



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Bárbara Vanina Arantes

Relato de experiência vivenciada com a saúde mental e situações de álcool e outras drogas  
de um grupo de adolescentes: conhecendo sobre as demandas

BRASÍLIA - DF

2018

Bárbara Vanina Arantes

Relato de experiência vivenciada com a saúde mental e situações de álcool e outras drogas  
de um grupo de adolescentes: conhecendo sobre as demandas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção de grau de  
bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josenaide Engracia dos Santos

BRASÍLIA - DF

2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Especialista, Kelly Cristina Vieira Silva

Orientador (a)

---

Profª Drª, Josenaide Engracia dos Santos

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 05 de julho de 2018

## DEDICATÓRIA

*À minha família...*

*Aos meus amigos...*

*A todos envolvidos...*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus por sempre me abençoar, iluminar e proteger.*

*Ao meu pai Luiz Ricardo, aos meus irmãos Rodrigo e Rafael, às minhas cunhadas Thatiane e Samara, aos meus sobrinhos Breno e Henrique, e em especial à minha mãe Luciete que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e incentivando.*

*À minha professora orientadora Josenaide, por ter estado ao meu lado na elaboração deste trabalho, por ter me dado inúmeras oportunidades no âmbito da academia e por todos os ensinamentos dado.*

*Às minhas amigas Amanda Rodrigues, Ana Ariel, Ananda Vitória, Bárbara Christie, Bruna Almeida, Bruna Oliveira, Daniela Marques, Luisa Gabriela e Thainá Rocha. Em especial àquelas que estiveram ao meu lado desde o início da caminhada de formação acadêmica, compartilhando momentos bons e ruins.*

*Aos profissionais do CAPSi que me deram liberdade e voto de confiança para que eu pudesse aplicar a minha prática. Em especial à Kelly, Renata, Halyne, Simone e Camila.*

## EPIÍGRAFE

**Ansiedade (s.f.)** É se sentir preso em si mesmo. Aquilo que me faz dormir até o mais tarde possível só pra não precisar pegar meu celular e descobrir que você não mandou mensagem. É ver sangue em machucado raso. É gritar sem voz. É sentir que meu pulmão ficou três vezes menor. Mal que assombra quem costuma se entregar demais. O que me tira o sono e me mata o sonho. Palavra de cinco sílabas inquieta demais pra bula do meu remédio. (João Doederlein)

**Autoestima (s.f.)** É se apaixonar pela pessoa no espelho. É, mesmo de coração quebrado, estar de orgulho inteiro. É não precisar convencer a sua sombra de que você é uma pessoa que merece ser seguida. É fazer cafuné em si mesmo quando ninguém mais fizer. É plantar e colher amor próprio. É o que eu ensinaria pro meu eu de quinze anos, pra ele nunca mais ousar dizer que não é o suficiente pra alguém. (João Doederlein)

**Culpa (s.f.)** É errar com quem se gosta. É sentir pesar as próprias costas. É a multa que a vida entrega pela porta da frente. É o preço de decepcionar alguém. É dívida difícil de superar. As vezes é cicatriz que nunca vai sumir. É perceber do jeito mais difícil que nem tudo se perdoa. (João Doederlein)

**Depressão (s.f.)** É o vazio que consome seus dias um por um. É o lençol de uma tonelada que te impede de levantar. É minha alma excruciando. É o que devora meu presente. É guerra espiritual. É isolamento involuntário. É não sentir nada ao ponto de querer sentir qualquer coisa. É muita sílaba pra uma bula de remédio só. É definhando em pensamentos mortos. Não é frescura. (João Doederlein)

**Empatia (s.f.)** Não é sentir pelo outro, mas sentir com o outro. Quando a gente lê o roteiro de outra vida. É ser ator em outro palco. É compreender. É não dizer “eu sei como você se sente”. É quando a gente não diminui a dor do outro. É descer até o fundo do poço e fazer companhia pra quem precisa. Não é ser herói, é ser amigo. É saber abraçar a alma. (João Doederlein)

**Família (s.f.)** É o nosso conjunto de laços mais querido. Não precisa ter o mesmo sangue, basta sentir o mesmo amor. É quem cuida da gente quando a gente tá doente. É quem sabe que somos mais do que defeitos e qualidades. É quem aceita nossas manias. É quem tá do nosso lado nos momentos difíceis. É Ohana. “e Ohana quer dizer família. E família quer dizer nunca abandonar ou esquecer”. (João Doederlein)

## RESUMO

O presente trabalho descreve a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os objetivos e funcionalidades dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e as respectivas demandas que chegam ao CAPSi (infanto-juvenil), local do qual surgiu o relato de experiência. Tem-se por objetivo ilustrar a importância de realizar oficinas terapêuticas com grupos de adolescentes com transtorno mental, com quem faz uso abusivo de substâncias psicoativas e com suas respectivas famílias. Trata-se de um relato de experiência baseado na intervenção de psicoeducação seguindo os princípios da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) em um grupo de adolescentes e o grupo de família. Verificou-se que os adolescentes expressaram por meio da escrita, o que esperam do comportamento de seu familiar devido ao seu quadro clínico. A análise indica que é possível fortalecer os laços familiares quando se esclarece sobre as doenças e quando juntos se cria estratégias de enfrentamento.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica, CAPSi, psicoeducação.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
2.1. Caminho da Reforma Psiquiátrica.....	10
2.2. Centro de Atenção Psicossocial.....	14
2.3. Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.....	16
2.4. Oficinas Terapêuticas.....	17
2.5. As demandas do CAPSi.....	18
3. MÉTODO.....	24
4. INTERVENÇÃO E RESULTADOS.....	25
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
7. REFERÊNCIAS.....	30

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica foi um movimento social intenso dos quais faziam parte trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços e seus familiares que buscavam melhor assistência dos serviços de saúde mental e denunciavam a precarização dos métodos de tratamento e de maus tratos nos hospitais psiquiátricos, o qual era o único lugar para a prestação de serviços para os portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

A reforma psiquiátrica Brasileira teve a influência de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que considerava as internações em hospícios privavam os pacientes de exercerem direitos humanos, bem como intensificava a situação de exclusão social. Defendia que essas instituições não poderiam ser consideradas como um lugar de cura, e sim um ambiente de marginalização dessas pessoas (VIGANÒ, 2006).

Os atendimentos no Brasil eram todos em hospitais psiquiátricos com características asilares e agressivas com os pacientes de transtorno mental. Nise da Silveira, psiquiatra brasileira repudiou as intervenções violentas e inovou com espaços mais humanizados. Ela acreditava na terapia através da arte, como a pintura, o desenho e outras formas de expressão (DIAZ, 2008), ato que também de certa forma influenciou na reforma psiquiátrica.

Dessa forma, a reestruturação da reforma psiquiátrica foi dada início na década de 80, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 e as Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987, 1992 e 2001. É no contexto da promulgação da lei 10.216/2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2004) e os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) passa ter valor estratégico para o processo de desinstitucionalização.

Para Onocko-Campos; Furtado (2006), o CAPS é um serviço comunitário onde os usuários deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço. Além do acompanhamento clínico, o CAPS tem como objetivo também, a reinserção dos usuários na comunidade, no trabalho e no lazer e também, promover o fortalecimento de laços familiares desses usuários. (BRASIL, 2004)

No que se refere às modalidades de tratamento para o transtorno mental, nas últimas décadas houve um avanço considerável da abordagem psicossocial, que segundo Alves; Francisco (2009) se baseia em campos teóricos diversificados que consideram o lado empírico, o histórico, o cultural e o científico dos pacientes. Uma das ferramentas utilizada com atendimento no CAPS foram os grupos de conversas. Elas procuram conhecer a realidade dos pacientes e familiares em busca de possibilidades para uma escuta mais atenta, para estimular o fortalecimento de vínculos e sociabilidade.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **Caminhos da reforma psiquiátrica**

A seguir, serão discutidos os acontecimentos que contribuíram para essa revolução, em tempo cronológico.

Historicamente, houve grandes nomes que lutaram pela Reforma Psiquiátrica, como no caso de Nise da Silveira e Franco Basaglia. Basaglia foi um psiquiatra italiano que considerava as internações em hospícios privavam os pacientes de exercerem direitos humanos, bem como intensificava a situação de exclusão social. Defendia que essas instituições não poderiam ser consideradas como um lugar de cura, e sim um ambiente de marginalização dessas pessoas (VIGANÒ, 2006). Complementando o raciocínio de Basaglia, Puchivailo; Da Silva; Holanda (2013) refere-se que essa exclusão social que acontece nos hospitais psiquiátricos limita o sujeito a saber de si, sem liberdade para ter responsabilidade, autoridade e conhecimento de si mesmo.

Dessa forma, o sujeito se torna sem voz ativa, sem objetivos e sem perspectivas futuras. Até então, o sujeito era colocado entre parêntese como segundo plano, onde o primeiro plano seria a doença. A transformação começou quando o sujeito passou a ser colocado em primeiro plano e a doença de forma secundária, entre parêntese (BASAGLIA, 2005). Assim, Basaglia propõe que o novo modelo de assistência a essas pessoas sejam onde elas possam ser ouvidas, acolhidas para além de sua patologia, superando os julgamentos e estigmas que surgem decorrentes de alguns diagnósticos. Essa forma de atuação consiste no modelo Biopsicossocial, onde é considerado o biológico, psicológico e social de cada sujeito.

Então a partir do momento que o profissional estende a sua visão para o modelo de tratamento biopsicossocial, o sujeito começa a ser assistido de forma completa em suas

singularidades. Dessa forma, a luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil teve forte influência do Italiano Basaglia na mudança da concepção a respeito do processo de saúde-doença da “loucura” (BASAGLIA, 2005).

Nise da Silveira também lutou pela Reforma Psiquiátrica. A psiquiatra brasileira repudiou as intervenções violentas e inovou com espaços mais humanizados. Ela acreditava na terapia através da arte, como a pintura, o desenho e outras formas de expressão (DIAZ, 2008). Como podemos ver em Pereira; Nogueira; Lima (2016), Nise não se preocupava apenas com o tratamento que era ofertado aos sujeitos dentro dos hospitais psiquiátricos, mas também com a continuidade de vida que o sujeito terá após a alta. Nise questionava como a família e a sociedade vão encarar esse retorno, como será sua vida ocupacional e como lidar com os estigmas da doença.

O primeiro movimento que ocorreu e foi considerado o início pela luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1978. Foi caracterizado pelas denúncias de violências nos hospitais psiquiátricos e das críticas ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico como formas de atenção dada a esses pacientes (BRASIL, 2005).

Em 1987 houve o II Congresso Nacional do MTSM em São Paulo. Pensando-se na desinstitucionalização psiquiátrica, adotam o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília (BRASIL, 2005). Acreditava-se que a política nacional de saúde mental necessitava integrar-se à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal, para a igualdade dos direitos e a ativa participação social dessas pessoas com transtorno mental (BRASIL, 1988).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu dando continuidade ao propósito da I Conferência Nacional de Saúde Mental. A participação das pessoas com transtorno mental se tornou mais forte nas plenárias e nos tribunais possibilitando o surgimento de uma nova dinâmica de trabalho (BRASIL, 1994), onde as relações de trocas dessas pessoas levaram a fundar os Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção psicossocial, e hospitais-dia com normas para a fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a participação dos usuários do serviço de saúde mental e de suas famílias se tornou mais efetiva, consolidando a Reforma

Psiquiátrica como política de Estado. Os CAPS passaram a configurar como estratégia para essa mudança de assistência à saúde. Fortaleceu-se o movimento em prol da criação de uma política de saúde mental voltada para os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005), capaz de proporcionar acesso, qualidade e humanização no tratamento (BRASIL, 2001).

Inicia-se então a elaboração das primeiras estratégias, políticas e programas das autoridades públicas para minimizar as internações psiquiátricas, com a diminuição da quantidade de leitos e com a criação de novos serviços de saúde voltados a propiciar melhorias na assistência à saúde para as pessoas com transtorno mental grave e persistente.

Neste sentido, em 1987 surgiu o primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo. Em 1989 houve uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos que eram contra os maus tratos que os pacientes recebiam, e suas respectivas mortes que ocorriam no antigo hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta. Estes dois acontecimentos juntamente com a criação dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) possibilitaram a criação de novos serviços públicos de saúde oferecidos a essas pessoas e substituindo o antigo modelo de atenção de saúde, os hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005).

Politicamente, importantes avanços na luta da Reforma Psiquiátrica se deu por meio do Deputado Paulo Delgado com a antiga Lei 3657/1989 que foi revogada pela Lei 10.216/2001 que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001). Também de cunho político, houve a assinatura da Declaração de Caracas, que consistia na crítica do método convencional de tratamento psiquiátrico, que não vinha da atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, preventiva e participativa (BRASIL, 1990).

Pensando nisso, o Governo cria o programa de volta para a casa, resultante da Lei 10.718/2003, que garante a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental. Visa à inclusão social dessas pessoas e a mudança de assistência à saúde dos mesmos. Tem por objetivo reintegrar o sujeito que antes havia longos históricos de internação nos hospitais, para o direcionamento da assistência ao território e à comunidade. O programa consiste em oferecer uma contribuição financeira para auxiliar em sua reabilitação, o que favorece o fortalecimento de sua rede de relações e o estímulo ao exercício da cidadania (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, estão os Manicômios Judiciários, um espaço de exclusão e violência decorrentes das internações compulsórias das pessoas com transtorno mental que cometem crimes. Este espaço não é gerido pelo SUS, não sendo seguidas as normas de funcionamento exigido pelo mesmo. O Ministério da Saúde trabalha para que o louco infrator seja assistido de forma extra-hospitalar, utilizando principalmente o dispositivo CAPS para oferecer a assistência (BRASIL, 2005).

Todavia, os CAPS ainda continuam sendo pouco utilizados pelo louco infrator. O primeiro Manicômio judiciário foi fundado no Brasil no início do século XX. Com a reforma psiquiátrica pautada pela Lei 10.216 de 2001, estes estabelecimentos passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). O HCTP é um órgão que atende a pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito e, por isso, estão sob custódia. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando reintegrá-los ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir (DINIZ, 2013).

As intervenções terapêuticas em hospitais psiquiátricos e HCTP são baseadas na utilização de medicamentos, celas fortes, camisas de força, choque cardiazólico, insulinoterapia (choque), eletroconvulsoterapia, praxiterapia etc. O uso de lençóis e de faixas de tecido de algodão para contenção era um dos métodos de tratamento (GUIMARÃES et al, 2013).

As condições inadequadas desses estabelecimentos demandou a adoção de providências por parte das autoridades sanitárias. Como por exemplo, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria em 2002 com o propósito de reduzir e fechar os leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual. Tal Programa foi utilizado como instrumento de avaliação da qualidade da assistência desses hospitais, seja privado ou público. Aqueles que não se enquadram às normas do SUS, seriam proibidos o seu funcionamento (BRASIL, 2005).

Outro programa foi o de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS com objetivo de reduzir leitos nos hospitais psiquiátricos. A redução dos leitos é feita de forma anual e há um limite mínimo e máximo de leitos em determinadas classes de hospitais. A variação dos fechamentos dos leitos varia entre 40, 80 e 120 anualmente, conforme a

capacidade total de leitos no hospital. Esse processo reforça positivamente a Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2005).

Contudo, a Reforma Psiquiátrica somente se oficializa como uma política do Governo Federal após o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial no estado de São Paulo em 2004. O que se pretendia era construir uma nova rede de atenção à saúde para essas pessoas com transtorno mental substituindo as internações hospitalares, e fiscalizar o fechamento dos leitos psiquiátricos que ainda existiam. Pois, mesmo com todos os programas e políticas voltados para a saúde mental, os maiores investimentos do Ministério da Saúde até então eram voltados para os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). O que foi modificado a partir de 2004 com a implantação de mais CAPS e da rede de atenção psicossocial em 2011.

Dessa forma, dispositivos como os CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios e Centros de convivência, passam a ser convocados para oferecerem tratamento a estes cidadãos, com a luta pela garantia à assistência, à saúde pública e de qualidade e à proteção aos Direitos Humanos de um grupo social que há séculos é vítima de exclusão e preconceito (BRASIL, 2005). É partindo desse pressuposto que o presente trabalho busca relatar a experiência vivenciada com a temática saúde mental e álcool e outras drogas na perspectiva dos adolescentes e familiares de um CAPS, e ressaltando a sua importância para essa população.

### **Centro de Atenção Psicossocial**

O CAPS é um serviço do SUS aberto para a comunidade. É o lugar de referência para o tratamento de pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental grave e persistente que requerem atendimento intensivo, comunitário, personalizado (cada sujeito possui seu plano de tratamento, conhecido como PTS, pois cada um tem suas singularidades) e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Os objetivos do CAPS são oferecer acompanhamento clínico, reinserir o sujeito na comunidade, estimular o exercício dos direitos civis e fortalecer os laços familiares. O CAPS visa prestar atendimento diariamente, fazer a articulação Inter setorial para melhor reinserção do sujeito no território, entre outros. A estrutura física de um CAPS deve conter: Consultórios para atendimento médico, salas para atividades em grupo e realização de oficinas, espaços de

convivência para que se tenha a interação entre os próprios pacientes, refeitório, sanitários e áreas externas para a realização de atividades de lazer, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

O perfil das pessoas que podem ser assistidas pelo CAPS não restringe apenas aos que possuem algum sofrimento psíquico, mas abrange também às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (substâncias psicoativas), sendo tanto criança, adolescente ou adulto. Essas pessoas podem procurar o serviço do CAPS quando já esteve em situação de internação prolongada em hospitais psiquiátricos, em situação de nunca ter tido internações prolongadas, mas que era acompanhado por outros tipos de serviços de saúde e receber encaminhamento para o CAPS, ou ainda, procurar o serviço por livre e espontânea necessidade de tratamento (BRASIL, 2004).

Ao chegar ao CAPS, o sujeito será acolhido e escutado de forma mais abrangente, de modo a se compreender a problemática do usuário, e proporcionar o vínculo profissional-paciente. Após o acolhimento, é analisado se o sujeito tem ou não demanda para o acompanhamento no CAPS. Caso tenha, será iniciado o planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007).

Caso o sujeito não tenha demandas para receber acompanhamento do CAPS, o serviço fará encaminhamento para o serviço assistencial que melhor atende as necessidades do sujeito. No atendimento no CAPS temos também o Terapeuta de Referência (TR), que é o profissional responsável pelo tratamento do usuário dentro do serviço. Cabe ao TR, montar e acompanhar o PTS do usuário, e/ou fazer alterações quando achar necessário, fazer a comunicação com o familiar e realizar as reavaliações para notar evolução do quadro do usuário (BRASIL, 2004). As formas de atendimento que o CAPS pode oferecer são de três tipos:

Atendimento intensivo, atendimento semi-intensivo e atendimento não intensivo. O primeiro tipo de atendimento refere-se à atenção contínua e diária que o sujeito necessita, decorrente de um grave sofrimento psíquico, com episódios de crises e com difícil estabelecimento de relação com a família. A segunda forma de atendimento é oferecida quando o sujeito não mais se encontra em um quadro de intenso sofrimento psíquico e nem com problemas de relação familiar, mas quando o sujeito necessita de atenção profissional para reestabelecer sua autonomia para dar seguimento em sua vida. Por último, o atendimento não intensivo é aquele que a pessoa não necessita de uma atenção contínua, mas sim de um suporte para fortalecer a vivência dele na comunidade, com suas relações sociais e com suas ocupações (BRASIL, 2004, p.16).

As modalidades de atendimento no CAPS são diversas, podendo ser: Atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento domiciliar e atendimento para a família. O

CAPS oferece também variadas formas de atividades terapêuticas, como: atividades comunitárias, psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas e atividades artísticas. Esses recursos podem ser utilizados desde que faça sentido para o sujeito, para promover oportunidades de trocas afetivas, simbólicas e materiais, e favorecer vínculo e interação social (BRASIL, 2004).

Cabe ao CAPS também realizar ações como tratamento medicamentoso, atendimento grupal ou individual para a família, atendimento psicoterápico, orientações tanto para o usuário como para a sua família, atividades de suporte social, oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004).

Existem diversas categorias de CAPS para melhor atender a população. Pois cada CAPS tem suas demandas específicas de atendimento, como os CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2004). O presente trabalho tem o CAPSi como foco da discussão.

### **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**

É o oferecimento de tratamento diário destinado para as crianças e adolescentes que possuem algum tipo de transtorno mental. Entre as demandas aceitas no serviço estão o Transtorno do Espectro do Autismo, as psicoses e neuroses e toda e qualquer condição psíquica que o sujeito tem e que leva ele à fragilidade dos laços sociais (BRASIL, 2004).

A psicose infantil e o autismo são diagnósticos que não possuem causa específica para o seu surgimento. A Organização Mundial de Saúde (1995) estima que os problemas relacionados ao sofrimento psíquico representam cinco das dez principais causas de incapacidade no mundo. Cerca de 400 milhões de habitantes do planeta sofrem de transtornos mentais ou neurológicos ou ainda de problemas psicossociais associados, por exemplo, ao abuso de álcool ou drogas.

Os transtornos mentais na infância e adolescência têm forte impacto social e familiar e podem estar associados a problemas psiquiátricos e sociais. A prevalência desses transtornos estimada para a população infanto-juvenil vai de 10% a 15%, amplia a faixa de prevalência até os 20% e considera os mais comuns como sendo os de comportamento, atenção, emocionais e hiperatividade (HOFFMAN, 2005). Dentre as medidas que podem favorecer o tratamento dessas crianças e adolescentes estão: mantê-los em casa com sua família, a família deve ser parte integrante do processo de intervenção e suposta recuperação, ter múltiplos

objetivos para tal ação com a criança e/ou adolescente, ter uma equipe interdisciplinar, trabalhar com a redução de danos, pois qualquer ganho neste quesito irá resultar positivamente na saúde da criança e/ou adolescente, e visar à inclusão social, principalmente a escolar dessas crianças e adolescentes (BRASIL, 2004).

Os atendimentos oferecidos no CAPSi são atendimento individual e grupal tanto para o usuário como para a família, visitas domiciliares, atividades de inserção social (relacionadas à escola) e oficinas terapêuticas. A visita domiciliar é o atendimento realizado pelo profissional do CAPS para o usuário e também à sua família em casa. (BRASIL, 2004).

As estratégias de cuidado realizadas no CAPSi se tratando dos atendimentos individuais, buscam promover momentos diferentes e singulares como o brincar, utilização de músicas, contação de histórias, oferecer estímulos sensoriais, promover a consciência e percepção corporal, buscando assim, o desenvolvimento psicossocial (ARAUJO et al, 2015).

### **Oficinas Terapêuticas**

As oficinas terapêuticas são as principais formas de tratamento que são oferecidas pelos CAPS. Essas oficinas são atividades que são realizadas em grupos sob a orientação de algum profissional do serviço. As atividades são elaboradas de acordo com o interesse dos participantes, das necessidades de cada sujeito com foco na integração social e familiar, na manifestação de sentimentos, no desenvolvimento de habilidades corporais, na realização de atividades produtivas e no exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004).

Se tratando das crianças que sofrem psiquicamente, Araujo et al (2015) destaca a importância e os benefícios das oficinas terapêuticas como a formação de laços afetivos entre os sujeitos por meio das brincadeiras fantasiosas e das imaginações que as crianças exercem. Considera-se fundamental ampliar o conceito e os significados do brincar para a criança, pois por meio desta ocupação ela pode expressar suas emoções e prazer, como também, seus sofrimentos internos.

As oficinas terapêuticas podem ser divididas em oficinas expressivas, geradoras de renda, e de alfabetização. As oficinas expressivas podem ser de forma plástica, como a pintura, argila e desenhos, podem ser de forma corporal como a dança, ginástica e teatro, de forma verbal como as poesias, os contos, a leitura e os textos como letras de música e/ou de teatro, e as de caráter musical. As oficinas geradoras de renda é uma prática desenvolvida para

auxiliar financeiramente o sujeito. Elas podem ser desenvolvidas por meio de artesanatos, culinárias, costuras, cerâmicas, bijuterias, etc. As oficinas de alfabetização são destinadas para aqueles que não tiveram acesso à escola ou que tiveram que abandonar. É um espaço para as pessoas exercitarem a leitura e a escrita. (BRASIL, 2004).

As oficinas terapêuticas podem ser aplicadas a situações específicas de demandas do CAPSi, como no caso de adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas como retratado em Noronha et al (2016) quando as famílias relatam que esse espaço de diálogo, convivência e discussão que as oficinas terapêuticas proporcionam contribuem para o combate do uso das substâncias, e também, evita o contato do adolescente com as mesmas. As famílias ressaltam a importância de ter um espaço que ocupe o adolescente com temas variados, para que assim, ele possa dar novos ressignificados em sua vida e ter poder de escolha do que é melhor para si.

O estudo feito por Noronha et al (2016) enfatiza o benefício das oficinas terapêuticas para os adolescentes do serviço de CAPSi, de acordo com a perspectiva da própria família. As famílias destacam as oficinas terapêuticas contribuindo para a mudança positiva na vida do adolescente, para os laços afetivos pois ensinam e ajudam a enfrentarem os problemas diários, melhoram a autoestima, a comunicação, a desenvoltura, a disposição para realizar as atividades do dia-a-dia, traz calma, e principalmente, contribuem para um melhor convívio no contexto familiar e escolar. As oficinas terapêuticas são importantes não apenas por proporcionarem interações sociais, ressocializações, mas também por promover diálogos com o intuito de empoderar o sujeito que é atendido no serviço e fortalecer sua autonomia, que é o poder de escolha que você tem sobre si e suas decisões, e conseqüentemente, conscientizar de seus atos.

Pelo fato de estarem lidando com a população que está em fase de constantes mudanças e transformações, de construção de sua personalidade e de descobertas é imprescindível que o CAPSi faça essa comunicação entre os diversos serviços que o sujeito está inserido, como as escolas e os outros dispositivos que estão à disposição para o seu lazer e seu ciclo social.

### **As demandas do CAPSi**

Decorrente da experiência vivenciada no CAPSi, o serviço recebe demandas de Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante

a infância ou a adolescência (Distúrbios de conduta e transtornos hipercinéticos), Transtornos do desenvolvimento psicológico (Transtornos globais do desenvolvimento), Transtornos do Humor afetivos (episódios depressivos e Transtorno afetivo bipolar), Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativa (Uso nocivo para a saúde), Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (outros transtornos ansiosos e Transtorno obsessivo-compulsivo,) como são descritas no Código Internacional de Doenças (CID-10).

No CID-10, o Transtorno de Conduta é classificado como distúrbios caracterizados por condutas antissociais, agressiva e desafiante. Os comportamentos descumprem as expectativas sociais da própria infância. As travessuras infantis e a rebeldia dos adolescentes não devem ser um medidor para o diagnóstico. Para o diagnóstico, os comportamentos devem ir além das travessuras e da rebeldia e devem ser duradouros com média de seis meses ou mais. Agressividade excessiva, crueldade com pessoas e animais, crime de dano, condutas incendiárias, roubos, fugas, birras frequentes e graves são critérios para hipótese-diagnóstica (BRASIL, 2008).

Os comportamentos opositivos podem assumir diversas formas, podendo ser passivos, quando uma criança não responder a um dado estímulo, permanecendo inativa e acomodada, ou desafiadores, incluindo verbalizações negativas, comportamentos hostis e resistência física que incidiriam junto com a desobediência (CABALLO; SIMÓN, 2015).

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) inclui os transtornos hipercinéticos. Rohde et al. (2000) classificam o TDAH em três características: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A criança com TDAH apresenta dificuldade em focar atenção nos mínimos detalhes das atividades e tarefas, cometem erros ao realizar as atividades da escola e não finalizam as mesmas, dificuldade em manter a atenção nas atividades lúdicas, não respondem como esperado quando são direcionados à palavra, não seguem instruções para realização de tarefas e não possuem planejamento para organizar as mesmas, se distraem facilmente e apresentam um alto nível de esquecimento nas atividades e tarefas cotidianas.

As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras do que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São

impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima (SENO, 2010).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) manifesta sintomas neurobiológicos que são influenciados tanto por fatores ambientais, como genéticos. Prejuízos na comunicação, na interação social e comportamentos restritos e repetitivos são características marcantes do transtorno. Os sintomas do TEA são desenvolvidos de forma precoce na infância, comprometendo o desenvolvimento típico e causando barreiras no dia-a-dia. O TEA geralmente é acompanhado por transtornos secundários como a deficiência cognitiva, epilepsia, TDAH, transtornos psiquiátrico, dentre outros (MARCHEZAN; RIESGO, 2016, p. 378).

A criança com TEA apresenta dificuldades em se interagir com outros, de se comunicar, e de exercer o brincar simbólico. Possuem um reduzido repertório de atividades e interesses e se comportam com movimentos estereotipados (GADIA; ROTTA, 2016, p. 371).

Há alguns sinais de alerta para supor que a criança tenha TEA: Os pais ou cuidador queixam que o bebê é diferente, quando a criança não faz contato olho a olho, não responde quando é chamado, quando prefere ficar sozinho ao invés de ficar no colo. Na suspeita de TEA, deve-se procurar o CAPSi, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e CER (Centro de Reabilitação). Os tratamentos tornam-se mais eficazes quando o TEA é detectado precocemente. As intervenções são multiprofissionais e multidisciplinares visando áreas específicas como a social, cognitiva, motora e escolar. Dessa forma, a família, a equipe escolar e a criança melhoram seus comprometimentos nas habilidades sociais (BRASIL, 2018).

Se tratando das intervenções oferecidas às crianças com TEA, elas tendem a ser vistas mais positivamente quando submetidas de forma precoce. As intervenções que iniciam antes dos três anos de vida geram maior impacto do que aquelas que começam a ser investidas a partir dos cinco anos de idade. Essas intervenções são de caráter multiprofissional, onde a terapia fonoaudióloga, terapia psicopedagógica e a terapia ocupacional são as formas de tratamento, entre outras (GADIA; ROTTA, 2016, p. 373).

Del Porto (1999) descreve que a depressão é composta por sintomas psíquicos, sintomas fisiológicos e evidências comportamentais. No sintoma psíquico encontra-se o humor depressivo, onde a pessoa tem sentimento de culpa, se sente triste e há autodesvalorização, a pessoa tem uma redução no prazer para realizar atividades e tarefas, quando antes eram prazerosas a ela, sensação de fadiga, redução ou perda da energia, diminuição da capacidade de pensar, se concentrar e /ou tomar decisões. Os sintomas fisiológicos são as alterações do sono e do apetite, e redução do interesse sexual. As evidências comportamentais são o retraimento social, as crises de choro, comportamentos suicidas e retardo psicomotor ou agitação psicomotora.

Os principais sintomas da depressão na criança e no adolescente são dor torácica, pressão no peito, angústia, falta de ar, tremor, pensamentos de morte sem que exista a tentativa do suicídio, crise de choro de forma frequente, desânimo, cansaço, dificuldade em se concentrar e alterações no sono como a insônia (ASSUMPÇÃO JR; CURÁTOLO, 2004).

Quando se trata de Saúde Mental na infância e na adolescência, há alguns fatores de risco que não se diferencia dos citados acima e podem ser considerados como situações de crise depressiva, como por exemplo: Risco de suicídio, agitação psicomotora, alterações senso-perceptórias, ilusões e alucinações, catatonia, confusão e /ou desorganização de ideias e pensamentos, humor eufórico, delírios e distúrbios metabólicos (BRASIL, 2018).

Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento da depressão na adolescência: A relação malsucedida com os pares (parceiros, companheiros, amigos), a relação familiar conflituosa, as experiências negativas na escola, a autoimagem distorcida etc. (BRASIL, 2017).

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno mental que consiste nas alterações em que de um lado há um elevado grau de humor, enquanto que do outro lado há um grau elevado de irritabilidade e depressão. Assim, a pessoa com TAB pode ficar com as relações afetivas fragilizadas. Trata-se de um transtorno que se manifesta na pessoa de forma silenciosa, refletindo nos seus comportamentos e alterando a percepção da realidade, causando perda significativa na sensibilidade e nos sentimentos. Dessa forma, a pessoa se torna fria em suas relações afetivas e encaram essa relação de forma superficial, se distanciando desses laços. Além disso, a pessoa costuma culpar o outro pelo cenário atual das relações, causando estresse e desgaste (MALTA; CAFIEIRO, 2017).

Juruena (2005, p. 219) aponta em seu estudo que dentre as intervenções dadas ao TAB, está a psicoeducação. Com o objetivo de oferecer informações para a pessoa acerca da natureza e do tratamento do transtorno, para que a pessoa possa compreender a doença e assim, melhor lidar com a situação.

Os Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativa são recorrentes na fase da infância e adolescência, pois o álcool é a substância que mais é utilizada precocemente por esse público jovem. O uso abusivo de álcool por adolescentes pode acarretar prejuízos até a sua fase adulta, como por exemplo, pelo fato de ser na adolescência que ocorre o amadurecimento cerebral. Esse uso abusivo por parte dos adolescentes compromete o seu desenvolvimento escolar a partir do momento que o álcool proporciona alterações na memória, sendo essa um elemento do processo de aprendizagem. Conseqüentemente, o adolescente terá queda no rendimento escolar e isso pode refletir diretamente ou indiretamente em sua autoestima, o que pode se tornar um disparador para que o adolescente experimente e consuma mais ainda a mesma substância psicoativa ou outras novas, ao invés do adolescente diminuir ou interromper o uso. Os efeitos desse uso abusivo de álcool e outras drogas podem causar retardo no desenvolvimento humano decorrente do adolescente estar em construção em seu âmbito biológico, social, pessoal e emocional (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

As circunstâncias que levam a criança ou o adolescente a usar drogas são diversas, como: o interesse em experimentar sensações diferentes, para se sentir melhor, para aliviar emoções que não são do seu agrado, devido a sua insegurança, para ser aceito em determinado grupo social, por ter a autoestima baixa, para questionar o seu valor diante seus pais e/ou responsável, para mudar o seu humor, nível de consciência e a percepção do mundo (BRASIL, 2017).

De acordo com o CID-10, o Transtorno de Ansiedade é desencadeado exclusivamente e essencialmente em situações determinadas e estabelecidas quando na verdade não apresentam nenhum dano real para a pessoa. Na maioria das vezes, essas situações podem ser evitadas e suportadas pela pessoa. Palpitações, sensação de desmaio, medo de morrer e perda do autocontrole são sintomas que manifestam na pessoa quando ela se encontra em um quadro de preocupação excessiva. O Transtorno de Ansiedade possuem outras variações como a Ansiedade Generalizada e o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (BRASIL, 2008).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um transtorno de dimensão tripla: fisiológica, cognitiva e comportamental. Os principais sintomas são a inquietação, fadiga, dificuldade em se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Esses sintomas quando presentes na vida da pessoa com TAG faz com que ela tenha prejuízos significativos no funcionamento de suas atividades do cotidiano e na realização de seu papel ocupacional e social. Para o sujeito chegar ao nível de ter TAG, o sujeito antes passou por um longo período de ansiedade, o que sugere que o início desse histórico seja na fase da infância (KAPCZINSKI; MARGIS, 2007, p. 209).

Conforme o CID-10, o Transtorno Misto Ansioso e Depressivo faz com que a pessoa tenha sintomas ansiosos e depressivos ao mesmo tempo, sem que haja predominância e intensidade de um transtorno sob o outro. Então, para o diagnóstico de Transtorno Misto Ansioso e Depressivo, os sintomas devem estar presentes simultaneamente. Quando os sintomas de um sobrepõem os sintomas do outro, devem ser analisados separadamente para conclusão do diagnóstico, como sendo sintomas restritos à depressão ou sintomas restritos à ansiedade (BRASIL, 2008).

Ito (2012, p. 125) define o Transtorno de Pânico como sendo a reação equivocada do sujeito em relação aos alertas que o próprio organismo manifesta quando situações externas acontecem. Dessa forma, o sujeito interpreta como sendo ameaçadoras, mesmo quando não há embasamento real para tal percepção. A manifestação do transtorno pode ser por meio de fatores tanto de forma externa como locais e situações, ou de forma interna como pensamentos e sensações corporais levando o indivíduo a fazer avaliações negativas desses fatores causando pensamentos e sensações de morte, de enlouquecimento e da perda do autocontrole. As pessoas com Transtorno de Pânico ficam mais ansiosas e apreensivas. Apresentam comportamentos de esquiva e fobia decorrentes das suposições de que novos ataques de pânico irão acontecer.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) para Cordioli; Vivam; Braga (2017, p. 9) são alterações no pensamento que podem levar a obsessões nos comportamentos se tornando compulsões e nas emoções manifestando ansiedade e medo. Popularmente, são conhecidos como “manias”. A pessoa com TOC sofre com seu familiar e amigos, por eles não compreenderem que a pessoa não consegue deixar de realizar esses atos repetitivos e deixar de ter essa preocupação nos pensamentos. O TOC pode manifestar no sujeito por meio de sintomas leves, onde dificilmente irá comprometer as atividades e a rotina desse sujeito.

Porém, o TOC pode manifestar sintomas graves para a pessoa, no qual a pessoa pode se tornar incapaz de realizar suas atividades e exercer seu papel no dia-a-dia. Por esta razão, a pessoa com TOC de grau grave causa uma sobrecarga para as outras pessoas que estão ao seu redor, para o serviço de saúde que lhe atende, e principalmente para a sua família, por se tornarem dependentes deles. O TOC pode ser desencadeado de forma precoce, até os dez anos de idade atingindo maioritariamente o sexo masculino.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva, desenvolvido no serviço CAPSi, que assiste a crianças, adolescentes e famílias. A experiência diz respeito ao estágio curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília na área de Saúde mental. O estágio teve a duração de cerca de quatro meses, com início no mês de agosto e término no mês de novembro do ano de 2017, com 20 horas semanais.

Os atendimentos foram direcionados para adolescentes e suas famílias assistidos no CAPSi, por meio de oficina psicoeducacional. A oficina psicoeducacional, foi utilizada como ferramenta metodológica na produção de conhecimentos e ações relacionada à família e o próprio adolescente. Os profissionais envolvidos foram a psicóloga e a estagiária do curso de Terapia Ocupacional, respeitando a ética profissional, as políticas e formas de tratamento em Saúde Mental a partir de livros, periódicos, legislação específica e documentos técnicos.

A estratégia metodológica consistiu em condução de grupo de adolescentes que acontece às quartas-feiras com duração de 1 hora, cujo objetivo é compartilhar experiências, pensamentos e debates sobre assuntos de interesse dos adolescentes. Participava do grupo dez adolescentes, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino. Durante a realização dos grupos, foi feita a escuta qualificada a partir das próprias demandas trazidas por eles. A Escuta Qualificada é o ato de dar ouvidos, dar atenção e se preocupar com aquilo que o sujeito expõe. Com esse método, o sujeito pode falar sem que seja realizado juízo de valor. Quando a pessoa se sente ouvida e acolhida ela tende a mudar atitude em si mesma e também para/com outras pessoas. Além delas se sentirem valorizadas, menos defensivas e mais flexíveis (SANTOS, 2014).

O ato de ouvir é um benefício de mão dupla. Tanto para aquele que está falando, desabafando sobre o que lhe aflige, como para aquele que está ouvindo, que pode de certa forma encontrar a problemática da pessoa e ajudá-la. Com a escuta qualificada, você pode

melhor conduzir as intervenções, já que você terá conhecimento das demandas e dos sentimentos de uma única pessoa ou de um grupo (SANTOS, 2014). Dessa forma, há um vínculo maior entre paciente e profissional, Souza; Melo (2015) afirmam que a escuta possibilita o profissional a ouvir o sujeito e criar empatia, tornando o sensível com a situação. Após o momento de escuta foi programada a intervenção que consistia em etapas.

## **INTERVENÇÃO E RESULTADOS**

A primeira etapa foi a introdução do assunto da depressão no grupo com os adolescentes e no grupo de família, abordando os estigmas da doença a fim de desfazer esses mitos e expressões que são frequentemente utilizados pela sociedade. Juntamente com os sintomas e comportamentos que são manifestados no sujeito quando se encontra neste quadro, e por último, expressões afirmativas acerca do diagnóstico.

Os estigmas abordados foram: depressão não é frescura, depressão não é falta de Deus, depressão não é preguiça, depressão não é um meio para chamar atenção, depressão não é desculpa, depressão não é drama. Se tratando da atuação clínica, é importante que o profissional tenha ciência da possibilidade do estigma e da discriminação que podem estar relacionado com a patologia (BRASIL, 2013).

Os sintomas e comportamentos (sinais de alerta) que são desencadeados na pessoa com depressão, ressalta-se que tem a ver com a intensidade dos sintomas, ou seja, são situações agudizadas excessivamente: Ter falta ou excesso de sono, ter falta ou excesso de apetite, ter a autoestima baixa, ter falta de disposição, sentir insegurança, sentir angústia, sentir medo são alguns dos sintomas mais presentes na vida da pessoa com depressão. Braga; Dell’Aglío (2013) destaca a necessidade dos profissionais da área da saúde ter a capacidade de identificar os sintomas depressivos e saber como fazer o manejo.

Os comportamentos mais recorrentes são: Passar o dia trancado no quarto, deixar de realizar suas atividades de vida diária e de lazer, ter crises de pânico, ter crises de choro, ter crise de ansiedade, se machucar para aliviar o sofrimento.

E por fim, expressões afirmativas sobre a depressão: Depressão existe, depressão é uma doença, depressão requer cuidados, depressão requer atenção, procure ajuda, não tenha medo e nem vergonha. Conforme descrito pelo Ministério da Saúde, cabe ao profissional fornecer informações sobre a doença e as formas de tratamento (BRASIL, 2013).

A segunda etapa consistiu na confecção dos materiais psicoeducativos com frases confeccionadas pelos jovens que integram o grupo e sintetizam seus pensamentos e crenças. Na oficina eram presentes todos os tipos de comportamento entre os adolescentes. Mas independente dos tipos de comportamento foram propostas atividades para estes, com a intencionalidade de trabalhar com maior foco os pontos de compartilhamento sobre depressão. Então se propôs a confecção de materiais informativos sobre depressão em forma de questionamento: De quem é a culpa? Pois, foi observado durante os atendimentos, que os adolescentes se culpam diariamente em relação a seus comportamentos, reações, a forma em que conduz sua vida de forma em geral.

Muitas vezes, esse sentimento de culpa vinha acompanhado de sentimentos que os deixavam inconformados, revoltados e perdidos por não saberem se essa forma de se viver era reflexos exclusivos de sua pessoa ou da doença que ele tinha. O questionamento da pergunta tinha esse propósito, instiga-los a pensar a palavra culpa? Da pessoa ou da depressão? Del Porto (1999) explica que na depressão delirante, a pessoa interpreta acontecimentos comuns do cotidiano como sendo originários de seus próprios defeitos, se culpando de forma indevida e de forma inapropriada.

A seguir frases dos adolescentes que foram retirados dos materiais psicoeducativos confeccionados por eles:

*“Como ajudar um depressivo? Passo 1: Respeite! Passo 2: Não julgue! Passo 3: Isso é tudo, pessoal!”*

*“Como uma pessoa que sofre de depressão se sente? Normalmente uma pessoa que sofre depressão tem muita baixa autoestima, se sentem muitas vezes incapaz até de realizar uma tarefa doméstica. Falta de disposição de estudar, trabalhar, pessoas depressivas costuma se fechar no seu próprio mundo ou seja se isolar, trancar-se no quarto ficando lá por horas. O que uma pessoa que sofre depressão espera da família? Companheirismo, não julgar, ajuda, amizade e paciência.”*

*“De quem é mesmo a culpa? Família? Não!”*

*“Depressão não é falta de gratidão! É comum que os pais achem que os filhos estão sendo ingratos com eles porém, é importante ressaltar que cobrar gratidão de uma pessoa com depressão da deixará se sentindo pior, pois para ela até fazer as atividades mais simples está sendo um sacrifício. Lembre-se também que não é sua culpa seu filho está deprimido, muito menos dele! Depressão é uma doença e tem tratamento!”*

*“Mais compreensão por favor! Depressão não é quem chama atenção. Ansiedade não é besteira. Culpa não é fácil de sentir. Medo não é covardia.”*

*“Nada é o que parece ser.*

*“O seu filho as vezes pode estar passando por momentos difíceis e é necessário dar atenção à ele. Se você tem dificuldade em saber que seu filho que seu filho tem depressão: Observe os comportamentos, observe como ele age no dia a dia. Se ele estiver se comportando com: isolamento, tristeza nítida, pensamentos negativos. Como ajudar? Tente distrair com seu filho, tente ir à algum lugar com ele, assistir filmes, ir ao shopping e vários outros, para que seu filho ocupe a mente.”*

*“Sugiro que tente entender seu filho e cobre menos dele. Tente ajuda-lo fazendo uma lista com algumas atividades em que ele vem procrastinando e peça para que ele escolha a atividade mais simples. Depois que ele o fizer, sentirá uma legitimidade, logo se sentindo melhor consigo mesmo.”*

*“Uma pessoa ansiosa é uma que necessita uma certa atenção, de diálogo e muito carinho. E de preferência um pouco de comida.”*

A última etapa então foi a exibição dos materiais para a família. Os pais se sentiram impactados com os resultados da atividade. Durante o andamento do grupo, os pais levantaram dois pontos. Primeiro, o sentimento de impotência diante seus filhos quando eles estão nessa fase de instabilidade decorrente do seu quadro clínico. Por não saberem como agir, eles preferem se abster, gerando assim, o sentimento de “amor não correspondido” nos filhos. Segundo, os pais sinalizaram que as relações não podem ser autoritárias, percebendo que cada sujeito tem o seu próprio tempo. Ao final do grupo, os pais falaram frases de incentivos para serem mostradas aos adolescentes. Segue abaixo:

*Você é especial! Você é lindo! Você é o nosso futuro! Quero te abraçar e dizer que te amo!*

*Não desista de você! Estamos aqui, não se sinta só! Não desista de pedir ajuda!*

As mensagens foram passadas aos adolescentes que ficaram surpresos com tanta repercussão e agradecidos pelo apoio e suporte.

## **DISCUSSÃO**

O grupo com os adolescentes pautado na psicoeducação foi uma intervenção que auxiliou no tratamento das doenças mentais a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde. A psicoeducação é um processo educativo tanto para o paciente, família e os profissionais que os atende. A finalidade é

ensinar sobre o seu tratamento para que possam ter consciência e preparo para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e da adaptação (LEMES; NETO, 2017).

A psicoeducação quando feita em crianças e jovens com transtorno de ansiedade, visa identificar as diferentes emoções que eles sentem e quais os sintomas que o corpo manifesta como sinal de alerta para a ansiedade, em seguida, a criança ou o jovem é instruído a observar as frequências e a intensidade desses sintomas, por último, são mostradas novas formas de enfrentamento e relaxamento diante o transtorno. A psicoeducação também pode ensinar habilidades para solucionar problemas futuros. Neste momento, a criança ou o jovem será encorajado a fazer elogios a si mesmo e promover recompensas própria quando testadas as suas novas habilidades (STALLARD, 2010).

Como citado anteriormente, sobre os desafios que as famílias encontram em lidar com esses adolescentes, Colvero; Ide; Rolim (2004) abordam as dificuldades que as famílias têm em enfrentar com a diferença, no caso, com seus familiares que tem algum tipo de transtorno mental. Eles trazem as seguintes demandas familiares: dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com a culpa, com o pessimismo, expectativa frustrada de cura e desconhecimento da doença propriamente dita. Por este fato, os autores reforçam a necessidade de os familiares terem algum espaço disponível a eles que ofereçam apoio e suporte, o que acontece no CAPSi.

Quando a família é envolvida no processo do cuidar com a pessoa que tem depressão, tem-se por objetivos fornecer informações verbais e não verbais sobre a doença e de que forma eles podem contribuir para esse processo, oferecer apoio a esse cuidador que muitas vezes é sobrecarregado, e fazer o compartilhamento de informações entre essa pessoa que tem depressão e sua família (BRASIL, 2013).

O foco da intervenção feita no grupo dos adolescentes do CAPSi foi trabalhar a auto expressão deles com a família e também fazer uso da escrita para se comunicar e se expressar e promover o conhecimento acerca da depressão, favorecendo assim maior apoio e incentivo para aqueles que precisam. Com isso, acreditamos que a comunicação entre essas famílias iriam se fortalecer. Olhando os adolescentes de forma particular e singular, e olhar o ser humano como alguém que se constrói e se transforma pela sua ação significativa, consciente, em um contexto social, histórico e cultural.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A psicóloga e a estagiária de Terapia Ocupacional no cotidiano das atividades do CAPSi agiram com cuidado e técnica nas intervenções, considerando as necessidades dos adolescentes, que precisam ser atendidas de maneira singular, e o coletivo de adolescente foi para discutir a temática. Destaca-se ainda que, os adolescentes e família precisam melhorar a comunicação e interação uns com os outros e, para o cuidado mais assertivo.

Os resultados alcançados com a utilização da psicoeducação como recurso terapêutico foi positivo, pois os adolescentes e famílias puderam finalmente expressar suas emoções, desejos, vontades relacionadas aos seus pais por meio da escrita, quando não conseguiam expressar os mesmos de forma verbal. Por parte da família, o recurso obteve sucesso devido ter o profissional como meio facilitador entre o elo familiar, por ter tido esclarecimentos e explicações acerca dos diagnósticos, havendo assim maior compreensão dos comportamentos de seus filhos, resultando em maior aceitação entre eles.

## REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B.; CURÁTOLO, Eliana. **Psiquiatria infantil**. Editora Manole Ltda, 2004.

BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, p. 23-34, 2005.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

BRASIL. **Adolescência Novas Descobertas e Aprendizados**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/adolescencia\\_novas\\_descobertas\\_aprendizados.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/adolescencia_novas_descobertas_aprendizados.pdf)>  
Acesso em: 22/05/2018.

BRASIL. Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). Departamento de informática do SUS. Disponível em: <  
[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05\\_3d.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm)>. Acesso em: 29/05/2018.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2ª edição, Brasília, 2007. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)> Acesso em: 01/06/2018.

BRASIL. Coleção Guia de Referência Rápida **Saúde Mental na Infância** Identificação, manejo e qualificação do cuidado. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária, 1ª edição, Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Presidência da república. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em: 07/05/2018.

BRASIL. Guia de Referência Rápida **Depressão** Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas). Superintendência de Atenção Primária, 1ª edição, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca\\_em\\_saude/025\\_material\\_saude\\_gui\\_a\\_referencia\\_rapida\\_depressao.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/025_material_saude_gui_a_referencia_rapida_depressao.pdf)> Acesso em: 21/05/2018.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde mental**. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relafinal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf)> Acesso em: 07/05/2018.

BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>> Acesso em: 08/05/2018.**

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990 - 2004**. Ministério da saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de atenção à saúde. Brasília, 2004. Editora MS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf)> Acesso em: 08/05/2018.

BRASIL. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 14/04/2018.

BRASIL. **Programa de volta para a casa**. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_volta\\_para\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf)> Acesso em: 08/05/2018.

BRASIL. **Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2017. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude\\_adolescentes.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_adolescentes.pdf)> Acesso em: 22/05/2018.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 07/05/2018.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)> Acesso em: 07 /05/2018.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Editora MS. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 14/04/2018.

CABALLO, Vicente. E.; SIMÓN, Miguel. Angel. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2015.

CARDOSO PUCHIVAILO, Mariana; BERTASSONI DA SILVA, Guilherme; FURTADO HOLANDA, Adriano. A reforma na saúde mental no brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 19, n. 2, 2013.

CORDIOLI, A.V.; VIVAN, A.S.; BRAGA, D.T. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DA COSTA MELO, Anastácia Mariana. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil/Notes about the psychiatric reform in Brazil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 9, p. 84-95, 2013.

**DECLARAÇÃO DE CARACAS**. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)> Acesso em: 13 / 05 / 2018.

DE ALMEIDA COLVERO, Luciana; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

DE LIMA SOUZA, Sinara; GOMES MELO, Luzimara. Acolhimento aos usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 11, n. 4, 2015.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 06-11, 1999.

DIAZ, Fernando. Sobhie. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o novo na história da psiquiatria do Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: **Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ** Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2008.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Letras Livres; Editora da UnB, 2013.

GADIA, carlos; ROTTA, Newra Tellechea. Aspectos clínicos do transtorno do espectro autista. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESCO, Rudimar dos Santos. **Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurológica e Multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HENRIQUES ARAÚJO, Gabriela et al. Estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPS infantil: concepções de familiares e profissionais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, 2015.

HOFFMANN, Maria Cristina Côrrea Lopes. Perfil demográfico e clínico da clientela atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no ano de 2003. Dissertação de mestrado. Bahia: **Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**, 2005.

ITO, Lígia Montenegro. Transtorno de pânico. In: DE ABREU, Cristiano Nabuco et al. **Psicoterapias cognitiva e construtivista: Novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

JURUENA, Mário Francisco. Transtorno afetivo bipolar. In: KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto alegre: Artmed, 2007.

KAPCZINSKI, flávio; MARGIS, Regina. Transtorno de ansiedade generalizada. In: KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto alegre: Artmed, 2007.

KNAPP, Paulo; ISOLAN, Luciano. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 1, p. 98-104, 2005.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 17-28, 2017.

MALTA, Debora Lanza; CAFIEIRO, Gabriela Machado. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 1, 2017.

MARCHEZAN, Josemar; RIESGO, Rudimar dos Santos. Comorbidades dos transtornos do espectro autista. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESCO, Rudimar dos Santos. **Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurológica e Multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

NOEREMBERG GUIMARÃES, Andréa et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2013.

NORONHA, Arlete Aparecida et al. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 37, n. 4 (dez. 2016), p. e56061, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1053-1062, 2006.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10a revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 12 /06 /2018.

PECHANSKY, Flavio et al. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. 2004.

PEREIRA, Kelcy Mary Ferreira; NOGUEIRA, Luiz Roberto; LIMA, Thalita Carla Melo. Nise da Silveira: uma metodologia na contramão. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 6, n. 2, p. 211-222, 2016.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 07-11, 2000.

SANTOS, Jussara da Paixão. A escuta qualificada: instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso MBA em Gestão de Pessoas da Pós-Graduação lato sensu, Nível de Especialização, do Programa FGV in company. São Paulo, p. 26. 2014.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. **Revista psicopedagogia**, v. 27, n. 84, p. 334-343, 2010.

STALLARD, Paul. **Ansiedade: Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças e jovens**. São Paulo: Artmed, 2010.

VIGANÒ, Carlo. Basaglia com Lacan. **Mental**, v. 4, n. 6, 2006.

YACUBIAN, Juliana; NETO, Francisco Lotufo. Psicoeducação familiar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, 2001.