

PESQUISA

Estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPS infantil: concepções de familiares e profissionais

Care strategies developed in child CAPS: concepts of families and professionals

Estrategias de cuidado desarrolladas en CAPS infantil: conceptos de la familia y los profesionales

Gabriela Henriques Araújo¹, Alynne Mendonça Saraiva², Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho³, Anna Luiza Castro Gomes⁴, Lorena de Farias Pimentel Costa⁵, Maria de Oliveira Ferreira Filha⁶

ABSTRACT

Objectives: verifying the types of mental disorders that most affect teachers treated in a service of medical expertise. **Method:** a retrospective study of documental nature with a quantitative approach developed in a Higher Education Institution of João Pessoa city - PB. The sample was composed of 254 sheets of teachers treated in a service of medical expertise of the institution selected for the study, in the period from January to 1999 to March 2011. Data obtained were analyzed through frequency and percentage. **Results:** almost all the sample was composed of female teachers, aged between 40 and 49, and depression was responsible for 52% absenteeism of teachers, followed by schizophrenia (12%), bipolar disorder (10%), acute reaction to stress (8%), anxiety (7%), delusional disorder (4%), and others (8%). **Conclusion:** the mental disorder that most affects the searched teacher category is depression. Therefore, further investigations are needed that can analyze the severity of this problematic pathology in academic area. **Descriptors:** Teacher; Mental Health; Professional Diseases.

RESUMO

Objetivos: identificar os transtornos mentais que mais provocam afastamento de docentes em uma instituição de ensino superior. **Método:** um estudo retrospectivo de natureza documental desenvolvido em instituição de ensino superior do município de João Pessoa - PB. A amostra foi constituída por 254 fichas de docentes atendidos em um serviço de perícia médica da instituição selecionada para o estudo. Os dados obtidos foram analisados quantitativamente por frequência e percentual. **Resultados:** quase toda a amostra foi composta por docentes do sexo feminino, com faixa etária entre 40 e 49 anos, e a depressão foi responsável por 53% dos afastamentos de professores, a esquizofrenia (12%), o transtorno bipolar (10%), a reação aguda ao estresse (8%), a ansiedade (7%), os transtornos delirantes (4%) e outros (8%). **Conclusão:** o transtorno mental que mais acomete a categoria docente pesquisada é a depressão. Portanto, são necessárias novas investigações que possam analisar a gravidade dessa problemática. **Descritores:** Saúde mental, Docentes, Doenças Profissionais.

RESUMEN

Objetivos: Determinar los tipos de trastornos mentales que involucran a más profesores en un departamento de expertos médicos. **Métodos:** Estudio retrospectivo de carácter documental con un enfoque cuantitativo, desarrollado en la institución de educación superior de la ciudad de João Pessoa - PB. La muestra estuvo constituida por 254 profesores fichas en un departamento de personal médico de la institución seleccionada para el estudio entre enero de 1999 marzo de 2011. Los datos se analizaron por frecuencia y porcentaje. **Resultados:** Casi la totalidad de la muestra consistió de maestras, de edades comprendidas entre los 40 y los 49 años, y la depresión representó el 52% del absentismo de los docentes, seguido por la esquizofrenia (12%), trastorno bipolar (10%), reacción aguda al estrés (8%), ansiedad (7%), trastornos delirantes (4%) y otros (8%). **Conclusión:** El trastorno mental que afecta a la categoría más buscado está enseñando la depresión. Por lo tanto, se necesitan más investigaciones que puedan analizar la gravedad de este problema en el ámbito académico patología. **Descriptor:** Profesor, Salud Mental, Profesionales de Enfermedades.

¹Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. E-mail: gabiharaujo@hotmail.com. ²Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PPGEnf/UFPB. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, campus Cuité. Tel.: (83) 33721900 E-mail: alynnems@hotmail.com. ³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PPGEnf/UFPB. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina grande, campus Cuité. Tel: (83) 33721900 E-mail: mary_albernaz@hotmail.com. ⁴Enfermeira. Doutora em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Tel: (83) 88721358. E-mail. annaenf@gmail.com. ⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PPGEnf/UFPB. Tel: (83) 88852465. ⁶Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Tel: (83) 32167109. E-mail: marfilha@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A atenção psiquiátrica no Brasil permaneceu, até a década de 1970, com sua história maculada pelas práticas de desassistência, precariedade de cuidado, superlotação de instituições, contado ainda com exclusão, abandono e violência voltada as pessoas em sofrimento psíquico, por meio de ações caracterizadas pela comercialização da loucura e consequente perda de identidade dos usuários dos serviços, pautados no modelo hospitalocêntrico de cuidado.

Apenas ao final dos anos 70, inspirados nos movimentos sociais ocorridos nos países europeus em prol da reformulação das ações em saúde mental e das discussões sobre a Reforma Sanitária brasileira, é que ver-se emergir no Brasil, movimentos a favor da reestruturação de políticas e práticas de cuidado voltadas para a saúde mental¹.

A Reforma Psiquiátrica brasileira têm início a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que carregou, no berço de sua revolta, o desejo de mudanças, melhorias no cuidado, qualidade dos serviços e a garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. O MTSM era constituído por “atores sociais diversificados”: estudantes, intelectuais, familiares de pessoas em sofrimento psíquico, usuários, profissionais, dentre outros, dando início efetivo, a partir de denúncias, à luta por um cuidado mais qualificado, pautada nos direitos humanos².

A Reforma Psiquiátrica também se apoiou na proposta da desinstitucionalização, ou seja, na busca pelo deslocamento das práticas assistenciais em ambiente hospitalar, por serviços desenvolvidos na comunidade. Isso resultou na desativação e fechamento de hospitais psiquiátricos em prol da substituição dos serviços a partir da criação de novos paradigmas para a saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), são exemplos de serviços de saúde mental que hoje constituem a rede cuidados nos municípios e estados brasileiros e tem como principais objetivos garantir direitos de cidadania e cuidado humanizado, almejando reabilitação e reinserção social.

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e são integrados à rede de serviços abertos, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como aparelho substitutivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. Esses centros são estruturados em uma rede descentralizada, municipalizada e com caráter multiprofissional e interdisciplinar, promovendo a saúde mental e a integração social e familiar, dos usuários³.

Os CAPS têm a função de oferecer atendimento clínico e cuidados diários aos pacientes em situação de sofrimento psíquico, na tentativa de promover a reabilitação e reinserção deste na comunidade, ajudando-o a exercer seus direitos como cidadão. A rede de atenção psicossocial se estabelece de acordo com o porte de cada município e necessidade de atenção, podendo existir CAPS dos tipos I, II, III, direcionados ao atendimento de pessoas adultos com transtornos mentais severos e persistentes, bem como

o CAPS ad para atendimento a usuários de álcool e outras drogas e CAPSi para atendimento infanto-juvenil⁴.

Alguns dados do Ministério da Saúde fazem alerta sobre o cuidado a população infanto-juvenil, ao revelar que no Brasil de 10% a 20% desta população encontra-se em situação de sofrimento psíquico e dentre esse percentual, 3% a 4% necessitam de cuidado integral de regime intensivo⁵. Esse dado, vem despertando preocupação em profissionais e gestores acerca das carências que envolvem o cuidado à população infanto-juvenil, principalmente no que tange a formulação de políticas públicas consistentes e estudos sistematizados com intuito de embasar novas ações e estratégias de cuidado.

Dessa forma, a partir de 2002, os CAPSi começaram a ser descentralizados para diversos municípios brasileiros, no intuito de prestar cuidados especializados a crianças e adolescentes de 0 a 17anos de idade, com diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes. Esse serviço funciona 40 horas semanais e conta com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para atender às demandas de saúde mental do território em que está inserido⁶.

A proposta de funcionamento do CAPSi não se mantém baseada apenas no suporte farmacológico, mais também, engloba estratégias e modalidades de tratamento pautados nas oficinas terapêuticas, atividades lúcidas para suporte humanizado, equipe interdisciplinar e ações envolvendo artesanato, pintura, desenho, dança e atividade física, de modo a proporcionar e construir um espaço acolhedor, de convivência e integração das crianças com o meio social no qual estão inseridas.

As atividades terapêuticas desenvolvidas nos CAPSi podem trazer diversos benefícios para o desenvolvimento intelectual e interpessoal dos usuários, tendo como objetivo a socialização, a solidariedade e a cidadania, proporcionando o desenvolvimento emocional e cognitivo por meio do estímulo à construção da individualidade, a autoestima e a autoconsciência⁷.

Dessa forma, a relevância deste estudo consiste na possibilidade de identificar novas estratégias de cuidados desenvolvidas com crianças em sofrimento psíquico de modo a auxiliar os familiares e profissionais de saúde no manejo dessas ações, que devem voltadas para as necessidades apresentadas por cada criança, possibilitando a construção de novos instrumentos que possibilitem a inserção individual e em grupos, aumento da capacidade cognitiva e autonomia.

Assim, para nortear o desenvolvimento da pesquisa foram elaborados os seguintes questionamentos: Quais são as estratégias de cuidado desenvolvidas junto às crianças em sofrimento mental, vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil ? Qual a concepção dos familiares e dos profissionais sobre esses dispositivos de cuidado?

Resolveu-se então: Identificar as estratégias de cuidado desenvolvidas junto às crianças em sofrimento mental, vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e; Descrever a concepção dos familiares e profissionais sobre esses dispositivos utilizados no cuidado a saúde da criança.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa compreensiva, interpretativa, de abordagem qualitativa, realizada no município de Campina Grande - PB. Na referida cidade funcionam dois CAPS infante-juvenil: o CAPSinho e o CAPSi Viva Gente, sendo a pesquisa desenvolvida no CAPSinho (Centro Campinense de Intervenção Precoce), fundado no ano de 2006 com objetivo principal pautado na oferta de cuidado especializado às crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade, em situação de risco social e em grave estado de sofrimento psíquico. A escolha do local se deu pelo fato deste serviço de saúde ser referência à atenção à saúde mental infantil no estado da Paraíba.

No momento da pesquisa, o CAPSinho contava com 247 usuários em atendimento, dos sexos masculino e feminino. Era composto por uma equipe interdisciplinar composta por psicólogos, enfermeiro, assistente social, pedagogos, fisioterapeutas, médico pediatra e neurologista.

A população da pesquisa foi composta por profissionais de saúde e familiares de crianças vinculadas ao serviço, sendo a amostra constituída por cinco profissionais de nível superior, que desenvolviam estratégias terapêuticas junto com as crianças, como também cinco familiares que participam dessas ações. Para tanto, seguiram-se os seguintes critérios de inclusão: Profissionais de saúde que trabalhassem a mais de um ano no CAPSinho e desenvolvessem estratégias de cuidado junto as crianças e familiares de crianças acompanhadas pela equipe de saúde do CAPSinho há 1 ano. Neste caso, aqueles que se encaixavam nestes critérios foram considerados sujeitos em potencial, sendo selecionados os que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas com dez participantes, contando com cinco profissionais e cinco familiares. De modo que, dos cinco familiares entrevistados, três eram mães, uma avó e um pai. Enquanto dos cinco profissionais envolvidos, contou-se com dois psicólogos, uma enfermeira, uma fisioterapeuta e uma pedagoga.

Durante as entrevistas, em meio às perguntas, constatou-se que a média de tempo de trabalho dos profissionais é de 2 a 7 anos no serviço, e estes possuem uma faixa etária em torno de 25 a 50 anos de idade.

Com relação aos familiares das crianças, tem-se que, os cuidadores possuíam idade entre 30 a 60 anos, com estado civil apresentando variância entre solteiro e casado, com grau de escolaridade entre nível fundamental e médio. O tempo estimado de cuidado às crianças, por parte dos profissionais do referido CAPSinho, variava de um a cinco anos.

A coleta de material foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro constituído de perguntas subjetivas a fim de atingir os objetivos propostos. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço em horário previamente estabelecido entre pesquisadores, profissionais e familiares.

Para garantia de anonimato dos voluntários, os profissionais foram identificados com a letra P e s familiares com a letra F, seguidos da numeração correspondente a cada entrevista.

O tratamento do material foi realizado através da análise de conteúdo⁸, que estabelece as seguintes etapas: Pré-análise, exploração ou codificação do material, categorização e tratamento dos resultados obtidos. A pré-análise houve a organização do material, foram realizadas leituras e selecionada as palavras chaves. Na exploração ou codificação do material foi feita a transcrição das entrevistas e agrupamentos em unidades de registros, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo. Na categorização foram construídas categorias temáticas e a posteriori o tratamento dos resultados obtidos, com da interpretação do material baseado na literatura pertinente.

Preliminarmente, insta salientar que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais elencadas pela Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e que para o desenvolvimento deste estudo tornou-se necessária a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - CEP/UFCG, sob número de CAAE: 1592213.2.0000.5182.

RESULTADOS

No intuito de atender aos objetivos propostos, foi criada a seguinte categoria: “Uma aquarela terapêutica”: As estratégias de cuidado utilizadas no CAPSInho.

“Uma Aquarela Terapêutica”: As estratégias de cuidado utilizados no CAPSInho

Os depoimentos dos profissionais entrevistados apontaram a importância da intervenção precoce, uma vez que esta prática permite a realização de atividades fundamentais para o auxílio no desenvolvimento dos sentidos, da afetividade, linguagem, motricidade das crianças, propiciando a melhoria de sua relação consigo, com o outro e com o grupo.

As estratégias de cuidado realizadas no âmbito do CAPSInho buscam promover momento diferenciados e singulares, tais como: o do brincar; da música; do contar histórias; dos estímulos perceptivo-sensoriais; da consciência corporal e da escuta, favorecendo assim o desenvolvimento psicossocial. Por outro lado, no campo da atenção psicossocial, existem também espaços destinados ao apoio/cuidado da família, espaço este denominado de Grupo de Família, conforme pode-se observar nos relatos a seguir:

[...] como estratégias de cuidado, nós temos o grupo de família as visitas domiciliares, o grupo de medicamentos e as oficinas [...] A oficina de integração sensorial, oficina de estimulação sensorial, ateliê pedagógico, grupo operativo, grupo de brincar, oficina de cantos e contos, [...]. (P1)

As estratégias de cuidado utilizada no CAPSInho são: grupo de família, atendimento individual a família, [...] o médico atende aqui, tanto o pediatra como o neurologista e a gente tem um grupo de medicação também onde a assistente social que faz esse acompanhamento [...]. No caso das oficinas [...] a gente primeiro faz uma oficina de acolhimento onde a gente acolhe a criança e

avalia qual o perfil dela [...] depois a gente encaminha pra oficina de tratamento onde a criança começa a iniciar o tratamento... então são vários tipos de oficina por idade e por dificuldades.(P2)

Após conhecer as estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPSinho e explorar os benefícios advindos dessas práticas de acordo com a literatura existente, tornou-se relevante conhecer a concepção dos profissionais e dos familiares acerca da importância dessas terapêuticas, como segue abaixo:

Eu acho práticas de cuidado interessantes, são utilizadas para o desenvolvimento cognitivo, [...] questão de comportamento em grupo, questão de comportamento na sala, questão de comportamento social. Então a gente trabalha regras e limites, a gente trabalha tudo isso nas oficinas. (P3)

[...] para uma proposta de um CAPS é ótimo! [...] porque a proposta de um CAPS é justamente isso: o atendimento individual para aqueles pacientes que precisam e atendimento em grupo para aquelas crianças que estão com dificuldade de socialização ou de estar em grupo, o atendimento a família porque não se trabalha a criança sem se trabalhar com a família e as visitas também são importantes porque em alguns casos a gente precisa ver como é a dinâmica familiar, como é a criança em casa, às vezes a criança também tá faltando por algum motivo. A gente faz alguma visita com objetivo de resgatar aquela criança [...](P4)

Percebeu-se que a família também nota a importância destas práticas e referem-se de forma positiva à mudança de comportamento das crianças envolvidas em atividades desse tipo, como pode ser observado nas falas a seguir:

É... eu gosto! Ela tá mais desenvolvida. Antes ela não sabia bem as cores e hoje ela sabe mais. Ela desenvolveu muito depois que ela entrou aqui no CAPisinho. (F1)

[...] eu gosto dos cuidados que ele tem! Só que eu ainda acho pouco. Deveria ter mais! Mais brinquedos, mais espaço pra ele interagir. (F2)

A única dificuldade é tá precisando de fono que aqui ainda não tem. (F3)

DISCUSSÃO

Os relatos enfatizam a importância da presença da equipe interdisciplinar no CAPS, bem como a preocupação com a diferenciação de tratamento e acompanhamento levando em consideração a idade das crianças e as dificuldades intelectuais e cognitivas apresentadas por elas, contando ainda com o envolvimento da família, como forma de apoio, conforto e estímulo.

A realização eficaz do projeto terapêutico individual em serviços de atenção psicossocial depende da participação efetiva da família, como fonte de apoio à pessoa/criança em situação de sofrimento psíquico, de modo a contribuir significativamente nas práticas de cuidado, aprendendo formas de manejo, incentivando adesão ao tratamento, bem como disponibilizando atenção, carinho e amor⁹.

A participação da família se traduz como forma de garantia para continuidade do cuidado, e, portanto, deve-se enfatizar a frequência dos parentes cuidadores em reuniões/grupos de família, possibilitando a construção de vínculos e uma relação triangular de troca entre o grupo familiar, os usuários e a equipe. Desse modo, a riqueza do momento está na possibilidade de compartilhar experiências e de encontrar apoio mútuo¹⁰.

Para tanto, o desenvolvimento de atividades voltadas para as famílias está pautado, sobretudo, na percepção de desgaste e sobrecarga emocional que permeia a rotina dos cuidadores, possibilitando o risco de adoecimento psíquico. Dessa forma, a equipe de saúde necessita de um trabalho conjunto com os familiares, não só para obter ou repassar informações sobre as crianças, mas para servir de suporte para a família.

De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, além do grupo de família, existem outras estratégias trabalhadas no CAPSinho, cujo objetivo principal é favorecer o desenvolvimento cognitivo e a socialização da criança em sofrimento psíquico, a exemplo da prática da estimulação sensorial.

A estimulação sensorial como instrumento terapêutico permite que as crianças expressem seus sentimentos e sensações, de forma livre e espontânea, fazendo com que elas possam entrar o âmago de suas relações consigo e com o mundo, favorecendo o desenvolvimento de canais sensoriais integrados aos sentimentos, podendo ser feita através de atividades com brinquedos, música, dança, dentre outros¹¹.

Com relação à estimulação sensorial por intermédio dos brinquedos, estes vêm sendo utilizados como instrumentos lúdicos e terapêuticos, uma vez que o brincar faz parte do universo das crianças, e dessa forma podem auxiliar no seu desenvolvimento psíquico, cognitivo e social. Ao brincar, as crianças podem apresentar comportamentos sugestivos do sofrimento psíquico como: condutas e reações destrutivas e retração social, o que de fato permite ao profissional a percepção e conhecimento do universo particular que essa criança vive, identificando suas limitações, dificuldades, angústias, bem como seus interesses para criar possibilidades de intervenção¹².

Portanto, partindo dos conhecimentos adquiridos acerca dos benefícios obtidos a partir das oficinas terapêuticas, destaca-se a formação de laços afetivos, construídos nas brincadeiras inseridas no mundo de fantasias, de ilusão e de imaginação que a criança vive

em meio a sua realidade. Considerando fundamental a ampliação do conceito e da prática do brincar para fazer com que a criança simbolize todo o seu prazer e sofrimento psíquico através dessas atividades.

Em associação à estimulação por meio das brincadeiras, a música também vem sendo utilizada como estratégia de cuidado no âmbito da saúde mental. O estímulo musical produz reações “neuropsicofisiológicas” específicas e importantes no processo de aprendizagem que ocorre no período de desenvolvimento do sistema nervoso da criança e que o acompanhará por toda sua vida. A percepção sonora e a música estão presentes desde o período pré-natal e passam por constantes transformações através de experiências que são adquiridas na primeira infância até atingirem a idade escolar¹³.

Neste caso, a música como prática de cuidado proporciona sensações diversas no organismo humano, agindo de forma a melhorar a qualidade de vida e também contribuindo para o processo de aprendizagem e interação¹⁴. Esse cuidado complementar pode ser capaz de modificar atitudes e comportamentos, estados de ânimo e, sobretudo, as relações interpessoais¹⁵.

A música também atua como mola propulsora para o desenvolvimento da autoestima, com técnicas destinadas a facilitar e promover a comunicação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização, e outros objetivos terapêuticos relevantes com a finalidade de atender as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas das crianças¹⁶.

Em outra vertente destacada pelos profissionais durante a entrevista, a existência do “grupo de medicação” merece destaque. A formação desse grupo permite que haja comunicação entre os familiares da criança e os profissionais do serviço para informação e exposição de dúvidas principalmente sobre posologia, reações esperadas e adversas, dentre outros fatores importantes relativos aos medicamentos utilizados no tratamento da criança. Alguns autores¹⁷, destacam a importância da troca de informações, principalmente em relação aos procedimentos de otimização da terapêutica e a promoção da adesão, com a consequente melhoria da eficiência do tratamento e redução dos riscos.

Embora a grande parte dos profissionais tenha citado a formação de grupos e oficinas como principais estratégias de cuidado, apenas um profissional discorreu a respeito do acolhimento da criança e da família no serviço, como uma estratégia de cuidado. A prática do acolhimento se caracteriza por um conjunto de atividades envolvendo escuta ativa, identificação da problemática e planejamento e ações e intervenções resolutivas para o enfrentamento do sofrimento, capaz também de ampliar as possibilidades de ação da equipe em resposta a demanda dos usuários adscritos no serviço¹⁸.

O acolhimento é um momento peculiar e decisivo para o tratamento, torna-se uma ferramenta de intervenção rica, baseada na escuta qualificada e na formação de vínculos de confiabilidade entre profissionais, criança e família, garantindo acesso ao serviço de saúde por meio de ações de responsabilização e resolutividade¹⁹.

O acolhimento em sua potencialidade pode ser considerado capaz de quebrar a verticalização nas relações, promovendo transformações no processo de trabalho dos profissionais, passando a ser uma ferramenta que irá criar uma rede de confiança e de solidariedade entre os usuários, entre os profissionais de uma equipe, entre a equipe e os usuários. Pois quanto maior for o compromisso do profissional com o usuário, maior será a

convergência dos processos de trabalho nos serviços através da tomada de acolhimento entre a equipe, usuário e familiares²⁰.

Neste caso, levando em consideração a dificuldade de socialização apresentada por crianças em situação de sofrimento psíquico, reitera-se a eficácia e aplicabilidade do desenvolvimento de estratégias de cuidado que possam assegurar a melhoria das relações interpessoais e a promoção da socialização²⁰. Assim, as práticas de cuidado valorizam, sobretudo, a formação de vínculo e a valorização da subjetividade do indivíduo, considerando-o como um ser expressivo, criativo, lúdico, social, com capacidade de desenvolver-se funcionalmente para uma maior independência dentro de suas possibilidades.

As estratégias de cuidado utilizadas nos serviços de saúde mental são desenvolvidas principalmente pela flexibilidade de atuação e grande possibilidade de intervenção, por meio de ações que promovam atitudes favoráveis à mudança de comportamento e melhoria dos aspectos cognitivos e sociais. Neste caso, nos CAPS infantil, essas estratégias têm grande impacto na proposta que compõe a integralidade do cuidado, por envolver esferas sociais, psicológicas e cognitivas, desenvolvendo aspectos relacionados ao raciocínio lógico, linguagem, percepção e memória²¹.

O objetivo principal das práticas de cuidado está voltado para a melhoria e qualificação do atendimento e manejo, em prol do avanço no tratamento da criança, pelo fato de auxiliar profissionais e familiares na formação de vínculos de confiabilidade²².

A transformação comportamental através do brincar vem se tornando algo presente e indispensável no tratamento de crianças em sofrimento psíquico, tendo em vista sua funcionalidade como proposta complementar as terapias medicamentosas, contribuindo de maneiras diferenciadas no desenvolvimento de cada criança, levando em consideração idade, necessidades específicas e aptidões²³.

Assim como os profissionais, os familiares têm consciência dos benefícios da utilização de brinquedos como instrumentos terapêuticos e entendem que além de ser uma necessidade básica da criança, representa melhorias cognitivas e oportunidade para a aprendizagem e desenvolvimento de suas habilidades.

Um dos familiares relatou que a dificuldade apresentada com relação a estratégia de cuidados é a ausência de profissional de fonoaudiologia. A atuação fonoaudiologia no CAPSi é de suma importância para o desenvolvimento da comunicação oral e escrita, voz e audição das crianças e estimulação cognitiva considerando sempre a prevenção e tratamento das alterações da linguagem.

Vale ressaltar também, que dificuldade em estabelecer uma equipe multidisciplinar diversificada não é exclusiva dos serviços de saúde mental. Profissionais, de atuação mais específica, muitas vezes são desconsiderados, por não conhecerem a amplitude do trabalho desse profissional, como também para diminuir os orçamentos gastos com recursos humanos.

Mesmo com a dificuldade apontada, observou-se que os participantes do estudo reconheceram que o processo de cuidado e de estabelecimento de relações de vínculo entre profissional, família e criança é indispensável para a adesão, manutenção e êxito do tratamento, pois além de acompanharem suas crianças no serviço, os familiares cuidadores conseguem dar continuidade às experiências vividas nos serviços em seu ambiente familiar.

CONCLUSÃO

As estratégias de cuidado abordadas neste estudo constituem algumas das diversas práticas utilizadas em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que promovem o exercício da cidadania para crianças em situação de sofrimento psíquico, sobretudo, pela possibilidade de efetivar reinserção social das crianças no seio familiar e na vida comunitária.

Nesse aspecto, as estratégias de cuidado apresentam-se como ferramentas que devem ser associadas à terapêutica medicamentosa, pelo fato de colaborar o atendimento das necessidades biopsicossociais do sujeito e por proporcionar um resgate e/ou desenvolvimento da autonomia. Entretanto, para que a aplicabilidade e a efetividade das práticas sejam alcançadas se torna necessária à colaboração dos familiares cuidadores e a comunicação horizontal entre eles e os profissionais de saúde que compõe a equipe.

Levando em consideração essa necessidade, constatou-se a preocupação dos profissionais em relação à participação mínima dos familiares, haja vista que, a família por deter maior parte do tempo em contato com as crianças, torna-se peça fundamental na prestação de cuidado e apoio no processo de reabilitação e desenvolvimento social e cognitivo.

Para tanto, o desenvolvimento dessas práticas de cuidado requerem uma realização mais abrangente, com acompanhamento eficaz, o que torna imprescindível a inclusão de mais profissionais especializados, para que ocorra um trabalho de qualidade e objetivo como: aumento da autoestima, socialização, redução da ansiedade, aperfeiçoamento da memória e da motricidade, redução de crises psicóticas, dentre outros sejam alcançados. Assim, evidenciou-se que as estratégias de cuidado utilizadas no Capsinho, apesar dos obstáculos encontrados, conseguem promover importantes mudanças no comportamento das crianças envolvidas nas atividades, contribuindo de forma positiva para o fortalecimento de vínculos e para a reinserção social.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2010.
2. VILLELA SC, SCATENA, MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 57, n. 6, 2004, p.738-741.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: DF, 86p. 2004.
4. MELO VJ, MENEZES TT. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. Rev. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2010, p. 38-46.

5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. (Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas). OPAS. Brasília: DF, 56p. 2005.
6. BELTRAME MM. Infância e saúde mental: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi. [Dissertação]. Maringá (PR).Universidade Estadual de Maringá: Maringá; 2010.
- 7.CONEJO SP, MORETTO CC, TERZIS T. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. *Revista do NESME*, São Paulo, v. 1, n. 5, 2008, p. 55-67.
- 8.BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Editora 70, 2009.
- 9.BASTOS VB. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, 2009, p. 42-135.
10. SANTIN G, KLAFKE TE. A família e o cuidado em saúde mental. *Barborói*. v. 09, n. 34, 2011, p. 146-60.
11. LAMPREIA CA perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Rev. Estudos de Psicologia I*, Campinas, v. 24, n. 1, 2007, p. 105- 114.
- 12.MENICALLI D. O transtorno mutismo seletivo e ludoterapia. *Revista das Faculdades de Educação, Ciências e Letras e Psicologia Padre Anchieta*, Jundiaí, v. 04, n. 8, 2002, p. 49 - 58.
- 13.FRANÇA CC, LOUREIRO CMV. Inclusão física versus integração: Função da musicoterapia na iniciação e educação musical da criança portadora de atraso do desenvolvimento na rede regular de ensino. In. *Anais do Congresso ANPPOM; 2005; Minas Gerais (MG)*. Minas Gerais: UFMG. Disponível em: http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2005/sessao22/cybelneloureiro_ceciliacavaliere.pdf. Acesso em 06 ago. 2013.
- 14.FONSECA KC. et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 08, n. 03, 2006, p. 398 - 403.
- 15.BACKES DS. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 66, n. 6, 2003, p. 37-42.
- 16.PADILHA MCP. Musicoterapia no Tratamento de Criança com perturbação do Espectro do Autismo. [Dissertação]. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Portugal; 2008.
- 17.GIACCHERO KG, MIASSO AI, MONTESCHI, M. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 4, 2009, p. 114-123.
- 18.FERREIRA LH, SCHEIBELB A. Acolhimento no caps: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 4, 2011, p.966-983.
- 19.SOLLA JSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 05, n. 4, dez. 2009, p. 311-322.
- 20.RASERA EF, ROCHA RMG. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, jan./mar. 2010, p. 35-44.
- 21.ANDRADE SA. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Pública*, Salvador, v. 39, n. 4, 2005, p. 606 - 611.
- 22.DIAS MGB, ROAZZI A, SANTANA SM. Paradigmas do desenvolvimento cognitivo: uma breve retrospectiva. *Estudo de psicologia*, Natal v. 11, n. 1, 2006, p. 71-78.
- 23.AZEVEDO DM. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. *Rev.Cienc Cuid Saúde*, Maringá, v. 6, n. 3, Jul./Set. 2009, p. 335-342.

Recebido em: 01/09/2015
 Revisão requerida: não
 Aprovado em: 12/11/2015
 Publicado em: 30/12/2015

Contato do autor correspondente:
 Anna Luiza Castro Gomes
 João Pessoa - PB - Brasil
 Email: annaenf@gmail.com