais segurança. Sozinhas a gente não sente assim! A gente sabe na prática, mas ela sabe na técnica! E juntando assim, os dois, a gente consegue ir mais longe, entendeu?”*

P32: *“Sem um coordenador ia ser uma reunião de amigas fofoqueiras (risos).”*

Cuidadores percebem o coordenador do grupo de pais como autoridade que fala o que é certo e errado

P10: *“O papel desses coordenador do grupo é talvez orientar alguma coisa que nós não entenda, que talvez a gente possa estar errado.”*

P18: *“Eu acho que ter só mães no grupo ia ser só uma troca de experiência. E com um profissional como a psicóloga é bem melhor porque ela passa orientações, um norte. É fundamental ela dar a devolutiva pra nós. Dizer o que estamos fazendo de certo e de errado.”*

P32: *“Vocês falam pra gente o que é certo ou não.”*

Fatores culturais dificultam envolvimento dos cuidadores, é o código que se caracteriza como um elemento que limita a participação dos cuidadores para aprenderem e se instrumentalizarem nas vivências do grupo. Na presente pesquisa, não se tem com segurança os fatores que fazem com que este grupo de cuidadores apresentassem tal repertório (ou ausência dele). Entretanto, os comportamentos ilustrados na Tabela 20, podem ser associados a pessoas de características mais introspectivas, ou com baixas habilidades sociais, ou cuja participação social é associada a conceitos e crenças de inferioridade ou de poder estar incomodando. Mas também podem estar presentes em pessoas que acreditam na pró-atividade e resolutividade das coisas como uma característica que deve ser valorizada socialmente. E ao considerar tal ausência de repertório nas experiências de grupos, os usuários se impõem uma condição de maior observação e menor participação ativa. Fato é que todas as possibilidades que possam estar motivando a ausência de perguntas e/ou participações no grupo, estão envolvidas de alguma maneira com as vivências sociais e, portanto, culturais destes cuidadores.

Tabela 20

Códigos de Limitações na participação - Instrumentalizações / Ensinamentos

Fatores culturais dificultam o envolvimento dos cuidadores
P2: “Quando não entendo vou deixando (risos), aí se surge lá na frente né [...] aí eu procuro.”
P6: “[...] é tudo muito claro. Mas quando eu não entendo alguma coisa eu vou e procuro na internet (risos). É porque é muita gente! As vezes o grupo está lotado. Cada um quer falar uma coisa. Então as vezes eu fico na cabeça e as vezes eu esqueço o nome. Aí eu procuro na internet até achar.”
P12: “Tipo, eu não sou uma pessoa ansiosa. Eu sei esperar. E eu prefiro observar. As vezes eu não entendo uma coisa hoje, aí eu espero um próximo encontro e vou observando até eu compreender. E eu vou tipo um quebra cabeça. Vou juntando até entender aquilo ali”

4.3 Moderadores das Relações Informais / Interpessoais

Outros elementos emergiram durante o processo de pesquisa, os quais puderam ser categorizados como: a)- Insuficiência de tempo para o Grupo, b)- Interferências de agentes externos, c)- Interferências Socioculturais e d)- Dificuldade na integração dos serviços em Saúde Mental (Vide Tabela 21).

Tabela 21

Fatores que Podem Interferir nas Relações Informais / Interpessoais (usuários e equipe de saúde)

Categoria	Código	Contrib.	f
Insuficiência de tempo para o Grupo	Cuidadores consideram o tempo das reuniões de grupo de pais muito breve	P2, P11	2
Interferências de agentes externos	Orientações recebidas por outros profissionais de fora do CAPS podem conflitar	P2, P10, P15	3
Relatividade dos rótulos diagnósticos	Cuidadores entendem que a avaliação do comportamento do filho como problemático é sujeito ao contexto sócio-histórico.	P22, P27	2
Dificuldade na integração dos serviços em Saúde Mental	Serviços de saúde mental da rede municipal não se comunicam	P11, P19	2

Estes elementos não estão disponibilizados nos dois eixos funcionais anteriormente descritos. Entretanto, eles parecem incidir diretamente sobre as relações interpessoais dos cuidadores e os agentes do CAPS.

Mesmo não sendo considerados elementos ativos, eles também apontam para considerações contextuais consideradas pelos cuidadores como fatores relevantes. De forma, que a)- o tempo dedicado a experiência nos grupos sugere em algumas avaliações como insuficiente, b)- como algumas crianças participam de outros atendimentos fora do CAPS, as orientações destes profissionais externos por vezes se confrontam com os profissionais do CAPS, c)- alguns cuidadores reconhecem que os filhos precisam de ajuda para se ajustarem melhor a vida social. Entretanto, algumas admitem que os mesmos comportamentos de seus filhos na atualidade, se estivessem ocorrendo em outro tempo histórico, provavelmente eles não seriam considerados problemáticos ou disfuncionais, o que imprime um caráter temporal e relativo sobre os diagnósticos e suas disfuncionalidades. Por fim, d)- a baixa ou ausência de comunicação do CAPS com os outros serviços em Saúde Mental, vai na contramão da ideia de matriciamento e tratamento em rede, preconizada pelo modelo idealizado na reforma psiquiátrica brasileira de 2001 (Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa & Vasconcelos, 2013; Delfini & Reis, 2012). A Tabela 22 elucida os pontos aqui destacados.

Tabela 22

Códigos dos Fatores que Podem Interferir nas Relações Informais / Interpessoais (usuários e equipe de saúde)

Cuidadores consideram o tempo das reuniões de grupo de pais muito breve
E: <i>“Tem algo que você gostaria de mudar no grupo? Que fosse diferente?”</i>
P2: <i>“Mais tempo (risos)”</i> .
P11: <i>“Eu só mudava o tempo. O tempo dos grupos! (risos) eu acho pouco! Porque era de 8:00hs às 8:45hs. E muitas vezes já atravessava um pouquinho. (risos) eu acho pouco!”</i>
Orientações recebidas por outros profissionais de fora do CAPS podem conflitar
P2: <i>“Aí eu ouvi de uma senhora que trabalha lá no outro atendimento, pra eu parar de dar remédio pro menino, porque ele não precisa disso, que é muito inteligente, que tem que crescer naturalmente.”</i>
P10: <i>“Eu não tenho muita informação. Mas o pastor que é psicólogo indicou o outro pastor que faz hipnose. Que é pra descobrir o que acontece com ela. Mas não descobriu nada. [...] mas eu não sei se o pessoal daqui sabe.”</i>
Cuidadores avaliam o contexto sócio-histórico do filho como determinantes para se considerar os comportamentos do filho como um problema

P22: “*Eu penso que as coisas hoje são diferentes porque temos mais esclarecimento! Quando você pensa que isso não pode ocorrer mais, você não deixa! Mas eu na escola quando envolvi nas brigas, eu corria. Porque eu não sabia bater! (risos) E outras pessoas que eram mais fortes e maiores, esperavam pra bater. E quando chegava em casa e tivesse apanhado na rua, apanhava de novo. Então assim, era a falta de esclarecimento dos próprios pais.*”

P27: “*Ah! Porque meu filho é igualzinho a mim. É que quando a gente era pequeno acho que não tinha tanto psicólogo e eu não sei, as coisas não eram assim. A gente brigava e falava: “eu te acerto no final da aula”. Ai a gente brigava e depois ia cada um pra casa. (risos) Ué? Não era? E não tinha nenhum grande problema. Eu metia a mão mesmo! E meu filho é igualzinho! Então eu entendo muito bem como é!”*

Serviços de saúde mental da rede municipal não se comunicam

P11: “*Ele está fazendo tratamento com a psicopedagoga lá no CINF e eu também tenho um grupo de pais... É tudo da prefeitura. Mas eles não se comunicam. Eles não trocam informações. E nem eu nunca trouxe nada pros profissionais aqui.*”

E14.E: “*O médico que te acompanha aqui, já te pediu pra trazer algum relatório da Psicóloga do outro serviço?”*

P19: “*Não! Nunca. Já pediu da escola. Da psicóloga não!”*

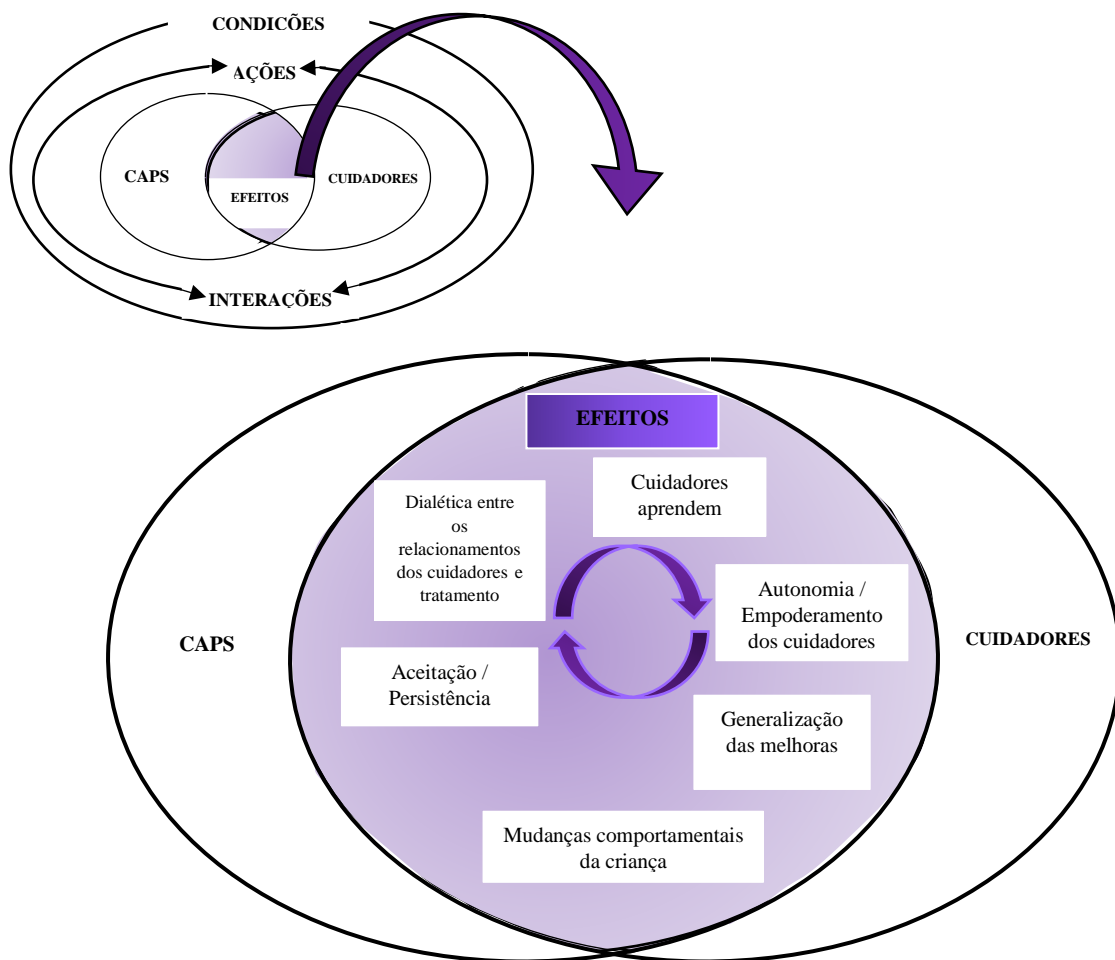
4.4 Efeitos do Atendimento Psicossocial

O que chamamos aqui de efeitos do atendimento psicossocial é o conjunto de elementos que emergiram a partir das percepções e conclusões dos cuidadores advindas no contato com o CAPS e o tratamento ali recebido. Como um espaço de intersecção que ocorre entre os eixos funcionais até aqui descritos, observamos um efeito percebido pelos cuidadores que vem tanto das relações com o CAPS enquanto instituição formal de relações, assim como com as relações informais e interpessoais entre os personagens daquele espaço.

Na Figura 4, temos uma ilustração deste movimento. Observamos os efeitos dos atendimentos psicossociais, em um processo que os efeitos percebidos pelos cuidadores, parecem ser interdependentes e se retroalimentar. De maneira, que é possível identificar as seguintes categorias: *i)*- a dialética entre os relacionamentos dos cuidadores e tratamento, *ii)*- aceitação, motivação, persistência, dos cuidadores e criação Rede de Apoio para a família *iii)*- os conteúdos aprendidos; *iv)*- o desenvolvimento de um

empoderamento dos cuidadores frente as interações com suas crianças; v)- a generalização das estratégias aprendidas pelos cuidadores se estendem para outros contextos e também passam a ser assumidos por outras pessoas e vi)- a percepção de que o tratamento psicossocial ajudou nas mudanças comportamentais da criança.

Figura 4: Representação dos Efeitos do Atendimento Psicossocial



Os códigos focais, ganham status de categorias e atingem um patamar de relevância e ilustração para a percepção dos cuidadores.

Na Tabela 23, é possível encontrar as contribuições que possibilitaram a criação destas categorias.

Tabela 23
Efeitos dos Atendimentos Psicossociais

Categoria	Código	Contribuições	f
Dialética entre os relacionamentos dos cuidadores e tratamento	O tratamento está relacionado ao empenho dos pais no tratamento	P8, P12, P16, P18, P27, P29, P32	7
Aceitação / Persistência	Os resultados são idiossincráticos e somente virão com o tempo	P8, P12, P22	3
Os Cuidadores aprendem	Cuidadores mudaram o padrão comportamental deles a partir da interação com o atendimento psicossocial	P1, P2, P3, P6, P8, P10, P11, P14, P15, P16, P18, P19, P27	13
Autonomia / Empoderamento dos cuidadores	Cuidadores propõem suas próprias contribuições para a melhora da criança	P1, P2, P6, P8, P10, P11, P12, P15, P16, P17, P27	11
Generalização das melhoras	Mudança de comportamento dos familiares/outros depois do tratamento	P1, P3, P6, P8, P10, P11, P12, P18, P23	9
Mudanças comportamentais da criança	Percepção de melhora da criança	P1, P2, P5, P4, P9, P11, P12, P15, P16, P18	10

Na Tabela 24, alguns fragmentos exemplificam a categoria emergente: Dialética entre a interação cuidador, criança e o tratamento. Nela foi possível identificar uma mudança da percepção dos cuidadores de que apesar de existirem responsabilidades e ações específicas direcionadas às crianças, a melhora destas passa pela mudança de postura dos cuidadores. Essa mudança de perspectiva dos cuidadores aparece quando uma postura passiva de achar que o CAPS ia desenvolver estratégias de tratamento e que a partir delas, as mudanças comportamentais e sintomatológicas dos filhos aconteceriam naturalmente é deixada de lado. Quando na verdade a mudança de entendimento sobre os problemas das crianças, e comportamental dos cuidadores também ocorre. A construção desta percepção, mostrou-se como um efeito das intervenções feitas pelo CAPS aos cuidadores.

Tabela 24

Dialética entre os relacionamentos dos cuidadores e tratamento

O tratamento está relacionado ao empenho dos pais no tratamento

P8: “[...] eu vejo isso, que o desenvolvimento da criança depende do empenho dos pais. E porque o envolvimento dos pais estimula até os profissionais. Porque as vezes ele vai mais lento, não é porque ele não tem condição de ir mais rápido e nem a criança. É porque não tem a parceria em casa! E a pessoa passa um exercício e você não faz! Passa uma dinâmica e você não faz! A criança não sai do lugar! E você fica meses tateando e não sai do lugar!”

P12: “Então assim, eu percebi que eu tinha que levar as coisas que eu aprendia para o meu relacionamento com ela. Eu percebi aqui no CAPSi que no fundo o cuidador é que tem que ouvir. Pra mudar as coisa.”

P18: “Na verdade é muita coisa junto. Treinando os pais, envolvendo os pais é que a coisa toda acontece. [...] Porque depois que passou, o tempo não tem como voltar. Então eu acho que tem que ser tudo junto!”

Aceitar os problemas dos filhos, assim como suas próprias dificuldades, permite um engajamento que motiva os cuidadores a buscarem mais informação, participação e cooperação junto ao tratamento. A persistência no tratamento surge a partir do entendimento de que para o alcance de resultados positivos, há que se ter paciência e respeitar os processos pelos quais sua família está passando. Exemplos que ilustram a categoria encontram-se na Tabela 25.

Tabela 25

Aceitação / Persistência

Os resultados são idiossincráticos e somente virão com o tempo

P8: “[...] então eu tinha muito disso, até quanto tempo a gente vai ter que ficar aqui? O prazo? O tratamento vai terminar quando? E eles precisaram trabalhar muito firme comigo sobre isso. (suspiro)”

P12: “Eu não tenho resultados imediatos. O CAPSi é uma benção, as reuniões, as terapias ocupacionais, os profissionais são excelentes. Só que se alguém traz o filho ou o neto pra cá e gera essa expectativa de imediato, igual esses remédio que você dá e que com 48 horas já tem resultado, aqui não tem não. O resultado aqui ele é com o tempo. Só que ele vem e você vê a mudança da criança com o tempo, você vê que surte um efeito muito gigantesco. ”

P22: “Tem dias que eles têm altos e baixos. Igual com a gente. E as vezes isso é ruim, porque o meu marido reclama. Mas é assim mesmo. Só que nós adultos conseguimos lidar melhor com isso.”

Ao mudarem a forma como entendem e interagem com suas crianças, os cuidadores passam a desenvolver um repertório comportamental mais funcional e de maior aceitação diante das relações interpessoais com as crianças, familiares e

comunidade em geral. Os cuidadores aprendem um novo padrão de interação. A Tabela 26 retrata tais efeitos.

Tabela 26

Os Cuidadores aprendem

Cuidadores mudaram o padrão comportamental deles a partir da interação com o atendimento psicossocial
P1: <i>“Sabe o quê que é hoje ouvi e não importar? Não quer dizer que eu não venha corrigir ele. Eu corrijo ele sim! Na frente das pessoas ou em qualquer lugar. Porque eu sei que a educação vale muito, mas eu aprendi a não dar ouvido para as coisas que vai me deixar triste, me vai me deixar abatida.”</i>
P2: <i>“[...]tem vezes que eu fico muito nervosa assim que não tem como (risos). Mas assim, bater eu não bato; antigamente né, se fosse antes eu já tinha batido.”</i>
P8: <i>“Eu estou dizendo que com o tratamento aqui eu estou aprendendo a me conectar com meu filho [...] e a gente vem de uma criação que os pais sabem mais que o filho, mas eu hoje vejo que não. Eu estou aprendendo a ser mais simples.”</i>
P18: <i>“Depois do atendimento aqui, muita mãe pensa que vai vir porque tem que vir, porque médico é caro e não pode perder a vaga. Mas já acomodou ou deixou de acreditar no filho. Aí com o acompanhamento aqui, passa a despertar. Volta a buscar e a fazer coisas pra desenvolver o filho!”</i>

Na Tabela 27, fragmentos que ilustram o desenvolvimento da autonomia nos cuidadores, ressalta o caráter ativo desenvolvido nos cuidadores a partir das intervenções psicossociais. Cada um passa a desenvolver novas estratégias no seu dia a dia com as crianças, as quais não necessariamente foram ditas declaradamente pelos terapeutas. Os cuidadores criam novas estratégias, e com isso, além da autonomia criativa, também se apropriam da necessidade de assumirem para si este novo papel de cuidador. Porém, agora mais seguro e empoderado da necessidade a conduzir a criação e cuidados de suas crianças.

Tabela 27

Autonomia / Empoderamento dos cuidadores

Cuidadores propõem suas próprias contribuições para a melhora da criança
P2: <i>“Só por tá levando ele assim nos lugares, assim, podendo proporcionar alguma coisa pra ajudar ele; pra mim eu tô achando que foi eu sabe? Porque eu que tô correndo atrás das coisa pra ele.”</i>
P15: <i>“Então assim, eu fui criando algumas regrinhas lá em casa que eu que criei e que não existia, né? Porque a gente vai tendo uma ideia.”</i>
P17: <i>“Eu implementei a rotina da oração. Todo dia tem o horário do santo terço! Foi iniciativa minha!”</i>

Na Tabela 28, a percepção de mudança efetiva nos repertórios infantis, parece fechar um ciclo de mudanças buscadas e esperadas pelos cuidadores. O ciclo que se iniciou nas condições que levaram a busca pelo tratamento em Saúde Mental, e agora sinaliza mudanças importantes comportamentais, que indicam maior adaptação funcional.

Tabela 28

Generalização das melhoras

Mudança de comportamento dos familiares/outros depois do tratamento
P2: <i>“A melhora dele na escola né, o aprender na escola, e um pouco o socializar com as outras crianças [...] ele não gostava muito de dividir as coisa, mas agora não, agora com a vinda aqui, tem mais criança e convive mais com eles.”</i>
P4: <i>“Há ele melhorou! Parou de roer unha! A mudança dele foi tão grande que no CEMEI no ano passado a tia dele perguntou se ele estava tomando remédio. E nunca tomou. ”</i>
P16: <i>“Pela primeira vez, hoje ele tá com 11 anos. Ele faz tratamento desde os dois anos. Meu filho foi escolhido para ser orador da turma dele! Isso me encheu de orgulho! Porque foi a primeira vez que ele foi chamado pra fazer alguma coisa!”</i>
P18: <i>“Hoje ele sabe mais perder. Tolerar mais suas frustrações. Conseguir ficar mais perto de pessoas. Diminuiu muito esse fato de se oprimir. Agora ele está se segurando.”</i>

A percepção de que as mudanças comportamentais tanto das crianças, como dos próprios cuidadores exercem influência sobre o meio familiar / social, pode ser percebida na Tabela 29. Generalizar novos padrões comportamentais para contextos outros que não os terapêuticos, oportuniza uma mudança comportamental de outras pessoas. As conquistas adquiridas nos contextos terapêuticos do CAPS, passam a ser percebidas em contextos externos.

Tabela 29

Mudanças comportamentais da criança

Percepção de melhora da criança
P6: <i>“[...] ai graças a Deus ele parou de roer unha! E parece que quando ele parou a outra filha parou e a minha pequenininha parou também!”</i>
P10: <i>“Lá em casa todos começamos a falar com ela com mais calma. E estamos começando mais a nos encontrar com o resto da família.”</i>
P11: <i>“O meu marido mudou muito com ele, mas é porque ele mudou o comportamento, aí o pai mudou também. Foi vice e versa!”</i>
P12: <i>“O que acontece é que na medida que eu fui mudando com ela, os outros familiares foram seguindo a mesma linha, sabe?”</i>

5 Discussão

A busca pelos ingredientes ativos nos atendimentos dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) a partir da perspectiva dos cuidadores das crianças atendidas, trouxe a oportunidade de dar voz aqueles que de fato estão e são determinantes para os atendimentos infanto-juvenis. A experiência destes cuidadores a partir das vivências e aprendizados neste modelo de atenção, parece promover a consciência de que o tratamento e conseqüentemente a busca da saúde integral é algo que necessita de múltiplos fatores e promotores para a atenção.

Em uma análise contextual, foi possível identificar as condições que levaram as famílias a buscar e se inserir no espaço de atenção à Saúde Mental. Ao verificarmos este contexto, percebemos uma prevalência de fatores relacionais não apenas das dinâmicas de interação das crianças, mas sobretudo dificuldades que os cuidadores experimentam no seu contexto social como: *i*)- médicos e educadores não validarem suas dificuldades e *ii*)- a rejeição dos próprios familiares frente as dificuldades com seus filhos. Ainda neste contexto apareceram *i*)- a preocupação com histórico de doença mental na família e *ii*)- o sentimento de culpa frente o quadro de seus filhos. O que coloca os cuidadores em situação de vulnerabilidade e responsabilização dos problemas enfrentados. Tal contexto parece naturalmente colocar como necessário o acolhimento e cuidado também a este cuidador que já chega no serviço fragilizado e com baixa autoeficácia (Oliveira, Silva & Bardagi, 2018).

O presente achado pode ser associado a outras pesquisas cujo foco são as influências do cuidador sobre os aspectos terapêuticos e funcionais de suas crianças (Maia & Soares, 2019; Beresford, Clarke, & Maddison, 2018; Féres-Carneiro, Melo, Machado, & Magalhães (2017); Guimarães & Ribeiro, 2016; Dias, Neves & Zanini, 2016). Assim como pesquisas que levantam os fatores de risco e proteção à infância (Mesquita-Nalini & Neto,

2019; Gauy e Rocha, 2014). As práticas parentais, influem e estão associadas aos efeitos das intervenções terapêuticas nos filhos, cujos aspectos de comunicação, tipo de habilidades sociais, e estratégias de resolução de conflitos pesam nos relacionamentos familiares.

Outros fatores identificados na literatura e também emergentes na presente pesquisa, são as condições sociohistóricas das famílias. Em que pesem aspectos econômicos, instrucionais, acesso à direitos, e de políticas pública em Saúde Mental no Brasil (Mesquita-Nalini & Vandenberghe, 2019).

Ainda pensando o contexto que leva as famílias a buscarem atendimento infatojuvenil, tem-se que se considerar os caminhos pelos quais estas famílias conseguem acesso aos tratamentos. Assim, como preconizado, observamos que os serviços em sua maioria encontram-se disponíveis (de porta aberta) à população. Os encaminhamentos de profissionais da saúde, educação e proteção à infância de fato parecem ocorrer, advindos tanto da rede particular ou pública de serviços. O que ao menos no início deste processo, indica uma criação de rede de atenção em Saúde Mental dedicados à infância e juventude. Entretanto, os caminhos percorridos pela pesquisadora, apontaram para muitas dificuldades neste campo, que vão desde a ausência de serviços para este público, até a escassez ou ausência de parceria dos serviços que deveriam continuar trabalhando em rede dentro do modelo de matriciamento (Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa & Vasconcelos, 2013; Delfini & Reis, 2012).

Já admitidos no serviço, o que se observa é uma constante contradição e tensão entre fatores que promovem e limitam a atenção em Saúde Mental. Pesquisas cujas temáticas são a busca dos elementos que consideram a eficácia ou efetividade dos tratamentos, apontam para a necessidade de se considerar três aspectos importantes de análise: as características do paciente, do terapeuta e da relação terapêutica (Pieta &

Gomes, 2017; Costa, Wagner, Delatorre & Mosmann, 2017; Peuker, *et al.*, 2009; Yoshida, 1998).

Apesar de em Psicologia encontrarmos mais estudos acerca de eficácia e adesão das terapias (Silvares & Pereira, 2012), a presente pesquisa optou por buscar pelos ingredientes ativos, pautando-se na perspectiva das próprias famílias. Essa aproximação trouxe uma visão que não condiz com a perspectiva linear diagnóstico-remediação-êxito, mas que evidencia que para a eficácia, são necessárias ações e relações multifacetadas de processos. Estudos como os de confiabilidade e significância clínica, buscam analisar por meio de estatística inferencial a validade interna e externa das intervenções psicológicas. Apesar de terem em suas medidas a avaliação dos sujeitos clínicos, a prevalência do método TJ (Jacobson & Truax, 1991) atribui maior peso aos valores encontrados na diferença das avaliações pré e pós intervenção (Del Prette & Del Prette, 2008). A busca qualitativa aqui era pelas condições e contextos necessários para a obtenção de resultado, identificando os atores deste processo, com ênfase na percepção dos cuidadores, assim como as ações por eles desempenhadas.

A perspectiva de ingredientes ativos defendida por Beresford et al. (2018), portanto, melhor se aproxima dos dados emergentes na presente pesquisa. Porém, o estudo de Pieta e Gomes (2017) complementa a complexidade do fenômeno.

Ponto importante foi a constatação de que não encontramos ingredientes singulares que explicam os resultados do acompanhamento psicossocial. A resposta à pergunta inicial, foi encontrada não nos códigos identificados ao longo do processo. Mas se tornaram visíveis nas relações de tensão entre estes eles. Os ingredientes ativos dos tratamentos oferecidos aparecem como consequência das relações e interações percebidas pelos cuidadores. Estes foram organizados no presente modelo em dois grandes eixos

funcionais: *i*)- Relações formais / político administrativas e *ii*)- Relações informais / interpessoais entre usuários e equipe de saúde.

Sem poder oferecer as garantias objetivas de uma análise quantitativa, vale ressaltar, que os elementos geradores de promoção à atenção psicossocial, foram mais citados pelos cuidadores, resultando na criação de oito códigos promotores contra seis limitadores no primeiro eixo e sete códigos promotores no segundo eixo contra quatro códigos limitantes. O que contribui para uma perspectiva de que mesmo com muitas limitações econômicas, estruturais, administrativas e regimentais (Mesquita-Nalini & Vandenberghe, 2019b) os CAPS têm contribuído com mais ações promotoras do que com complicadores e ou limitadores nas ações. Estes últimos, além de indicarem pontos para futuras intervenções até mesmo políticas de ajuste, também em conjunto com os fatores promotores de atenção elucidam a partir de um esquema conceitual os elementos ativos que todo e qualquer programa de atenção em saúde, público ou privado, voltado para famílias e suas crianças, em intervenções individuais ou grupais poderão se espelhar.

No meso-nível situamos as Relações formais / político administrativas, as quais podem ser comparadas aos achados de Pieta e Gomes (2017) quando considera entre outros, os fatores socioculturais como importantes na efetividade dos atendimentos. Neste eixo, foi possível identificar como ingredientes ativos: (a) adesão, (b) legitimização das dificuldades e reconhecimento de direitos, (c) o trabalho da equipe e (d) a intervenção médica. A construção de um espaço de exercício da cidadania, em que suas dificuldades são reconhecidas e acolhidas, criam um contexto de acolhimento e respeito com as dificuldades do cuidador. A flexibilidade das ações terapêuticas também pode ajudar o cuidador a perceber que apesar de um contexto geral e coletivo, em que seus casos se repetem em semelhanças com tantos outros ali participantes, é tratado com sua legítima individualidade, o que Pieta e Gomes (2017) consideram como a importância em adaptar

a terapia as necessidades e expectativas do paciente. O sigilo terapêutico garantido aos atendimentos infantojuvenis, pode aqui ser melhor avaliado pelas equipes, uma vez que para que o cuidador tenha ciência das ações à eles dedicados, parece ser importante o conhecimento não dos conteúdos oriundos das sessões, mas a ciência das atividades que compõem os programas terapêuticos. Assim como a garantia do acesso ao atendimento médico e medicamentoso continua tendo grande espaço. Este eixo também retrata as ações amplas advindas das políticas públicas que podem ser retroalimentadas pelas experiências vivenciadas neste espaço político administrativo da Saúde Mental.

A importância destacada ao médico e à medicação merecem reflexiva atenção. Parte desta percepção pode ser explicada pelo fato de que historicamente o profissional de medicina, bem como a medicação por ele prescrita, é culturalmente enaltecida e reconhecida como determinante para a atenção à saúde, visto práticas recorrentes de maior atenção secundária nas intervenções em saúde mental no nosso país (Mesquita-Nalini & Vandenberghe, 2019b). Principalmente porque a organização político-administrativa, tem na sua gestão critérios médicos para entrada e permanência nos CAPS, como: avaliação médica, diagnóstico (cuja função atende demandas de outros setores da sociedade, como escola, por exemplo) e frequência nos demais atendimentos como condição para permanecer com o direito de continuar com os atendimentos médicos. Da mesma maneira, o uso comum de medicação por aqueles usuários que passam pelo atendimento médico torna o uso da medicação como indissociado do atendimento psicossocial, tomando como fator relevante o fato de mais de um terço dos cuidadores fazerem eles mesmos uso de medicação psicotrópica.

Ainda dentro do primeiro eixo, um dos fatores limitantes emergentes dentro da categoria 'legitimidade' das dificuldades e reconhecimento de direitos, ressaltamos a prevalência de mães nos atendimentos (Silva, 2000). A baixa participação de outros

cuidadores da família, que é um microssistema, indica uma situação recorrente e já naturalizada de associação da educação dos filhos à figuras maternas. O fato é que o perfil de disfuncionabilidade das mães, com altos índices de adoecimento mental, apontam para a necessidade do envolvimento dos serviços voltados aos familiares de envolverem mais os demais cuidadores. Criação de estratégias para este envolvimento podem ser determinantes para o alívio das tensões e crises administradas pelas mães.

O segundo eixo funcional das Relações informais / interpessoais entre usuários e equipe de saúde, também no meso-nível, trazem os seguintes ingredientes ativos: (a)- Acolhimento / Tratamento dos cuidadores, (b)- Orientação / Contextualização, (c)- Instrumentalização / Ensino. Apoio social aparece neste eixo associado à necessidade de habilidades parentais.

Observe que cada categoria foi composta por dois nomes representando polos do fenômeno. Isto deveu-se ao fato de que um elemento apresentou relação direta com o outro. Ou seja, acolhimento das demandas e dificuldades dos cuidadores foi percebida associada as ações diretas dedicadas aos cuidadores. Estas intervenções tinham amplas funções, sendo que a primeira categoria estava explicitando entre outras coisas a percepção de que todas as intervenções dedicadas aos cuidadores eram também formas de atendimento.

As orientações que vinham desde os profissionais até as contribuições de outros cuidadores que dividem esta experiência nas interações de grupo, foram entendidas como muito importantes para que estes cuidadores se sentissem orientados diante de um contexto em que na maioria não apresentavam repertórios de resolutividade. Também redimensionaram o tamanho de suas dificuldades e limitações reconstruindo conceitos sobre as crises que eles avaliavam ter e que foram reconfigurados na convivência com seus pares.

Sendo assim, é possível considerar, no micro nível, que ao instrumentalizar novos repertórios de enfrentamento, incluindo aqui a especialidade técnica e humana dos profissionais coordenadores dos grupos de pais, os cuidadores se percebem de fato aprendendo novas habilidades. Ponto importante é a percepção de que a formação do coordenador do grupo não atinge status de importância. Mas sim a credibilidade das orientações associadas a segurança proporcionada por elas. A importância do *feedback* diante dos comportamentos que a partir da interação com os novos aprendizados foi enaltecida, ressalta uma necessidade premente de retorno (como certo e errado) e de diretriz para os novos comportamentos modelados. Este aspecto pode ser associado aos achados encontrados nas pesquisas de treino de pais e/ou treino de habilidades parentais da literatura (Guimarães & Ribeiro, 2016, Leme & Bolsoni-Silva, 2010). Entretanto, fazemos uma ressalva de que os processos de ensino destas novas habilidades, não podem de acordo com os dados emergentes, indicar modelos fechados de intervenção parental. A aplicação rígida de protocolos, parece gerar um clima impessoal e raso dos casos e a individualização das intervenções são mesmo avaliadas como ingredientes ativos nas relações terapêuticas (Pieta & Gomes, 2017). O presente modelo, aponta para a necessidade da criação de intervenções em que mesclam caminhos claros com *feedbacks* aos usuários, os quais podem trazer a percepção de segurança, apoio e orientação, mas que sejam capazes de apresentarem-se de maneira flexível e adaptada às individualidades e demandas destes participantes. Neste sentido, vemos uma similaridade com os ingredientes apontados por Beresford, *et al* (2018) sobre as técnicas escolhidas para intervenção e características dos terapeutas; bem como a variabilidade do repertório do terapeuta e aliança terapêutica mencionados por Pieta e Gomes (2017).

As relações interpessoais, foram associadas neste modelo a elementos moderadores dos processos interventivos. Eles variaram desde (a)- a avaliação de que o

tempo dedicado aos grupos de orientação aos pais tem sido insuficiente; (b)-a percepção de que apesar do modelo preconizar ações matriciais, quando outras intervenções feitas por agentes externos ao CAPS, podem conflitar, (c)- a percepção de que os serviços de saúde mental da rede não se comunicam e (d)- a avaliação de que o tempo histórico com os fatores socioculturais de cada época interferem na avaliação e percepção dos comportamentos apresentados por seus filhos. Destes agentes moderadores, os três primeiros são de fato os únicos que podem por medida de ação direta ser ajustado pelas equipes. Mecanismos de avaliação dos cuidadores, bem como verificação das intervenções externas tendo como ponto de informação tanto os cuidadores como os diálogos necessários ao atendimento matricial, poderiam ser suficientes. Entretanto, o fator histórico cultural, deve ser considerado como uma fonte de análise contextual inclusive para os próprios cuidadores. Uma vez que em linhas gerais o que se pretende com as intervenções psicossociais são uma melhor adaptação e funcionabilidade comportamental de todos.

Os efeitos das intervenções psicossociais coroam todo o trabalho realizado a partir da inserção da criança no serviço de atenção psicossocial, uma vez que as categorias emergentes que constituem este eixo, traduzem em últimas análises a realização dos objetivos da busca do atendimento: (a)- Dialética entre a interação cuidador, criança e o tratamento; (b)- Aceitação / Persistência; (c)- Aprendizagem; (d)- Autonomia; (e)- O tratamento psicossocial ajudou nas mudanças comportamentais da criança e (f)- Generalização. A interferência direta sobre os comportamentos de suas crianças, assim como o efeito dos seus comportamentos diante dos outros membros do grupo social, de fato emerge da percepção dos cuidadores. Aceitar as limitações e as condições relacionais e de desempenho de suas crianças, permite tanto o engajamento ao tratamento, assim como uma postura persistente na estimulação dos menores. Com o desenvolvimento

destas novas habilidades comportamentais, os cuidadores podem agir de maneira criativa e independente, aplicando em contextos externos ao ambiente terapêutico tais habilidades de manejo. A melhora comportamental e sintomatológica do filho acontece. Assim como as interações sociais em contextos externos onde as mudanças comportamentais tanto da criança, como do cuidador, servem como um novo modelo de interação para outros membros familiares e/ou do grupo social. Uma postura ativa dos cuidadores emerge e ganham novos espaços de relação.

Os dados obtidos a partir deste estudo de *Grounded Theory*, possibilitou a pesquisadora encontrar de maneira genuína a resposta sobre os ingredientes ativos dos programas de atendimento psicossociais infantojuvenis. Os objetivos geral e específicos foram um a um atendidos na medida que as categorias emergiam das entrevistas realizadas. 1)- A necessidade dos cuidadores ao buscar ajuda e as dificuldades percebidas possibilitou a criação da categoria 'condições', a qual pode ser compreendida a partir a)- das dificuldades no caminho da busca de ajuda e b)- a inserção no serviço de saúde mental. 2)- As necessidades dos cuidadores ao buscar e de que maneira ajuda foram atendidas, assim como 3)- a percepção dos cuidadores acerca de como, de que forma e por quê as intervenções recebidas nos atendimentos de orientação parental contribuem para o êxito almejado, possibilitaram a criação dos dois eixos centrais da Pesquisa: a)- Relações formais/ político administrativas e b)- relações informais/ interpessoais. Todo o quadro conceitual, nos possibilitou identificar os elementos ativos como ações e interações que coexistem neste espaço de atenção à saúde.

Este modelo com os eixos *i)*- Relações formais / político administrativas e *ii)*- Relações informais / interpessoais entre usuários e equipe de saúde, traz um norte diferente daqueles encontrados sobre eficácia e eficiência. Este modelo trouxe conteúdos mais enfatizados, como por exemplo considera a importância do acolhimento com ações

concretas e claras dedicadas especialmente aos cuidadores e não apenas ações de gestão das filas de espera, ou demonstração de afeto.

A vantagem epistêmica dada aos participantes, trouxe a oportunidade de trazer aos espaços profissionais de aperfeiçoamento e capacitação continuada das equipes, uma nova dimensão, visão e percepção dos elementos ativos nos espaços de discussão coletivos, oportunizando novos conceitos e conseqüentemente modulando novas práticas.

Outro aspecto, que ao ver desta pesquisa retrata a expressão real da vantagem epistêmicas aqui perseguida, é a necessidade de as equipes multiprofissionais trabalharem e redimensionarem seus status e papéis dentro da equipe multidisciplinar. Se por um lado a formação dos coordenadores dos grupos de pais não parece ter importância, mas sim a segurança e a aplicabilidades das orientações, por outro o médico, continua assumindo papel de destaque sobretudo porque para além do recurso medicamentoso, ele é o profissional que traz nome (diagnóstico) para as dificuldades enfrentadas por suas crianças. Sendo assim, a despeito das explicações político-históricas envolvidas, a presente pesquisa também deseja contribuir para o enfrentamento desta realidade relatada pelas famílias aqui entrevistadas, com vistas a uma nova elaboração primeiramente destas equipes profissionais as quais atuam igualmente para o sucesso das intervenções.

Por questões de medidas estatísticas, as quais não foram de fato consideradas para o delineamento desta pesquisa, não podemos afirmar que estes dados são representativos da região de Goiás. Mas podemos considerar que a amostra retrata parte da capital goiana e do interior de Goiás. Podendo assim, servir de consulta na avaliação dos seus serviços em saúde mental dedicados à infância e juventude. Para este desdobramento, esta pesquisa não pode ser tratada como uma avaliação direta dos serviços, mas como um instrumento que auxiliará as equipes técnicas e seus gestores a

verificarem se em seus programas de atendimento, os ingredientes ativos aqui propostos são reconhecidos entre suas ações e interações.

Pesquisas que alinhem uma forma de avaliação quantitativa, associados a mais dados qualitativos como estes poderão sem dúvida servir no futuro de material instrumental para orientação aos serviços de saúde, profissionais da área, estudantes em formação, assim como à gestores que pensam as políticas de Saúde Mental infanto-juvenil.

6 Referências

- Beresford, B., Clarke, S. & Maddison, J. (2018) Meeting children's therapy needs: parents' views and experiences em B. Beresfordo, S. Clarke & J. Maddison (orgs.). *Therapy interventions for children with neurodisabilities: a qualitative scoping study* n.22.3 Southampton (Reino Unido): NIHR Journals Library . Recuperado em 7 de setembro, 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476015/>
- Brasil (1998) Representação da UNESCO no Brasil. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Brasília. Recuperado em 20 de agosto, 2017 de BR/1998/PI/H/4 VEV.
- Brasil (1990) Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Recuperado em 09/12/2019 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Brasil (1990) *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispões sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 03 de setembro, 2018 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998) The ecology of developmental processes. In: Damon, W., & Lerner, R. M. (orgs.). *Handbook of child psychology*, v. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley. p. 993-1028.
- Charmaz, K. (2009). A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Trad. de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Charmaz, K. (2016). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. Rohnert Park, CA, USA, July 25, pp. 1-12. DOI: 10.1177/1077800416657105
- Canheta, A. B. S. (2001). *A Dialética na Terapia Comportamental*. Artigo apresentado como conclusão de graduação, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil.
- Capelatto, I., & Filho, J. M. (2015). *Cuidado, Afeto e Limites – uma combinação possível*. Campinas/SP: Papyrus 7 Mares.
- Coppede, A. S. M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: alcances e limites*. Dissertação de mestrado, Universidade de Católica de Goiás, Goiânia, Brasil.
- Costa, C. B. da; Wagner, A.; Delatorre, M. Z. & Mosmann, C. P. (2017). Terapia de Casal e Estratégias de Resolução de Conflito: Uma Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 208-223.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2008). Significância Clínica e Mudança Confiável na Avaliação de Intervenções Psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505.
- Delfini, P.S.S., & Reis, A. O. A. (2012) Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública* [online]., 28(2), 357-366. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.

- Dias, D. O. P., Neves S. M. M., & Zanini, D. S. (2016). Índice de Massa Corpórea, Competência Social e Problemas de Comportamento de Crianças e Cuidadores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-6.
- Duarte, A. da S.S. (2002). *Efeito da hidroxiiureia e progesterona na regulação da transcrição do gene da gama globina*. 93p. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311959>.
- Eysenck, H. J. (1952). The effectiveness of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Féres-Carneiro, T., Melo, R., Machado, R. N. & Magalhães, A. S. (2017). Falhas na Comunicação: Queixas Secundárias para Demandas Primárias em Psicoterapia de Família. *Temas em Psicologia*, 25(4), 1773-1783. DOI: 10.9788/TP2017.4-13Pt
- Gauy, F. V. & Rocha, M. M. (2014). Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas em Psicologia*, 22(4), 783-793. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-09>
- Gauy, F. V. (2016). Crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais têm necessidade de políticas de inclusão escolar? *Educar em Revista*, 59, 79-95.
- Glenn, S. (2005) Metacontingências em Walden Dois. In: J. C., Todorov, R. C. Martone, & M. B. Moreira (orgs.). *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. Santo André: ESETEC, (1986/2005). p. 13-28.
- Guimarães, J. S. & Ribeiro, M. R. (2016). *Escola de Pais: Treinamento de Práticas Educativas Parentais para a Primeira Infância*. Relatório de projeto de Iniciação Científica. UniCEUB-Brasília-DF. DOI: <http://dx.doi.org/10.5102/pic.n1.2015.5427>
- Hall, S. (2006). *A Identidade Cultural na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A Editora.
- Hoffmann, T., Glasziou, P., Boutron, I, Perera, R, Moher, D, Altman, D. *et al.* (2014) Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. Recuperado em 3 de setembro de 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Lawrence, J. & Tar, U. (2013). *The use of grounded theory technique as a practical tool for qualitative data collection and analysis*. The electronic journal of business research methods Volume 11 Issue 1 (pp. 29-40).
- Leite, F. (2015). Raciocínios e Procedimentos da *Grounded Theory* Construtivista. *Questões Transversais – Revista de Epistemologias da Comunicação*, 3(6), 76-85.

- Leme, V. B. R. & Bolsoni-Silva, A. T. (2010). Habilidades sociais parentais e comportamentos de pré-escolares. *Estudos de Psicologia*, 15(2), 161-173. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de www.scielo.br/epsic
- Maia, F. A. & Soares, A. B. (2019). Diferenças nas práticas parentais de pais e mães e a percepção de filhos adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(1), 59-82. DOI: 10.5433/2236-6407.2019v10n1p59
- McCleary, N., Duncan, E., Stewart, F., & Francis J. (2013). Active ingredients are reported more often for pharmacologic than non-pharmacologic interventions: an illustrative review of reporting practices in titles and abstracts. *Trials*, 14, 146. 10.1186/1745-6215-14-146 Recuperado em 01 de setembro de 2019 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Mesquita-Nalini, K. D., & Neto, S. B. C. (2019). Preditores de risco para interações parentais de famílias brasileiras: Uma revisão sistemática da literatura. Manuscrito submetido à publicação.
- Mesquita-Nalini, K. D. & Vandenberghe, L. (2019) *Origem, Caminhos e Contribuições da Teoria Fundamentada em Dados para a Pesquisa Qualitativa: uma pesquisa de processos*. Manuscrito não publicado.
- Mesquita-Nalini, K. D. & Vandenberghe, L. M. A. (2019b). *As Condições político-financeiras dos Serviços dedicados à infância e juventude em Saúde Mental: diretrizes documentais, repasses e metas que não dialogam*. Manuscrito não publicado.
- Mosmann, C. P., Costa, C. B. da, Einsfeld, P., Silva, A. G. M. da, & Koch, C. (2017). Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 34(4), 487-498. Recuperado em 10 de janeiro, 2019 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-166X2017000400487&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.
- Murta, S. G. (2008). *Programa de habilidades de vida para adolescentes: um manual para adolescentes*. Goiânia: Porã Cultural.
- Oliveira, D.; Siqueira, A. C.; Dell’Aglío, D. D. & Lopes, R. C. S. (2008). Impacto das Configurações Familiares no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes: Uma revisão da Produção Científica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Interação em Psicologia*, 12(1), 87-98.
- Oliveira, T. F., Silva, N. & Bardagi, M P. (2018). Aspectos Históricos e Epistemológicos sobre Crenças de Autoeficácia: Uma Revisão da Literatura. *Barbarói*, 51, 113-153. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v51il.6391>
- Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação de Transtornos mentais e comportamentais. 10a rev. São Paulo.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araújo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445.

- Pieta, M. A. M. & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143, janeiro-junho Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2017.101.10
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Acessibilidade e Resolutibilidade em Saúde Mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência &Saude Coletiva* 18(7), 2157-2166.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia centrada no paciente*. (M. C. Ferreira Trad. Lisboa: Moraes Editores. (Originalmente publicado em 1951).
- Run-Liang Xia, Shi-Wei Qu, (2017). An array of wide-bandwidth wide-angle scanning 1-D microstrip patch., *Antennas and Propagation (EUCAP) 2017 11th European Conference*, 1079-1082. DOI: 10.23919
- Salinas-Oñate, N., Ortiz, M. S., Baeza-Riviera, M. J., & Betancourt, H. (2017). Desarrollo de um instrumento culturalmente pertinente para medir creencias em psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 35(1), 15-22.
- Silva, A. T. B. (2000). *Problemas de comportamento e comportamentos socialmente adequados: sua relação com as habilidades sociais educativas de pais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil.
- Silvares, E. F. de M., & Pereira, R. F. (2012). Adesão em saúde e psicoterapia: conceituação e aplicação na enurese noturna. *Psicologia USP*, 23(3), 539-558. Epub October 09, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642012005000012>
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Sampaio, R. F., & Mancine, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11 (1), 83-89.
- Santana, M. R. M., Silva, M. M. da, Moraes, D. S. de, Fukuda, C. C., Freitas, L. H., Ramos, M. E. *et al.* (2015). Versão em português brasileiro do CORE-OM: adaptação transcultural de um instrumento para avaliar a eficácia e efetividade da psicoterapia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 227-231. doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0002
- Santos, J. L. G., Cunha, K. S., Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. (2018). Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Rev Esc Enferm USP*, 52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>
- Strauss A, & Corbin J. (2008) *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Strauss, A. L. (1987) *Qualitative Analysis For Social Scientists*, University of Cambridge, Inglaterra, Reino Unido.
- Vandenberghe, L. M. A., & Spirandelli, L. A. dos R. (2004) Integridade do tratamento e eficácia da Terapia Comportamental na perspectiva do cliente. *Estudos*, 31, 205-218.

- Weber, L., & Tavangar, R. (2017). On the influence of active element content on the thermal conductivity and thermal expansion of Cu–X (X= Cr, B) diamond composites. Elsevier, 57(11), 988-99. doi.org/10.1016/j.scriptamat.2007.08.007
- Wang, G., & Vasquez, K; M., (2007). *Z-DNA, an active element in the genome*
Department of Carcinogenesis, University of Texas M.D. Anderson Cancer Center,
Science Park-Research Division, Frontiers in Bioscience 12, May 1. pp. 4424-4438
DOI: 10.2741 / 2399
- Yoshida, E. M. P. (1998) *Avaliação de mudança em processos terapêuticos*. Psicol. Esc. Educ., 2(2), 115-127.
- Zurba, M. do C. (2012). *Psicologia e Saúde coletiva*. Florianópolis: Tribo da Ilha.

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **INGREDIENTES ATIVOS NOS ATENDIMENTOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS) NA PERSPECTIVA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS ATENDIDAS: UMA GROUDED THEORY ANÁLISE**. Meu nome é Karine D. Mesquita Nalini, sou coordenadora deste projeto. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa: no telefone: (62) 99232-3035, ou através do e-mail kdmesquita@yahoo.com.br. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

I. Os esclarecimentos da pesquisa ocorrerão antes da assinatura do TCLE, em sala específica e com a presença da pesquisadora, coordenadora da pesquisa.

II. A pesquisa se justifica pela crescente dificuldade nos relacionamentos entre pais e filhos, sobretudo pelo crescente aumento de atendimento à famílias por modelos psicossociais de atendimento em saúde mental infanto-juvenil. Assim como pela necessidade de se descobrir quais são realmente os ingredientes ativos que provocam a mudança terapêutica, principalmente quando verificamos o caráter de abalo significativo que os períodos de crise impõem às vidas das pessoas.

III. O objetivo primário da pesquisa é identificar e analisar os ingredientes ativos nos programas psicossociais para a superação das crises entre pais e filhos, a partir da perspectiva dos cuidadores.

IV. A metodologia a ser utilizada será a entrevista semiestruturada. O registro de áudio acontecerá durante toda a sessão, cuja duração não deverá ultrapassar 60 minutos corridos, e será literalmente transcrito posteriormente para arquivos de texto. Ainda durante a sessão, a pesquisadora poderá fazer anotações de questões que por algum

motivo lhe chamar a atenção. Além das entrevistas, não será feita nenhuma intervenção junto ao participante.

V. Você pode se sentir exposto ao participar da entrevista, por entender que a sua intimidade familiar estará sendo investigada, ou até se sentir incomodado ou julgado por não ter “dado conta” de resolver os problemas com seu filho. Sentimentos que relembre os conflitos vividos também podem retornar durante a entrevista. Para evitar tais dificuldades, no momento da leitura do termo livre esclarecido o participante da pesquisa será informado e terá garantida sua total liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento. Diante disso, o pesquisador estará à disposição para oferecer todo apoio psicológico necessário.

VI. Existem estudos que apontam para a existência de muitos benefícios nos atendimentos oferecidos aos cuidadores em grupos específicos de pais ou treino de pais. Desta forma, para o participante desta pesquisa que já tiver recebido alta dos serviços, a situação da entrevista poderá lembrá-lo das orientações e estratégias utilizadas para sair das crises familiares, funcionando como momento de revisão em que tais recursos serão de alguma maneira lembrados e reforçados. Para o que ainda estiver em atendimento, também poderá servir como uma situação de reforço das estratégias discutidas nos grupos. Participar da pesquisa poderá também auxiliar na contribuição do aprimoramento dos serviços de atendimentos psicossociais oferecidos.

VII. Você receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

VIII. A qualquer momento você poderá recusar participar ou retirar-se da pesquisa, sem penalização alguma. Também, assegura-se o sigilo das informações confidenciais ao Pesquisador e outrem por ele designado;

IX. Esta pesquisa não implicará em nenhum custo a você. Quando ocorrerem custos imprevistos, você será ressarcido (a).

X. Mesmo com todos os cuidados éticos da pesquisa se mesmo assim você sentir-se lesado (a) terá o direito de recorrer a justiça. Você terá direito a indenização em caso de danos decorrentes do estudo.

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora Karine Dutra Mesquita Nalini sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, ____, de _____, de 201_.

_____/_____/_____
Assinatura do participante Data

_____/_____/_____
Assinatura do pesquisador Data

Anexo 2

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA / QUESTÕES NORTEADORAS

QUESTÕES PRELIMINARES

- 1)- Quanto tempo ficou ou está em atendimento?
- 2)- Qual foi a sugestão de atendimentos? (Individual, familiar, grupo de pais, escolar, etc.)
- 3)- Quais progressos foram obtidos?

INÍCIO E EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

- 4)- Motivos que levou a buscar o serviço/ atendimento
- 5)- Como foi a avaliação inicial? Descreva.
- 6)- Como foi a devolutiva da avaliação inicial? Achou que isso foi importante?

PROGRAMA TERAPÊUTICO

- 5)- O que foi mais importante ou determinante para o tratamento de seu filho?
- 6)- O que os profissionais fizeram que ajudou mais seu filho

ADESÃO / VÍNCULO DOS PAIS COM O SERVIÇO

- 6)- Como você recebeu as primeiras orientações? Quais foram seus pensamentos? Emoções? Como agiu?
- 7)- Teve que mudar algo na sua forma inicial de lidar com seu filho? E essa mudança foi útil.
- 9)- A comunicação com os profissionais foi clara? Como você avalia as orientações recebidas?
- 10)- Como foi para você lidar com essas orientações? Funcionaram bem para vocês?
- 11)- Qual foi sua própria contribuição para a melhora do problema?

O CONTATO COM O GRUPO DE PAIS

- 12)- O contato com outros pais ajudou? No que acha que isso ajudou?
- 13)- Outros membros da sua família participaram dos atendimentos? Caso sim, de que forma ajudou ou dificultou?
- 14)- O que foi mais importante ou de maior ajuda na sua participação no grupo?
- 15)- Tem algo que você gostaria de mudar no contato com o Grupo de pais?
- 16)- Você entende que também estava em atendimento quando estava participando do Grupo de pais? Ou não?
- 17)- Se não, o que avalia que você estava fazendo quando estava participando do Grupo de Pais?

GENERALIZAÇÃO

- 18)- Os membros da família que não participaram ativamente das atividades de grupo, passaram a mudar seus comportamentos em relação ao seu filho em casa depois do início do tratamento? Caso sim, como foi isso?
- 19)- Você acredita que mudanças na sua relação com seu filho, influenciaram outras pessoas da família ou da comunidade? De que forma?
- 20)- De que forma, uma mudança do comportamento do seu filho poderá ajudá-lo ter relações com amigos e familiares diferentes? Isso já aconteceu?

Anexo 3

Karine Dutra Mesquita-Nalini¹⁴Prof. Dr. Luc Vandenberghe¹⁵

Artigo 2:

As Condições político-financeiras dos Serviços dedicados à Infância e Juventude em Saúde Mental: diretrizes documentais, repasses e metas que não dialogam

Goiânia

Setembro de 2019

¹⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (PSSP). Linha - Saúde: processos, avaliação e intervenção. Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Endereço: Campus I PUC Goiás, Área IV, Bloco A (1º andar). Av. Universitária. nº 1440, Setor Universitário, Goiânia (Goiás) / CEP: 74.810-210. *E-mail*: kdmesquita@yahoo.com.br

¹⁵ Orientador desta pesquisa. *E-mail*: luc.m.vandenberghe@gmail.com

As Condições político-financeiras dos Serviços dedicados à Infância e Juventude em Saúde Mental: diretrizes documentais, repasses e metas que não dialogam^{16 17}

Karine Dutra Mesquita Nalini¹⁸

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).
kdmesquita@yahoo.com.br

Luc Vandenberghe¹⁹

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

Resumo

Em uma análise qualitativa de dados secundários disponíveis no portal SAGE do Ministério da Saúde, a presente pesquisa tenta correlacionar o histórico de repasses financeiros fundo a fundo no período de 2013 à 2017 para as RAPS e mais aprofundadamente, para os CAPSi brasileiros, verticalizando para o estado de Goiás. Como pano de fundo para a análise, buscou-se analisar o cenário das políticas públicas para a Saúde Mental, sobretudo infanto-juvenil, a partir da Emenda Constitucional 95/2016, Resolução 32/2017 e Portaria nº 3.659/2018. As novas diretrizes governamentais têm se mostrado limitantes para a manutenção dos CAPS, assim como tem apontado para retrocessos significativos no que tange a Reforma psiquiátrica e a Lei 10.216/2001. Além de estar contrária ao que órgãos internacionais, como a ONU, a qual o Brasil tem sido pactuado vêm preconizando como metas para a infância no Plano de Ação para a Saúde Mental de 2013 a 2020.

Palavras Chave: *financiamento, saúde mental infanto-juvenil, CAPSi, políticas públicas, metas.*

1- INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) oferece atendimento e acolhimento para uma vasta gama de demandas oriundos de diferentes problemas e

¹⁶ Artigo desenvolvido para atender a questões emergentes na coleta de dados da dissertação de mestrado em construção da primeira autora: **Elementos Ativos nos Atendimentos dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) na Perspectiva de Cuidadores de Crianças Atendidas: uma Grouded Theory Análise**, a qual fundamenta-se na metodologia de análise qualitativa crítica da *Grouded Theory Análise* (Charmaz, 2016).

¹⁷ Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) nº. 201810267000564.

^{18 4} Endereço: Campus I PUC Goiás, Área IV, Bloco A (1º andar). Av. Universitária. nº 1440, Setor Universitário, Goiânia (Goiás) / CEP: 74.810-210

sofrimentos humanos. Ela preconiza que a porta de entrada para este cuidado devem ser as equipes de Atenção Básica, sobretudo para aqueles casos que se referem especialmente às situações cotidianas ou aos sofrimentos temporários. Entretanto, para outros casos, tidos como mais graves, persistentes e intensos, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (Ministério da Saúde, Brasil, 2018b).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca a articulação de uma série de serviços e propostas que objetivam o fortalecimento desta nova perspectiva de cuidado. A partir da RAPS, encontramos três frentes de atenção: 1)- as Unidades de Acolhimento (UA)²⁰, 2)- os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e 3)- Estratégias de Reabilitação Psicossocial²¹.

O CAPS surge como uma resposta às demandas sociais, as quais a partir da promulgação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, busca por um atendimento integral e humanizado em saúde mental. Ele permite uma redefinição essencial desde o acolhimento dos usuários ao sistema de saúde mental, como o caminho percorrido e o modelo de atendimento propriamente dito. A institucionalização, a segregação e o modelo médico-centrado de atendimento entram em declínio, deixando para trás muitas histórias de violência, negligência e ineficácia dos serviços prestados àqueles que sofriam com a doença mental²².

²⁰ São casas onde receberão e acolherão dependentes químicos os quais estarão recebendo atendimento em outras frentes da RAPS, permanecendo por período determinado e transitório, sendo do tipo Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) para maiores de 18 anos de ambos os sexos e Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI) para jovens entre 10 e 18 anos incompletos ambos os sexos. (Ministério da Saúde, Brasil, 2018b).

²¹ Compreendidas como práticas que visam promover a autonomia, cidadania e o protagonismo de usuários e familiares atendidos pela RAPS. As ações contam com o suporte da portaria 132 de 26 de janeiro de 2012 (que garante suporte financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS do SUS, e do decreto 8.163 de 20 de dezembro de 2013 (que regulamenta o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social). (Ministério da Saúde, Brasil, 2018b).

²² Para aprofundar sobre as raízes históricas e a maneira como a doença mental foi tratada inicialmente, sugerimos FOUCAULT, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Faz-se importante considerar, que desde seu início os CAPS apareceram, portanto, como um local que precisaria representar nele mesmo o espaço de construção e promoção de saúde integrada à sociedade, com um usuário inserido em seu próprio contexto, mas protegido por orientações e conduções política e técnica especializadas. Mas como qualquer ideia ou projeto, eles não nasceram prontos ou sequer parecidos com o que temos atualmente. Tanto os espaços como os serviços ofertados foram ao longo destes anos sendo construídos no fazer e na relação com os conceitos técnicos científicos da saúde, respaldados por uma legislação e a nova política pública de saúde mental. Apenas o aumento do número de CAPS foi, durante um tempo, o principal indicador de sucesso da reforma psiquiátrica (Liberato, 2009).

Reconhecido como serviço especializado, o CAPS caracterizou-se pelo auxílio de maneira integral em um atendimento diário e ao exercício da cidadania. Considerado um ponto de atenção estratégico para a RAPS, tanto nas situações de crise, persistentes e nos processos de reabilitação psicossocial, podem ser classificados de acordo com porte/complexidade e abrangência populacional (Zaniani, 2015).

Nas duas seções a seguir apresentamos como os CAPS se constituíram, tanto do ponto de vista estruturante quanto da legislação, e sua função enquanto política pública para a saúde. Realizamos uma reflexão sobre as limitações que se impõem a este programa, a partir de algumas ações governamentais.

Atenção em Saúde Mental à infância e juventude: o papel do CAPSi

Um novo marco para a saúde mental, surge em 2001 com a aprovação da Lei 10.216. Esta legislação foi resultado de 12 anos de discussão no congresso brasileiro, com base tanto na Constituição Federal de 1988, como no movimento da Reforma Sanitária, o que trouxe a abertura de novos horizontes. Parte do princípio de que a assistência às

peças com transtornos e sofrimentos mentais deve ser oferecida de maneira aberta, onde os usuários estão livres. Os cuidados devem ser ofertados nos locais próximos ao território de vida das pessoas, buscando o envolvimento e a participação da família e da sociedade. Com este modelo seria possível a garantia do exercício dos direitos e da cidadania de todos, independentemente de diagnósticos (Brasil, 2017b).

Dez anos depois, a partir da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, todos os CAPS passam a atender ambos os sexos e de qualquer faixa etária (com exceção ao CAPSi), incluindo usuários de crack, álcool e outras drogas. O que vai diferenciar um do outro é a quantidade de habitantes ao qual ele está referenciado e a disponibilidade do horário de atendimento.

Quadro 1: Tipos de CAPS a partir da portaria 3.088/11

Tipo	Referência População	Período de funcionamento	Público	Demanda
CAPS I	20 mil habitantes	Dia	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes e uso de crack, álcool e outras drogas
CAPS II	70 mil habitantes	Dia	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes e uso de crack, álcool e outras drogas
CAPSi	150 mil habitantes	Dia	crianças e adolescentes	transtornos mentais graves e persistentes e uso de crack, álcool e outras drogas
CAPS ad	70 mil habitantes	Dia	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes e uso de crack, álcool e outras drogas
CAPS III	200 mil habitantes	Dia/Noite (24 hs)	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes e uso de crack, álcool e outras drogas
CAPS ad III	200 mil habitantes	Dia/Noite (24 hs)	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes e uso de crack, álcool e outras drogas

Fonte: Portaria 3.088/11 disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html>

Em 2001 na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, a infância e a juventude passam a ser consideradas a partir de novas perspectivas de acordo com os cuidados em saúde mental. Levanta-se a urgência de ações político-

assistenciais elaborando propostas que tratavam desde questões referentes ao financiamento, profissionais, controle social e a garantia do direito à cidadania. Logo em seguida, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 – também chamada de IV CNSM-Intersetorial –, em Brasília-DF, as ações pensadas de maneira intersetorial chamam ao diálogo a Educação, Juizado, Promotoria, Concelhos Municipais de Saúde, Conselhos Tutelares e Rede Nacional dos direitos Humanos (Zaniani, 2015).

Em documento “Carta de Bauru – 30 anos” (2017), em um evento que reuniram familiares, profissionais, representantes da sociedade civil, dos CAPS e das comissões Intergestores Tripartite, escreveram um manifesto incluindo a **juventude** e a **infância** como **membros da luta antimanicomial**. Este evento aconteceu na mesma cidade em que há 32 anos trabalhadores da Saúde Mental escreveram o primeiro manifesto intitulado “Por uma sociedade sem manicômios” em que iniciaram as primeiras ações efetivas de luta anti manicomial²³.

Com a exigência do cuidado para a infância e juventude, enfrentamos a medicalização das crianças e a criminalização dos jovens. A presença protagonista de crianças e adolescentes e seus familiares nesse Encontro é um marco histórico e indica a importância da continuidade e avanço das políticas públicas de saúde mental intersetoriais para crianças e adolescentes na perspectiva do cuidado sem controle, garantindo seu direito à voz para a construção de uma sociedade livre de manicômios. Cuidar da infância e da adolescência em liberdade é fundamental na nossa luta! (Carta de Bauru – 30 anos, dezembro de 2017).

Entretanto, a construção de espaços e serviços que realmente integrem este público em contextos de atendimento adequado e integral, tem sido desde o início da

²³ Recuperado em 17 maio, 2018, de: <https://site.cfp.org.br/qual-e-a-relacao-entre-democracia-e-o-cuidado-em-saude-mental/>.

reforma psiquiátrica um grande desafio (Delfini & Reis, 2012; Nunes, Jucá & Valentin, 2007; Sousa, 2006).

O CAPSi foi em sua origem regulamentado pela Portaria n° 336GM/MS/2002. Desde o início de sua criação, ficou estabelecido que naqueles pontos de apoio da RAPS, as crianças e adolescentes deveriam receber assistência integral, em espaços abertos, diários, prioritariamente coletivos e articulado aos outros serviços da rede. Como proposta, busca a oferta das seguintes atividades: 1)- atendimento individual, incluindo psicoterápico, medicamentoso, de orientação, entre outros; 2)- atendimento em grupos; 3)- oficinas terapêuticas; 4)- visitas e atendimentos domiciliares; 5)- atendimento familiar; 6)- atividades comunitárias visando a inserção e integração social em seus múltiplos espaços; 7)- desenvolvimento de ações intersetoriais, sobretudo com as áreas de assistência social, educação e justiça e 8)- podendo oferecer de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso (336GM, Ministério da Saúde, Brasil, 2002).

A equipe mínima de profissionais do CAPSi é formada pelos profissionais: 1)- um médico podendo ser psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 2)- um enfermeiro e 3)- quatro profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou demais profissionais que atendessem as necessidades dos projetos terapêuticos daquela unidade (336GM, Ministério da Saúde, Brasil, 2002).

A portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 suplementa a anterior, sobretudo no que tange a liberdade de organização e gestão dos estados e municípios. Assim como reduz a referência populacional de 200 mil habitantes para 150 mil e a inclusão de dependentes químicos (álcool e drogas). Em seu parágrafo 3º, ressalta a importância do desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Individuais e do envolvimento coletivo da

equipe, usuário e familiares no processo de atenção psicossocial com o acompanhamento longitudinal de casa caso (Ministério da Saúde, Brasil, 2011).

Garcia, Santos e Machado (2015), realizaram um levantamento sobre a distribuição e o perfil dos usuários de CAPSi no Brasil. Verificou-se que 60,4% dos municípios com mais de 150 mil habitantes tinham CAPSi com distribuição heterogênea. Em abril de 2014, 208 CAPSi foram identificados, sendo que destes, 32 funcionavam sem registro de habilitação e 98,1% sob gestão municipal. Apenas 7,8% do total de todos os CAPS no Brasil, eram infanto-juvenil e 52% deles encontram-se na região Sudeste. A pesquisa ressalta também que das demandas clínicas infantis reconhecidas, cerca de 0,72% a 1,32% apenas são atendidas. Dos diagnósticos encontrados, os transtornos do comportamento e do desenvolvimento aparecem entre as três principais demandas – com destaque significativo para os transtornos de comportamento na região Centro-Oeste, (56%) – e pela primeira vez aparecem dados relacionados à dependência química nesta faixa etária brasileira (1,8%).

Em Audiência Pública realizada na capital de Goiás, Goiânia, no final de maio de 2018, foi levada à plenária da Assembleia Legislativa do Estado pauta que tratou de medidas necessárias ao fortalecimento da RAPS na região. Na ocasião, a coordenadora do único CAPSi municipal da cidade manifestou:

[...] assim como foi falado que não se compreende como em saúde mental, diferentemente de todas as demais enfermidades, primeiro se pensa em internação para depois tratar ambulatoriamente, eu me pergunto por que em saúde mental pensam primeiro no adulto ao invés de pensar nas crianças [...]

(Monteiro, 2018)²⁴

²⁴ Declaração de Katy Monteiro Loureiro, gestora do CAPSi Água Viva, em 29 de maio de 2018, em audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado de Goiás na cidade de Goiânia.

Neste cenário, caminhemos para as mudanças político-normativas a fim de compreendermos sobre os caminhos que têm ditado o que agora passam a ser as prioridades na atenção à saúde mental.

Emenda Constitucional 95/2016, Resolução 32/2017 e Portaria nº 3.659/2018: documentos limitantes para a manutenção dos CAPS.

A **Emenda Constitucional (EC) 95** de 2016, aponta para possíveis retrocessos, quando limita gastos com a saúde, educação pública e outras políticas sociais por 20 anos. Com a modificação do artigo 107 da CF/88, fica estabelecido a observância dos limites das despesas primárias tanto no poder executivo - de onde vem o financiamento para a saúde - como nos poderes legislativo e judiciário. Os gastos deverão ser congelados, e o valor de referência deverá ser o montante gasto no ano de 2017. Este valor poderá sofrer a correção monetária de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para cada exercício fiscal. Portanto, os gastos com a Saúde não poderão ser modificados e há que se refletir que correção não é investimento ou aumento de gastos. Assim, os gastos com a Saúde não sofrerão alteração significativa. Com o agravante de que se o país apresentar novos índices de desenvolvimento econômico nos próximos anos, um possível descumprimento da Constituição poderá ocorrer, visto ser previsto em lei um gasto mínimo de 15% dos impostos arrecadados com a saúde pela União, (artigo 198, CF/88).

A **Resolução 32** tomada pelo Governo Federal em 14 de dezembro de 2017, aponta para mudanças significativas como a reinserção dos hospitais psiquiátricos na rede, medidas de financiamento e incentivo para leitos nestes hospitais, incluindo reajuste das diárias, a não diminuição gradativa destes, aumento de profissionais e oferta para o

atendimento ambulatorial, assim como repasse de verba para Serviços de Comunidades terapêuticas (Brasil, 2017).

A partir desta Resolução, fazem parte da RAPS: 1)-CAPS em suas diferentes modalidades; 2)- Serviço Residencial Terapêutico (SRT); 3)- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); 4)-Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; 5)- Hospital Psiquiátrico; 6)- Hospital-Dia; 7)- Atenção Básica; 8)- Urgência e Emergência; 9)- Comunidades Terapêuticas e 10)- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Brasil, MS, 2019).

Apesar de declarar repasse para as demais instâncias da RAPS e de sugerir uma imagem de interesse do governo para as questões da saúde mental, a Resolução 32 aponta para um retrocesso na busca da humanização e na desinstitucionalização do usuário, em consonância com o marco da Lei Federal no. 10.216 de 2001, que devolveu a cidadania a milhares de pessoas que foram confinadas por anos ou décadas em manicômios. Os riscos não foram apenas legitimar os hospitais psiquiátricos para as internações e atendimentos ambulatoriais, reforçando uma concepção de atendimento médico-centrada, superficial e atenta para sintomas e remissão de sintomas. Da mesma forma, não discute os repasses praticados atualmente aos serviços substitutivos (Longo, 2017). Guljor et al. (2019), também questionam a maneira como as medidas foram tomadas, sem uma convocação aberta à sociedade para o diálogo e o debate.

Outro aspecto que chama a atenção na Resolução 32 é a ênfase dada para ações voltadas ao combate à dependência química, o que caracteriza as ações secundárias na atenção sem fazer menção às ações preventivas voltadas para a saúde mental infanto-juvenil. Neste sentido quando é mencionada a palavra prevenção, compreende-se que está endereçada à demanda do suicídio.

Dado importante é que um ano após estas mudanças, o Ministério da Saúde em novembro de 2018, por força da Portaria nº 3.659 anunciou a suspensão de R\$ 77,8 milhões em repasses para os atendimentos de saúde mental, afetando 319 serviços, sendo que entre eles estavam 72 CAPS. Goiás sofreu oito suspensões. O Ministério da Saúde alegou à época que tal medida estava embasada em ausências de registros de procedimentos nas plataformas de informação do SUS (Brasil, 2018x).

2- PERCURSO METODOLÓGICO

Em uma análise qualitativa, a partir de pesquisa documental e empírica, dados secundários disponíveis pelo portal de transparência do Ministério da Saúde (SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde) foram analisados.

Fizemos o levantamento dos repasses financeiros feitos diretamente do fundo financeiro aos CAPS brasileiros no período de 2013 a 2016 e posteriormente aos CAPS do Estado de Goiás, no período de 2013 a 2017. A escolha de 2013 justifica-se pelo início do **Plano de Ação para a Saúde Mental** criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborado em maio de 2013 o qual ressalta como metas a serem cumpridas até 2020, estratégias que objetivem a equidade através da cobertura universal e a ênfase em ações de prevenção (ONU, 2013).

Verticalizamos a pesquisa, objetivando uma análise comparativa, a partir dos recursos aplicados no Estado de Goiás, em relação aos serviços da RAPS endereçadas à infância e juventude *versus* o atendimento ao público adulto

A coleta de dados referente a quantidade de CAPS existentes nos municípios brasileiros, assim como ao repasse financeiro foi feita entre os meses de julho e agosto de 2019, por meio do Portal SAGE. Para as informações referentes os quantitativo de CAPS, os itens *i)*- Redes e Programas e *ii)*- Saúde conte com a gente – Saúde Mental foram explorados. Para as informações financeiras foram os itens: *i)*- Gestão/Financiamento, *ii)*-

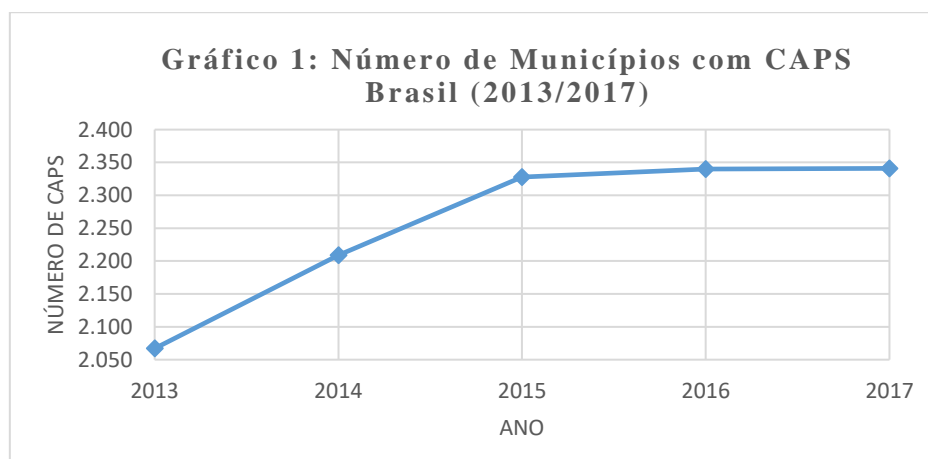
Transferência Fundo a Fundo, *iii*)-Caixa – Pagamento para Estados e Municípios e *iv*)- Implantação de ações de Serviços de Saúde. Os filtros utilizados para os dados foram Brasil e Goiás, respectivamente.

Para ajuste gráfico e análise, quando foi identificado ausência de registros, foram considerados valores igual e zero.

A explicitação de tais dados em tabelas e gráficos busca a possibilidade de diálogo crítico ente dados estatísticos, diretrizes documentais e políticas impostas pelos últimos gestores governamentais. O que passamos a discutir.

3- OS REPASSES FINANCEIROS À ATENÇÃO INFANTO-JUVENIL.

No gráfico 1, identificamos um registro ascendente dos CAPS entre os anos de 2013 a 2015, tendo uma maior constância entre os anos de 2015 a 2017. No final deste período, o Brasil tem registrado 2.341 municípios com CAPS. Nos anos de 2013 tinha-se o registro de 2.067 municípios, seguindo nos anos subsequentes com 2.209, 2.328, 2.340, chegando ao ano de 2016 a 2.340 municípios. O que pode sugerir investimento e incentivo governamental para a democratização e expansão da Atenção à Saúde Mental como preconizado pela Lei 10.216/2001.



Fonte: SAGE/ MS

Mais detalhadamente, ao analisarmos a Tabela 1, podemos verificar a mesma ascendência nos registros dos CAPS em todas as suas modalidades no mesmo período. De 2013 a 2016 houve um crescimento de aproximadamente 11% de CAPSi. Em 2013 contávamos com 187, chegando a 2016 com 209, ou seja 22 CAPSi a mais considerando todo o território nacional.

Tabela 1: CAPS Habilitados em Funcionamento

	CAPS I	Brasil (2013- 2016)	CAPS III	CAPSi	CAPS ad	CAPS ad III
2013	982	470	79	187	302	47
2014	1069	476	85	201	309	69
2015	1135	488	92	210	315	88
2016	1139	492	94	209	316	90

Fonte: SAGE/MS

A lógica de investimento para expansão é algo naturalmente esperado. Entretanto, ao verificarmos o recorte de 2013 a 2016 sobre os gastos considerando as transferências fundo a fundo para a RAPS e conseqüentemente para os CAPS brasileiros, explicitados na Tabela 2, verificamos um decréscimo anual para todas as modalidades.

Tabela 2: Gastos com CAPS / Brasil (2013-2017)

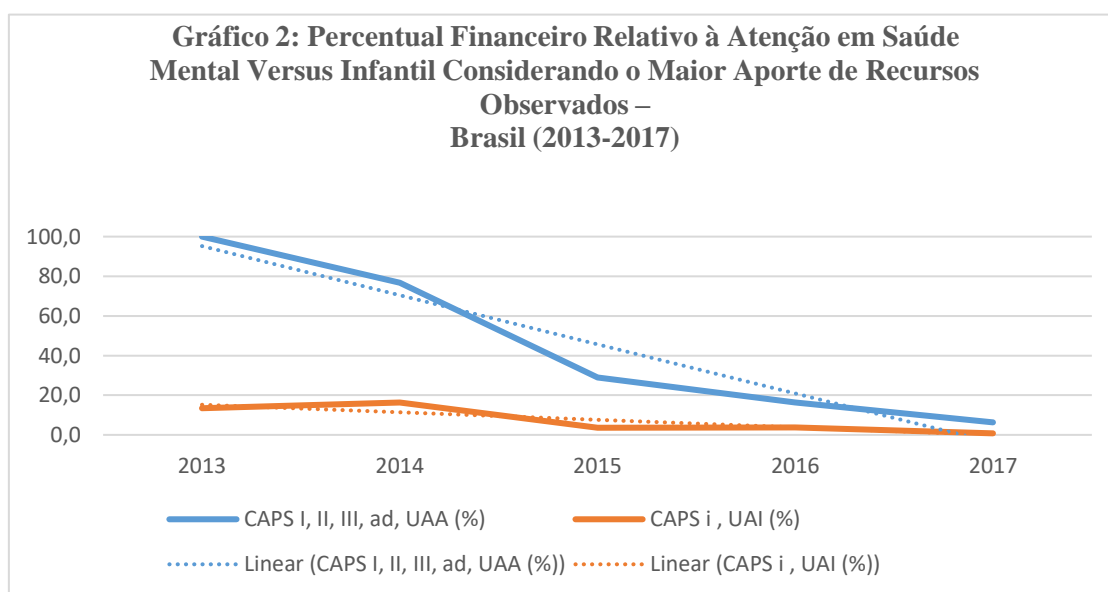
Anos	CAPS I, II, III, ad, UAA	%	CAPS i, UAI	%	TOTAL
2013	11.634.000,00	43,8	1.570.000,00	35,5	13.204.000,00
2014	8.925.000,00	33,6	1.900.000,00	43,0	10.825.000,00
2015	3.365000,00	12,7	420.000,00	9,5	3.785.000,00
2016	1.905.000,00	7,2	440.000,00	10,0	2.345.000,00
2017	735.000,00	2,8	90.000,00	2,0	825.000,00
TOTAL	26.564.000,00	100,0	4.420.000,00	100,0	30.984.000,00

Fonte: SAGE/MS / Dados deste estudo

Os gastos proporcionais com os serviços destinados especificamente à infância e juventude (CAPSi e UAI), desde o início apresentaram um financiamento proporcionalmente menor, quando consideramos o maior aporte financeiro gasto nos anos de 2013 para os serviços cuja prevalência é o atendimento adulto. Desta forma, se por um lado verificamos no início do período pesquisado um investimento de 43,8% com atenção à serviços adultos, comparando com aqueles serviços infanto-juvenis, observa-se um investimento menor de 35,5%. O decréscimo no investimento ocorre para ambos os públicos, fazendo com que a diferença de investimento entre eles diminua longitudinalmente. Entretanto, os serviços infanto-juvenis, continuam recebendo menos financiamento com 2,0% em 2017 e os adultos com 2,8%.

Nesta mesma lógica, ou seja, considerando a proporcionalidade em relação ao ano de 2013, há que se registrar uma queda considerável nos anos 2016 e 2017, tanto para os CAPS/UAA como para os CAPSi/UAI, o que nos permite inferir que nestes dois anos as tensões políticas pela qual o país enfrentou influenciaram diretamente a aplicação de recursos nestes Programas.

Tal desproporcionalidade pode ser vista com maior clareza no Gráfico 2.



Fonte: SAGE/MS / Dados deste estudo considerando o maior aporte observado

Verticalizando para o estado de Goiás, os dados gerados em primeira instância limitam nossa análise uma vez que muitos campos apresentam ausência de valores. Entretanto, os dados oficiais no portal SAGE do Ministério da Saúde tratam dos registros financeiros de investimento e repasse para a RAPS no período de 2013 a 2017 com o mesmo decréscimo nacional. A Tabela 3, trata destes dados.

Tabela 3: Transferência Fundo a Fundo RAPS -Valor Bruto

Goiás (2013 - 2017)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS ad	CAPS ad III	UAI	UAA	Reab. Psicossocial	TOTAL
2013	220.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	70.000,00	0,00	335.000,00	R\$405.000,00
2014	80.000,00	30.000,00	0,00	30.000,00	50.000,00	75.000,00	0,00	70.000,00	90.000,00	R\$295.000,00
2015	20.000,00	30.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	70.000,00	50.000,00	R\$120.000,00
2016	100.000,00	10.000,00	20.000,00	0,00	0,00	75.000,00	0,00	0,00	30.000,00	R\$130.000,00
2017	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	R\$0,00
TOTAL	R\$200.000,00	R\$40.000,00	R\$20.000,00	R\$0,00	R\$50.000,00	R\$75.000,00	R\$70.000,00	R\$70.000,00	R\$425.000,00	R\$950.000,00

Fonte: SAGE/MS

Na Tabela 4, em um paralelo entre os serviços adultos e os infantis, verificamos que o estado de Goiás, contraria ao cenário nacional. Comparando o volume de investimento no ano de 2013, percebemos proporcionalmente, um investimento de 70% nos serviços destinados especificamente à infância e juventude contra 32,6% dos serviços adultos. No entanto a queda nos repasses mostra-se mais acentuada considerando o território brasileiro.

Tabela 4: Gastos com a Infância / CAPSi -UAI

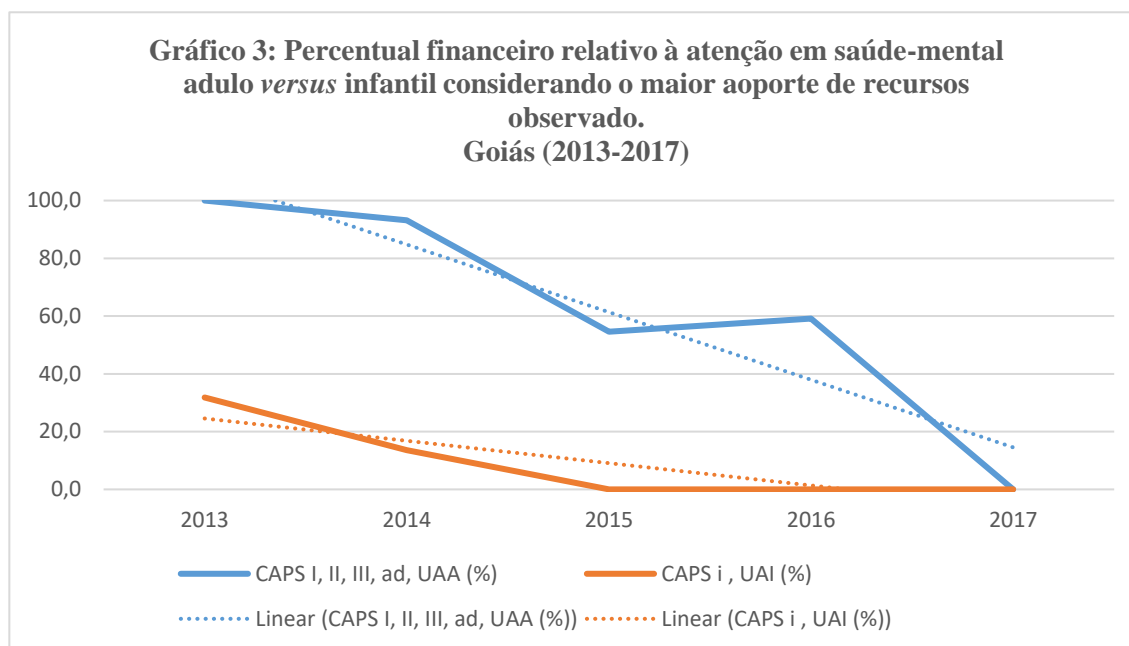
Goiás (2013-2017)

Ano	CAPS I, II, III, ad, UAA	%	CAPS i, UAI	%	TOTAL
2013	220.000,00	32,6	70.000,00	70,0	290000
2014	205.000,00	30,4	30.000,00	30,0	235000
2015	120.000,00	17,8	0	0,0	120000
2016	130.000,00	19,3	0	0,0	130000

2017	0	0,0	0	0,0	0
TOTAL	675000	100,0	100000	100	775000
		87,09677419		12,90322581	

Fonte: SAGE/MS / Dados deste estudo considerando o maior aporte observado

No Gráfico 3 pretende ilustrar melhor a curva mencionada.



Fonte: SAGE/MS / Dados deste estudo considerando o maior aporte observado

Diante dos dados disponíveis no SAGE, alguns pontos podem ser considerados. A redução sistemática de repasse financeiro da União para a RAPS como um todo merece questionamentos. Se por um lado percebemos um aumento de CAPS nos municípios brasileiros, como poderia o financiamento estar em declínio? Em se considerando a Saúde mantida de maneira tripartite, podemos inferir que a verba destinada a estes serviços, podem ter vindo do Estado e dos municípios. O que ajudaria entender o quadro descrito. Entretanto, estas informações não estão claras no site.

A suspensão de repasse para os serviços de saúde da Portaria nº 3.659 ocorreu apenas no ano de 2018. Portanto, declínios orçamentários ou as lacunas de informações sobre os repasses não podem aqui ser correlacionados. Considerando a mesma Portaria,

cujo argumento foi a ausência de informações nas plataformas do SUS, entre outras justificativas, como desvio de verba etc., medidas de orientação e ajustes na gestão tanto da verba como das notificações delas, deveriam ter sido amplamente realizadas e divulgadas. Nenhum documento no Portal do Ministério da Saúde neste sentido, foi identificado.

Ao contrário, o que se caracteriza é um persistente contexto de desmonte do modelo substitutivo, em que a falta de verba condena ao sucateamento dos serviços. Sem estruturas básicas orçamentárias, não há como se pensar em rede de atendimento, em acompanhamento longitudinal, em atenção integral, com programas individualizados e contextualizados, muito menos apoio às famílias.

Reinserindo os Hospitais Psiquiátricos, e financiando as Comunidades Terapêuticas, o que verificamos é um beneficiamento de outros setores da sociedade. Os próprios CAPS em sua origem, ainda no início dos anos 2000, já previam leitos, e espaços abertos e inseridos à comunidade para usuários em crise. Sem contar com as UAA e UAI que já foram criadas para dar também este suporte. Pouco foi feito para que os serviços tivessem as equipes mínimas, com treinamentos adequados em estruturas físicas pertinentes (Guljor, et all, 2019). Investir dinheiro público em instituições privadas, é limitar ainda mais os CAPS e agir como se eles já se mostrassem insuficientes.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das conquistas da reforma psiquiátrica resistirem a planos de governo diferentes desde seu início (cinco governos até o atual) o eixo central das ações voltadas à saúde mental parecia seguir a passos gradativos e persistentes. Entretanto, mudanças no cenário político e econômico brasileiro, a partir sobretudo do governo Temer (agosto de 2016 - dezembro 2018), passam a ser ponto de preocupação. Mudanças orçamentárias, e

medidas constitucionais, apesar de apresentarem-se com um discurso voltado para a manutenção das conquistas e priorização de emergências, sugerem grande ruptura com o trabalho até então construído.

Diante do posto, não há como se considerar que os CAPS sejam serviços que se mostraram ineficazes e que, portanto, estão destinados a serem suplantados e/ou modificados. Não é possível dizer de fracasso uma vez que, as oportunidades reais para que houvesse o desenvolvimento daquilo que foi resultado das lutas sociais pela Saúde Mental, não ocorreram.

Outro ponto em questão, é o exponencial investimento nos serviços destinados aos usuários de álcool e drogas, tanto quando verificamos o crescente número de CAPS ad na Tabela 1 com um total de 316 no final do ano de 2016, ficando atrás apenas dos CAPS I. A própria Resolução 32 de 2017, já anunciou a destinação de verba específica para programas de dependência química e prevenção ao suicídio. E a Portaria nº 3.588 do mesmo ano, definiu a abertura de CAPS ad IV para as regiões de cracolândia. Tais medidas não podem ser entendidas como ruins. Entretanto, elas são medidas de atenção secundária tanto no que diz respeito à saúde, como aos processos sociais. O que traz luz ao pouco espaço que ainda se dá a infância e a juventude tendo em vista que na Saúde Mental infanto-juvenil ações intensivas, integrais e preventivas, devem ocorrer visando o desenvolvimento de ações de proteção à complexidades, comorbidades, e evoluções dos quadros psicopatológicos infantis ao longo do desenvolvimento (Gauy, 2016).

Pensando na relação da EC 95 com a Resolução 32, no mínimo podemos elencar três eixos de discussão: 1º) - Há uma contradição entre o limite de gastos e novos investimentos. O que se pode inferir é uma possibilidade de relocação dos recursos públicos privilegiando determinados programas em detrimentos de outros. Esta

redistribuição dos recursos ainda não se apresenta clara, o que nos impede de uma afirmação mais precisa; 2º) - com as medidas da Resolução 32 o governo está agindo de fato no caminho contrário ao percorrido há mais de 30 anos na reforma psiquiátrica. O que acentua a desresponsabilização do país para com as questões sociais. Neste sentido a priorização das entidades particulares, mantém a lógica do capital em que a Saúde é tratada como mercadoria e não como direito; e 3º) - as baixas ações na saúde preventiva. O esforço orçamentário e de ações da União, estão voltados para a atenção secundária, tentando mediar os problemas já instaurados na sociedade e deixa de cumprir medidas urgentes para a prevenção dos problemas psicossociais, sobretudo negligenciando a atenção às crianças, as quais necessitam o quanto antes de suporte para uma possibilidade de desenvolvimento futuro mais adequado. Ponto que vai no sentido contrário ao preconizado pelo Plano de ação para a Saúde Mental da OMS (2013). A ênfase de ações que desenvolvam a equidade a partir de ações preventivas para 2020, podem ser a partir destes dados consideradas inatingíveis.

Estudos como de James Heckman, ganhador do prêmio Nobel de 2000, discute, a partir de dados empíricos, a comprovação de que o investimento na infância (sobretudo na primeira infância e de famílias pobres), apontam para um retorno financeiro significativamente superior aos cofres públicos, quando comparado ao investimento nas demais fases de desenvolvimento (Cunha & Heckman, 2011). Portanto, podemos dizer que a atual política de cuidado em saúde além de sugerir retrocessos na reforma psiquiátrica, negligencia a importância do investimento em ações de cuidado, proteção e promoção às crianças.

5- REFERÊNCIAS

- Brasil, 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Série E. Legislação em Saúde. Brasília / DF.
- Brasil, 2017. Ministério de saúde. Medida interministerial de 14 de dezembro de 2017. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42231-ministerio-da-saude-destina-r-320-milhoes-para-ampliar-e-qualificar-a-saude-mental>>. Acesso em 05/05/2018.
- Brasil, 2017b. Ministério de saúde. Direitos das pessoas com transtornos mentais. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/direitos-das-pessoas-com-transtornos-mentais>>. Acesso em 23/04/2018.
- Brasil, 2018. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em 06/05/2018.
- Brasil, 2018b. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em 20/05/2018.
- Brasil, 2018c. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em 23/04/2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 de maio de 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.
- Brasil, 2018d. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 20/05/2018.
- Brasil, 2018e. Ministério da Saúde Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43093-governo-federal-destinar-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em 21/05/2018.
- Brasil, 2018f. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em 21/05/2018.

- Cunha, F.; Heckman, J. Capital Humano. In: ARAÚJO, Aloísio P. Aprendizagem infantil: uma abordagem da neurociência, economia e psicologia cognitiva. Ciência e tecnologia para o desenvolvimento nacional. Estudos estratégicos. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2011.
- Dantas, C. R., Oda, A. M. G. R. (2014). Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24(4):1127-1179. doi: 10.1590/S0103-73312014000400008.
- Zaniani, E. J. M. (2015). ENTRE POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS: o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial. 234f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Ballarin, M. L. G. S.; Ferigato, S. H.; Carvalho, F. (2010) Os Diferentes Sentidos do Cuidado: Considerações sobre a Atenção em Saúde Mental. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-50.
- Yasui, s. (2010). Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Coleção Loucura & Civilização. Ed. Fiocruz.
- Delfini, P.S.S. & Reis, A.O.A. (2012). Articulação entre serviços públicos para saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.
- Souza AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psi-cossocial com a saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006; 10:703-10.
- Nunes M, Jucá VJ, Valentin CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:2375-84.10.
- Longo, I. (2017). Ex ministros divulgam carta contra a canetada de Temer que desmonta o programa de saúde mental do país. *Revista Fórum* em 16 de dezembro de 2017 por Ivan Longo. Retirado em <<https://www.revistaforum.com.br/ex-ministros-da-saude-divulgam-carta-contr-a-canetada-de-temer-que-desmonta-o-programa-de-saude-mental-do-pais2/> Acesso em 05/05/2018.
- Formenti, L. (2017). Governo reforça papel de hospital psiquiátrico. O Estado de São Paulo. Disponível em <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-aprova-reformulacao-de-politica-mental-com-enfase-para-hospitais-psiquiatricos,70002120555>
- Resolução 32 de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. Sessão 1, n. 245. verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012017122200239
- Liberato, M. D. M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).
- O olhar da criança sobre o mundo / organizadores Edson Cordeiro dos Santos, Andrea de Oliveira Salustriano de Souza, Flávio Médici da Silva. - RiodeJaneiro: SolidariedadeFrança-Brasil,2014.

- ONU, 2013. Mental health action plan 2013-2020. Disponível em <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHAP.pdf> acesso em 28/05/2018.
- Souza AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psi-cossocial com a saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006; 10:703-10.9.
- Nunes M, Jucá VJ, Valentin CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:2375-84.10.
- Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PD, Guimarães PO. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1483-92.11.
- Munari DB, Melo TS, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa de Saúde da Família *Rev Eletrônica Enferm* 2008; 10:784-95.
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>.12. Bezerra E, Dimenstein M. Os
- Quinderé, P H D, Jorge, M S B, Nogueira, M S L, Costa, L F A & Vasconcelos, M G F, 2013. Acessibilidade e Resolutibilidade em Saúde Mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência &Saude Coletiva* 18(7)p. 2157-2166.
- Garcia, G. Y. C., Santos, D., N. & Machado, D., B. (2015). Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(12) pp. 2649-2654. doi: 10.1590/0102-311x00053515.
- Nunes, C. K., Kantorski, L. P. & Coimbra, V. C. C. (2016). Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial à crianças e adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Ser. 37(3):e5488. doi: 10.1590/1983-1447.2016.03.54858.
- Costa, P. H. A., Colugmati, F. A. B. & Ronzani, T. M. (2015). Avaliação de Serviços em Saúde Mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(10):3243-3253. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014 3243
- Brasil, Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diario Oficial da União*. 20 de fev. 2002.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html retirado em 08/08/2019.
- Brasil, Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Retirado :
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Em 08/08/2019.

- Brasil, Ministério da Saúde. 2019. Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Retirado <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Em 08/08/2019.
- Guljor, Ana Paula, Vasconcelos, Eduardo Mourão, Couto, Maria Cristina Ventura, Silva, Martinho Braga Batista e, Delgado, Pedro Gabriel Godinho, Cavalcante, Rita & Lima, Rossano Cabral, (2019). Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 – “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Retirado de <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf> em 08/08/2019.
- Brasil, (2018X) Portaria GM nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Retirado: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n em 08/08/2019.
- Brasil. Portaria GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Retirado: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Em 09/08/2019.
- Charmaz, K. (2016). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. Rohnert Park, CA, USA, July 25, pp. 1-12. DOI: 10.1177/1077800416657105 qix.sagepub.com
- Gauy, F. (2016). Crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais têm necessidade de políticas de inclusão escolar? *Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 59, p. 79-95, jan./mar.* DOI: 10.1590/0104-4060.44687