

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANTONIO JOSÉ DE VASCONCELOS ARAÚJO

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA:
INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL

SANTOS
2021

ANTONIO JOSÉ DE VASCONCELOS ARAÚJO

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA:
INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi.

SANTOS
2021

ANTONIO JOSÉ DE VASCONCELOS ARAÚJO

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA:

**INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Data de aprovação: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi.
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr Nelson Filice Barros
Universidade Estadual de Campinas

Prof.^a Dr.^a. Viviane Santalucia Maximino
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Emilson Colantonio
Universidade Federal de São Paulo

Prof.^a Dr.^a. Maria Cristina Ventura Couto - Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V331m Araújo, ANTONIO JOSÉ DE VASCONCELOS ARAÚJO.
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA: INTERVENÇÃO COM
FAMÍLIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL. /
ANTONIO JOSÉ DE VASCONCELOS ARAÚJO Araújo; Orientadora
Prof^a. Dr^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi. Jurdi;
Coorientador . -- Santos, 2021.
107 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Pós-graduação
Interdisciplinar em Ciências da Saúde) -- Instituto
Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São
Paulo, 2021.

1. Medicina Tradicional Chinesa. 2. Terapia
Ocupacional. 3. Família. 4. Saúde mental
infantojuvenil. 5. Ensino em Saúde. I. Jurdi, Prof^a.
Dr^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi., Orient. II. Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela vida que Ele me concedeu.

Agradeço **aos meus pais Mozart** (*in memoriam*) e **Leny** por todo o esforço, dedicação, amor e pelo exemplo de simplicidade e investimento na educação.

Aos meus irmãos que carinhosamente os chamo de **Lena, Ly, Ny e Mozart Jr** pela união, amizade, amor e atenção dedicadas durante esse processo de viver.

Agradeço em especial a minha querida **esposa Andrea** pelo seu amor incondicional, por estar ao meu lado em todos os momentos e por compreender minha dedicação ao projeto de pesquisa.

Agradeço em especial minha **filha Lara** a quem tanto amo e que tem sido uma fonte de inspiração para continuar estudando e me aprimorando enquanto ser humano e ao **Lucas** pela disponibilidade e apoio.

Agradeço em especial à minha **orientadora Prof^a. Dr^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi** pela sua dedicação e paciência durante o projeto. Seus conhecimentos fizeram grande diferença no resultado final deste trabalho.

Sou grato também a todo **corpo docente da Universidade Federal de São Paulo**, que sempre transmitiram seu saber com muita dedicação e profissionalismo.

A todos os meus **colegas de turma do mestrado** e em especial ao **Alexandre Morais** pela parceria, trocas de ideias e ajuda mútua.

Também agradeço **aos funcionários da Universidade Federal de São Paulo** que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.

Agradeço também a todos os trabalhadores da saúde mental e em especial aos que compõem a equipe do CAPSi# tamojunto na cidade de Santos.

RESUMO

O abandono e a exclusão designados à loucura ao longo dos anos vêm sendo substituídos por recursos e dispositivos que visam permitir à pessoa em sofrimento mental a recuperação dos laços sociais. A família tem um papel importante no cuidado à saúde e a literatura a coloca tanto como parte originária dos sofrimentos psíquicos, como também importante meio de cuidado. A Terapia Ocupacional e as Práticas Integrativas e Complementares como campos de saber promovem intervenções que privilegiam a integralidade no cuidado em saúde ao lançar mão de recursos para reduzir o processo de medicalização social. Este estudo visa acompanhar e analisar o processo grupal com famílias atendidas no CAPSi #tamojunto de Santos/SP, a partir dos princípios da Terapia Ocupacional associados aos recursos da Medicina Tradicional Chinesa. É uma pesquisa de natureza qualitativa com método-intervenção visando ao envolvimento de famílias na análise de sua própria realidade e no despertar de reflexões que os auxiliem a administrar os problemas vivenciados no seu cotidiano. Os instrumentos da pesquisa foram o diário de campo e entrevistas individuais semiestruturadas. Participaram seis familiares, num total de oito encontros que foram realizados no período entre 2 de outubro de 2019 e 11 de dezembro do mesmo ano. Na análise do processo grupal constatou-se que os encontros potencializaram nos participantes a vontade de assumir os cuidados de sua saúde, incluindo a mudança de hábitos, o redimensionamento de seu papel nas relações familiares e o autocuidado, fatores essenciais para o gerenciamento das situações de estresse tão frequentes no cotidiano.

Palavras-chave: Medicina Tradicional Chinesa; Terapia Ocupacional; Família; Saúde mental infantojuvenil; Ensino em Saúde.

ABSTRACT

Abandonment and exclusion, which have been designated as madness over the preceding years, are being replaced by resources and devices that aim to allow people in mental suffering to recover their social ties. The family plays an important role in health care and the literature places it both as an original part of psychological suffering and as an important means of care. Occupational Therapy and Integrative and Complementary Practices as fields of knowledge promote interventions that privilege integrality in health care by using resources to reduce the process of social medicalization. This study aims to monitor and analyze the group process with families served at the CAPSi #tamojuntó in Santos/SP, based on the principles of Occupational Therapy associated with the resources of Traditional Chinese Medicine. It is a qualitative research with method-intervention related to the involvement of families in the analysis of their own reality and to promote reflections that help them to manage the problems experienced in their daily lives. The research instruments were the field diary and semi-structured interviews. Six family members participated, in a total of eight meetings that took place from August 27th, 2019, to December 8th of the same year. In the analysis of the group process, it was found that the meetings potentialized in the participants the willingness to take care of their health, including a change in habits, the redimensioning of their role in family relationships and self-care, which are essential factors for the management of stressful situations so common in everyday life.

Keywords: Traditional Chinese medicine; Occupational Therapy; Family; Children's mental health; Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CVC	Centro de Valorização da Criança
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas de Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCVC	Seção Centro de Valorização da Criança
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Práticas inseridas no SUS por portaria	38
Quadro 2 - Características gerais dos participantes	50

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	10
	INTRODUÇÃO	12
	OBJETIVOS	16
	Objetivo geral	16
	Objetivos específicos	16
1	SAÚDE MENTAL INFANTIL	17
1.1	Percurso histórico da atenção às crianças e adolescentes	17
1.2	Política de saúde mental infantojuvenil	19
1.3	A Rede de Atenção Psicossocial infantojuvenil em Santos	22
2	A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL	25
3	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES	30
3.1	Medicalização social	31
3.2	Integralidade do cuidado	33
3.3	A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	35
3.4	A promoção da saúde e a Medicina Tradicional Chinesa	40
3.5	Os fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa	42
4	MÉTODO	48
4.1	Participantes do estudo	49
4.2	Cenário da pesquisa	50
4.3	Procedimentos	52
4.4	Descrição dos encontros	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	O processo grupal	59
5.2	Discussão das entrevistas	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXO A – Resumo das práticas presentes na PNPIC	94
	ANEXO B – Aprovação do projeto pela Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos Secretaria de Saúde de Santos	98

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP	99
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	106
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107

APRESENTAÇÃO

É com imensa alegria, energia, cheiro da natureza, das ervas, das plantas e ao som do mar que apresento este estudo, fruto de minha humilde dedicação, inspiração, transpiração e recheado de ingredientes como amor, empatia, simplicidade, sonhos e vontade de viver.

Na minha história de vida e, principalmente, dentro do meu ambiente familiar, sempre direcionamos os cuidados à saúde utilizando os métodos tradicionais associados aos métodos naturais como chá, massagem, acupuntura, benzedadeiras, entre outros. Ao escolher o curso de Terapia Ocupacional tive a oportunidade de unir conhecimentos científicos vindos da Academia aos conhecimentos empíricos, conectando a formação acadêmica com a humana, e isso permitiu compreender a influência do estilo de vida na saúde por meio da relação do homem com a natureza.

Paralelo à formação de terapeuta ocupacional, adentrei no universo das Práticas Integrativas de Complementares (PICS) por meio de cursos de formação e especialização em Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Shiatsu, Acupuntura e outros. Esses conhecimentos nos quais a relação mente-corpo-espírito esteve sempre presente, associados aos da Terapia Ocupacional, ampliam as possibilidades de observar o ser humano dentro de uma visão integral.

Ao lançar-me no mercado de trabalho, aconteceu a interação entre a Terapia Ocupacional e a MTC completamente. Aplicava todos esses conhecimentos em público diversificado com atendimentos realizados em domicílio, clínicas, consultórios etc. Ao entrar no serviço público da cidade de Santos, fui trabalhar na saúde mental na antes Seção Centro de Valorização da Criança (SCVC) e, agora, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) #tamojunto, e percebi que existia uma total abertura para que as PICS fossem desenvolvidas, por parte dos trabalhadores da saúde mental do equipamento.

Trabalhando nesse equipamento de saúde pude perceber que as PICS poderiam contribuir na construção de um cuidado integral e complementar em saúde mental, respaldado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela política pública da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e motivado pela abertura dos profissionais do CAPSi ##tamojunto. Assim, surgiu o interesse para realização desta pesquisa intitulada “Medicina Tradicional Chinesa: Intervenção com Famílias na saúde mental infantojuvenil”.

Ressalto que não só a aproximação no campo da saúde mental com a Terapia Ocupacional e a MTC me motivaram para a realização desse projeto de pesquisa, mas também a participação em grupos de estudos realizados na Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista (UNIFESP-BS). Esse contexto me despertou para a importância da continuidade nos estudos para que se possa oferecer uma maior qualidade de serviço, principalmente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os grupos de estudos da UNIFESP-BS, como também os estudos desenvolvidos ao longo da minha história profissional, permitiram leituras e aproximações com autores e autoras que se tornaram importantes para o delineamento dessa pesquisa. Dentre esses, estão autores como Maximino, Madel Luz, Tesser, Maciocia, Amarante, Nelson Filice, Jurdi, e tantos outros. As produções desses autores em suas áreas de conhecimento nos permitem captar realidades dos diversos contextos de saúde, as diferentes racionalidades médicas, os cuidados à infância, a importância da família, da integralidade no cuidado, entre tantos outros temas relevantes que enriquecem e inspiram novas investigações e, conseqüentemente, refletem também nessa pesquisa.

Como já dizia meu conterrâneo, o cantor Belchior, na letra da música Alucinação: “amar e mudar as coisas me interessam mais” e, inspirado pelo amor ao processo do cuidar e do autocuidado que as PICS trazem ao compor esse estudo, apresento essa dissertação de mestrado de maneira simples, e é também minha forma de disseminar e compartilhar a construção do conhecimento.

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

A complexidade no atendimento em saúde mental exige do profissional o conhecimento de diversos saberes e fazeres para que as práticas de atenção psicossocial adotem um modelo de cuidado mais integrativo. É necessário abarcar as abordagens biológica, psicológica e social, partindo de um trabalho interdisciplinar, com uma política direcionada para as reais necessidades individuais e estar alinhado aos princípios do SUS (BRASIL, 2005; LIMA, 2014; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). A construção de um modelo de cuidado que visa a atenção integral com propostas terapêuticas voltadas para a reinserção familiar, social e cultural também é um dos desafios, pois, até recentemente, a lacuna existente no setor público favoreceu a criação e o fortalecimento de instituições que, na sua maioria, eram de natureza privada ou filantrópica, cujo modelo de ações e propostas terapêuticas não focalizava a integralidade no cuidado de crianças e adolescentes (LIMA, 2014; BRASIL, 2005).

Para que as crianças, adolescentes e familiares se desenvolvam e tenham uma vida saudável, o Estado precisa garantir a saúde, a educação, a proteção social, a inclusão, a promoção e a garantia de todos os seus direitos e, as instituições no campo da saúde mental, por sua vez, tem que desenvolver ações que construam uma rede ampliada de atenção à saúde pautadas na intersetorialidade e na corresponsabilidade (BRASIL, 2005). No entanto, mesmo com uma legislação que assegura os direitos de crianças e adolescentes à saúde, ainda hoje, encontramos um modelo assistencial em que a maioria dos serviços organizam as suas ações a partir de uma ótica hegemônica do modelo biomédico, que se sobrepõe seu modo de agir sobre os outros profissionais na função de cuidado.

Compreende-se que a construção de cuidado em saúde mental exige uma visão ampliada do sujeito e suas necessidades, em que seus modos de viver, da sua família, e outros fatores sejam levados em consideração para que se possa compreender as situações de crise (SILVA et al., 2005). Em 1996, Saraceno ressaltava a importância da abordagem biopsicossocial, apontando para o reconhecimento dos papéis dos profissionais, da família, dos usuários e da comunidade como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e da promoção da saúde (SARACENO, 1996). De acordo com Lobosque (2011), se faz necessária uma intervenção em saúde mental que esteja atenta para a realidade do usuário no que se refere aos fatores sociais, econômicos e culturais.

Diante desses aspectos, oferecer uma prática de cuidado dentro de uma clínica ampliada ou Clínica do Sujeito, proporciona aos trabalhadores em saúde mental que direcionem sua atenção para as peculiaridades do sujeito que não seja somente na dimensão biológica, incluindo também o contexto social, seu estilo de vida, seu território, entre outros. Isto implica uma atenção centrada na pessoa, no usuário, naquele que busca o serviço por apresentar alguma necessidade de cuidado em saúde mental. Dentro dessa visão, procura-se saber as peculiaridades de cada sujeito para que possa ser construído o vínculo, sendo esse importante no processo terapêutico (CAMPOS, 2003; TENÓRIO, 2002).

Para Pande e Amarante (2011), uma forma de fortalecer o processo de reabilitação psicossocial do sujeito passa pela necessidade de os serviços realizarem intervenções para além de suas portas, características da denominada clínica ampliada, de forma a possibilitar a reinserção social e a redução de ações fragmentadas do cuidado profissional. Ou seja, para atender aos desafios do cuidado em saúde mental se faz necessário ganhar as ruas da cidade, aproximar-se do cotidiano do usuário, conhecer o território e socializar essas experiências transformando-as em ferramentas de ações que promovam a reinserção social (GRAMSCI, 1987).

Efetivar a política direcionada aos cuidados das crianças e adolescentes tem sido um dos grandes desafios que acompanham os trabalhadores em saúde mental. Para Couto, Duarte e Delgado (2008) ações voltadas à implantação de uma política de saúde mental para as crianças e adolescentes precisam de um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS e cuja finalidade seja a construção de uma rede de cuidados que vá ao encontro das reais necessidades dos usuários e suas famílias.

Atualmente não é possível considerar a família somente como pai, mãe e filhos, pois, ao longo dos anos, a mesma vem adquirindo novos formatos, configurações e as relações entre seus membros passam a ter um modelo que exige um olhar diferenciado. Dentro dessa visão há a necessidade de se perceber a família como grupo social dentro do qual acontecem vínculos que vão além das relações de parentesco e que, hoje, pressupõe um fenômeno que engloba as mais diferentes realidades (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2011).

Para Spadini e Souza (2006), no início da história da clínica com crianças, a família que tinha um membro em situação de sofrimento mental, muitas vezes era considerada a causa daquela doença. Atualmente, a família é incluída no processo do cuidado, pois compreende-se que sua colaboração e implicação seja fundamental para ajudar no tratamento. Nesse sentido, a família passa a desenvolver um papel importante pois é responsável pela interação no cotidiano

familiar, acompanha nos serviços de saúde, na escola, fica atenta com a medicação, aprende a conviver com situações de crise, de comportamentos inadequados, além de dar o suporte no aspecto social, afetivo e econômico. Tais situações também podem se configurar como componentes de um adoecimento, tornando a família confusa, insegura e desestabilizada, comprometendo também a sua saúde coletiva, a vida social e a relação entre seus membros (ALMEIDA et al., 2010; CAVALHERI, 2010). As situações de sobrecarga vivenciadas pelos familiares podem provocar sentimento de tristeza, cansaço físico, mental e sensação de desesperança (MELMAN, 2008).

As PICS, por sua vez, compreendem sistemas médicos complexos em que a MTC é uma delas, e que compartilham uma visão diferenciada do processo saúde-doença, o que amplia as possibilidades terapêuticas e contribui para a promoção global do cuidado do ser humano, principalmente no que diz respeito ao autocuidado (BRASIL 2006). Dentro dessa visão de promover espaços de atenção e cuidado às famílias nos serviços substitutivos de saúde mental (que se constituíram pós Reforma Psiquiátrica), inserindo-as no processo do cuidado e dando visibilidade à sua ação cuidadora, a presente pesquisa surgiu da necessidade de cuidar das famílias que buscam auxílio no CAPSi #tamojunto, da cidade de Santos/SP.

Esta pesquisa possui natureza qualitativa inspirada na pesquisa-intervenção em que foram realizados oito encontros com os familiares cujos filhos estavam em atendimentos no CAPSi #tamojunto, uma vez por semana, registrados em diário de campo do pesquisador e gravação das entrevistas realizadas ao final do projeto. A pesquisa propunha como intervenção a realização de um grupo com os familiares dos pacientes com a utilização de fundamentos da MTC no processo de cuidado (respaldado pela PNPIC), e, assim, observar, procurar responder a seguinte pergunta: - Essa forma de intervenção que associa os conhecimentos da MTC, pode contribuir para a construção de um cuidado em saúde mental visando a melhora da vida cotidiana das famílias inseridas em acompanhamentos no CAPSi?

Nesta dissertação, após a Introdução e os Objetivos, a organização se dará por capítulos. O primeiro capítulo traz uma breve retrospectiva histórica do cuidado em saúde mental à crianças e adolescentes, a apresentação dos princípios básicos que regem o cuidado em saúde mental infantojuvenil preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), o papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e como tem se desenvolvido o cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico em Santos/SP.

No segundo capítulo é discutida a importância da família no cuidado em saúde mental infantojuvenil, evidenciando aspectos importantes na construção de um plano terapêutico visando a reabilitação psicossocial. No capítulo 3, são abordados os temas da medicalização social, a integralidade do cuidado, a PNPIC, as PICS e, especificamente, a promoção da saúde e a MTC. O capítulo 4 apresenta o método desenvolvido na pesquisa, a apresentação dos participantes, critérios de inclusão, o cenário da pesquisa e os procedimentos desenvolvidos neste estudo. Resultados e a discussão sobre o processo grupal são apresentados no capítulo 5, no qual procuramos refletir e conhecer um pouco mais sobre como aconteceram os encontros, as percepções das famílias, dos filhos, os temas compartilhados, entre outros. As considerações finais estão colocadas no final do trabalho com o compartilhamento de reflexões sobre as potencialidades e os desafios encontrados no estudo.

O produto final técnico da pesquisa, material que compõe as produções exigidas pelo Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, é apresentado em arquivo/texto separado dessa dissertação.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a incorporação de práticas da MTC à abordagem grupal com famílias de usuários de um CAPS Infantojuvenil do município de Santos-SP.

Objetivos específicos

- a) Compreender como a MTC contribui para a melhora da vida cotidiana das famílias inseridas em acompanhamentos no CAPSi;
- b) Descrever os desafios do uso da MTC com grupo de famílias participantes da pesquisa; e
- c) Investigar a compreensão das famílias sobre o processo de intervenção com as práticas da MTC.

1 SAÚDE MENTAL INFANTIL

1.1 Percurso histórico da atenção às crianças e adolescentes

No início do século XX houve um aumento da preocupação com a infância, advindo de parte dos intelectuais com ideário higienista e que, à época, produziram extensamente sobre as infâncias. Suas compreensões eram de que os transtornos mentais resultavam de fatores ambientais ou hereditários, particularmente da família (CUNHA; BOARINI, 2011).

A difusão do higienismo nas décadas seguintes à Proclamação da República e início do século XX deu origem à expressiva produção de conhecimento especializado sobre a infância, assim como, à prática médica no âmbito doméstico. A atenção infantojuvenil foi mediada por duas visões: a da criança pobre, cujo seio familiar era compreendido como ignorante e reservava-se ao cuidado médico e ao respaldo sanitário; a segunda trazia a criança que perdera sua inocência, concebida como criminoso e a ela cabia a Justiça (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Esse modelo influenciou no surgimento de diversas instituições filantrópicas, organizadas sobre a visão do controle e da proteção social e, que, muitas vezes, não atendiam às necessidades infanto-juvenis (BRASIL, 2005).

Algumas legislações voltadas às crianças marcaram épocas em diferentes momentos, a saber: o Código Mello Mattos, de 1927; o Código de Menores, de 1979, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, vigente atualmente (BITTENCOURT, 2009; BRASIL, 1990a). O Código Mello de Matos tinha a finalidade de saneamento e era composto por aliança entre juristas e médicos com o discurso da assistência e proteção, cabendo ao juiz de menores intervir baseando-se em parâmetros morais e higienistas. Nesse período surgiu a expressão “menino de rua”, reforçada pelos meios de comunicação da época com o estereótipo de que os mesmos, por estarem em situações de vulnerabilidade social, eram perigosos (BRASIL, 2005).

Em 1979 entrou em vigor o novo Código de Menores que caracterizava a existência de riscos na realidade infantojuvenil que, no sentido de controlar, propunha as internações manicomiais em massa. Esse código contribuiu para estigmatizar as crianças e adolescentes que viviam em situações de vulnerabilidade social como “menores”, gerando críticas da sociedade, principalmente pelo aumento de instituições destinadas a abrigar os chamados “filhos da pobreza” (BRASIL 2005; COIMBRA; AYRES, 2009).

O amplo movimento de redemocratização do país no final da década de 1970 criou certa visibilidade e possibilidades para que questões estruturais fossem modificadas e superadas. Em 1988, a promulgação da Carta Constitucional foi um marco da democracia e dos direitos com o devido mérito de afirmar sem ressalvas a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” como está descrito no artigo 227 da Carta Magna (BRASIL, 1988). Esse movimento contribuiu para que, posteriormente, fosse promulgada a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, denominada ECA (BRASIL, 1990a; 2005; COUTO, 2001; VICENTIN, 2006).

Em 1980, através do movimento nacional de promoção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes e a partir de emenda popular intitulada de “Criança Prioridade Nacional”, a Assembleia Nacional Constituinte incluiu na Constituição Federal de 1988, no artigo 227 (BRASIL, 1988), que cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005). Em 1989, a Convenção dos Direitos da Criança foi promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 (BRASIL, 1990b), palco em que movimentos sociais da época já exerciam pressões sobre o poder público para que a prática das recomendações da Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em 1945, da Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, e reforçados no ECA, fossem exercidas e as considerasse no sentido da proteção integral e como sujeito de direitos (BRASIL, 2005).

Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), a compreensão e o panorama em torno de práticas direcionadas ao cuidado em saúde mental infantojuvenil são construções que estão em processo de desenvolvimento. Devido a isso, se faz necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, alinhando os conceitos na busca da garantia de direitos fundamentais de crianças e adolescentes e de acesso aos serviços, tais como nas ações de saúde mental e na busca de qualidade na construção da rede SUS (BRASIL, 2005).

A afirmação de que a criança e o adolescente são mercedores de cuidados e sujeitos de direitos que possuem suas singularidades direcionam princípios que regem a política de saúde mental infantojuvenil, dentre eles: o acolhimento universal, com as portas dos serviços abertas, o encaminhamento implicado para que a rede seja construída desenvolvendo ações que envolvem o cuidado para além dos limites institucionais, a importância de território e de

intersetorialidade, articulando as intervenções juntos de outros equipamentos envolvidos nos cuidados das crianças, adolescentes e das famílias em geral (BRASIL, 2005).

1.2 Política de saúde mental infantojuvenil

No início dos anos 1970 a Reforma Psiquiátrica brasileira, foi apoiada por movimentos dos trabalhadores da Saúde Mental e usuários dos serviços, que se uniram para contrapor o modelo manicomial da época. Era enfatizada a importância da formulação e construção de novas formas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002).

Em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216, que afirmou os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001). Já em 2002, a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), veio regulamentar as modalidades de CAPS de acordo com as complexidades e tamanho populacional. O modelo substitutivo à antiga lógica manicomial constituiu-se como serviço de atenção diária, que atua na lógica do território, destacando-se a atribuição de supervisionar e regular a rede de serviços em saúde mental na região de abrangência.

Diante da situação de mudanças sociais no que se referia ao desmonte manicomial, surgiu a necessidade de construção de novas formas de cuidados em saúde mental, influenciando equipes de todo o Brasil a terem um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas psiquiátricas e psicológicas de cuidado (AMARANTE, 1998). No Brasil, a política de saúde mental foi inicialmente centrada na substituição do modelo hospitalocêntrico por uma nova forma de cuidado alicerçada na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico. Essa política foi sendo implementada aos poucos, ampliada para outros objetivos como a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra a dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Por outro lado, na história da psiquiatria no Brasil a atenção às crianças e aos adolescentes aconteceu muito tardiamente e esteve tradicionalmente baseada em um ideal de proteção, que gerou como consequência a criação de um modelo de assistência centrado na institucionalização, medicalização e numa concepção que não integrava as reais necessidades das crianças e dos adolescentes (BERTUOL; JURDI, 2016; BRASIL, 2005; COUTO; DELGAGO, 2015). A lógica da privação da liberdade, de isolar os diferentes e a ideia de proteção, segundo Rizzini e Pilotti (2011), gerou uma lógica de atenção e cuidado à infância

que ficou sob a tutela e responsabilidades de entidades filantrópicas em instituições fechadas. A institucionalização do cuidado infantojuvenil gerou décadas de criminalização, abandono, exclusão e desassistência de muitas crianças e adolescentes (BERTUOL; JURDI, 2016; BRASIL, 2005).

De maneira geral, as políticas de saúde mental a partir da Lei nº 10.216 se desenvolveram para as dificuldades da população adulta (BRASIL, 2001). No entanto, os tipos de transtornos existentes em crianças e adolescentes apresentam uma especificidade que não pode ser abraçada pela extensão dos cuidados que são ofertados aos adultos (BRASIL, 2001; COUTO, 2001).

As especificidades e peculiaridades da população de crianças e de adolescentes mostram a necessidade de se criar uma agenda política específica que busque oferecer uma atenção e cuidado de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2002b). A criação dos CAPSi fez parte de um plano estratégico, assim como ocorreu com o público adulto, voltado a atender às demandas das crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico, seguindo as lógicas de base comunitária e territorial, cuidado ambulatorial e atenção diária (BRASIL, 2002a; COUTO; DELGADO, 2015).

As políticas no campo específico da saúde mental de crianças e adolescentes seguem linhas de ações que tem na sua base uma ética e lógica de cuidado em que os principais itens são: a criança, o adolescente e a família. É salientada a importância de se respeitar as singularidades para que o cuidado não seja efetuado de maneira homogênea, massiva e indiferenciada (BRASIL, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, em que foram estabelecidos princípios básicos para o atendimento e cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, a saber: 1) acolhimento universal; 2) encaminhamento implicado; 3) construção permanente da rede; 4) território e; 5) intersetorialidade na ação do cuidado. Segundo o primeiro princípio, acolhimento implicado, é necessário dar voz e escuta às palavras das crianças e adolescentes, assim como às suas necessidades, pois em muitos casos ocorre de a demanda do cuidado ser formulada por professores, pais, familiares, entre outros, caracterizado por uma leitura moral de quem emite a palavra (BRASIL, 2005).

Ainda em relação ao acolhimento, todos os serviços públicos de saúde voltados à saúde mental devem estar de portas abertas para qualquer demanda e a população deve ser acolhida, ouvida e sua demanda respondida, reconhecendo a legitimidade da procura e, sempre que possível, realizando encaminhamento implicado para outros serviços, construindo e valorizando a rede de atenção e cuidado (BRASIL, 2005). No acolhimento, a escuta qualificada proporcionaria a diminuição das barreiras burocráticas que dificultam o acesso dos usuários e suas famílias aos serviços de saúde. Uma escuta e acolhimento protocolares, por sua vez, afetam os encaminhamentos, fazendo com que o usuário percorra a rede de serviços sem encontrar o acolhimento das suas necessidades (BRASIL, 2005).

Para o segundo princípio, que se referia ao encaminhamento, foi exigida a implicação e corresponsabilização daquele que encaminha para a demanda e, que esse também deveria acompanhar o caso até seu novo destino. Ainda, por esse princípio entende-se que o encaminhamento não termina quando o usuário chega ao outro serviço: se faz necessário um trabalho conjunto com o novo serviço, discutindo ações para o atendimento do caso. Existem também casos em que há necessidade de desconstrução do encaminhamento como demanda de atendimento e, para isso, podem ser necessárias intervenções junto a outras instâncias ou setores para que se esclareçam quais são as dificuldades encontradas, que não obrigatoriamente estão no âmbito da saúde mental (BRASIL, 2005).

No terceiro princípio, a respeito da construção permanente da rede intersetorial, entende-se que, para que as necessidades do usuário sejam atendidas dentro de uma visão integral, existe a necessidade de uma rede de serviços que estejam interligados em um plano de cuidado, em que os serviços não limitam suas ações e intervenções somente ao seu plano técnico, mas que incluam também competências e obrigações de outros serviços e equipamentos do território, articulando as ações para além das instituições (BRASIL, 2005; 2013a). Por fim, em relação à articulação das ações na rede, podem ser acionados o quarto e quinto princípios, território e intersetorialidade na ação do cuidado, respectivamente (BRASIL, 2005). O cuidado no território e a intersetorialidade provocam uma ação para além das instituições, já que ao tecer a rede incluindo o território a casa do paciente e locais que frequenta como escola, igreja, clube, posto de saúde, são focos da ação dos profissionais, ultrapassando o recorte regional ou geográfico, podendo contemplar instâncias pessoais e institucionais que entrelaçam a experiência do usuário. Desta forma inclui-se o sujeito na construção do seu espaço e seu território (BRASIL, 2005; 2013a). Nesse sentido, o trabalho em saúde mental infantojuvenil deve incluir uma variedade de ações na perspectiva de uma clínica no território,

no qual a pessoa em sofrimento mental possa ser protagonista do seu processo de emancipação, assumindo o seu papel na vida social.

Os serviços de saúde mental infantojuvenil baseados na perspectiva que atualmente rege as políticas de saúde mental devem assumir uma função que extrapola o caráter técnico do tratar, e venham propor ações de acolhimento, escuta, cuidado e possibilitar uma melhor qualidade de vida aos atendidos. A visão deve ser que o paciente atendido é um ser integral, com seus direitos, inclusive de participação plena e sua inclusão na sociedade (BRASIL, 2005; 2008).

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visou à ampliação das possibilidades de cuidado, protagonizadas pelos CAPS, por meio da integração de novos atores institucionais a atuarem na promoção da saúde mental (BRASIL, 2011). Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar, além dos CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência, as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental.

Porém, é importante realizar uma observação quanto às recentes alterações no âmbito das políticas públicas de saúde mental no Brasil em que diretrizes e normativas tem sido implantadas. A exemplo, a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a) e a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017b), com a proposta de alteração da estrutura da RAPS, com ações de retirada de estratégias referentes à reabilitação psicossocial, como a geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas, bem como a inclusão dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção (BRASIL, 2017b).

1.3 A Rede de Atenção Psicossocial infantojuvenil em Santos

A cidade de Santos a partir de 1989 intensificou a sua participação na construção do SUS e na organização do seu território, tendo como um dos marcos históricos no campo da saúde mental o entusiasmo da administração da prefeita Telma de Souza e do secretário de saúde Davi Capistrano comprometidos com o cuidado social, com a proposta de implantar uma política integrada visando a qualidade de vida da população, a redução das desigualdades sociais e também como bandeira de luta o enfrentamento as forças conservadoras (Capistrano Filho, 1997, p.17).

No dia 3 maio de 1989, após algumas denúncias de situações de desassistência, de violência e de maus tratos no hospital psiquiátrico Anchieta em Santos, que ficou conhecido como 'Casa dos Horrores', foi realizado uma intervenção que repercutiu nacionalmente não só pelas condições desumanas em que se encontravam os pacientes, mas também pela necessidade da construção de uma nova proposta de cuidado no campo da saúde mental sendo este um grande marco histórico. Após quatro meses da intervenção a Prefeitura Municipal de Santos cria uma rede substitutiva de saúde mental, que envolve ações socioculturais, de assistência, entre outras, tendo como um de seus pilares os Núcleos de Atenção Psicossocial(NAPS). (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; NICÁCIO, 1994).

Após a intervenção do Anchieta e embalados pelo processo de redemocratização do país, ganha forças o movimento pela humanização e, por meio da luta de diversos atores sociais, acontece em 2001 o Movimento da Reforma Psiquiátrica que mobilizou o país resultando na aprovação da lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em relação às políticas de atenção e cuidado às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico no município de Santos, as mudanças ocorreram durante o período de 1990 a 2016. Em 1990, o Centro de Valorização da Criança (CVC) começou suas atividades atendendo as crianças com diagnóstico de deficiência mental de uma associação chamada CEREX Eduardo Ballerini Escola Especial. Com o passar dos anos, foi necessário ter uma sede própria com o intuito de ampliar os atendimentos para além das questões clínico-psicológicas. Isso se deu a partir do volume de encaminhamentos vindos das escolas para avaliações médicas e psicológicas das intituladas “crianças problemas”, resultando em diagnósticos de “aluno educável” ou “aluno excepcional”, reforçando a estigmatização da criança (BERTUOL; KINOSHITA; COSTA FILHO, 1997).

A partir de 1991, o CVC ganhou sede para a realização dos atendimentos às crianças e seus familiares, procurando garantir os seus direitos, agrupando essa responsabilidade entre o Estado, comunidade e família. Nessa época, a mudança de perspectiva para o atendimento de crianças no município foi ampliada, assim como a busca dos profissionais para adquirir novos saberes para a construção de práticas que atendessem às necessidades das crianças e suas famílias (BERTUOL; KINOSHITA; COSTA FILHO, 1997). No percurso da construção histórica do cuidado no CVC, foi observada a relação existente entre saúde e educação, fortalecidas também pelo Decreto nº 6.286 (BRASIL, 2007) que institui o Programa Saúde na Escola e reforçou a ideia de que ambos (saúde e educação) são direitos fundamentais da criança.

Além das ações conjuntas da saúde com a educação, o CVC passou também a atender por meio do Programa de Proteção às Crianças Vítimas de Maus-Tratos, sendo estas intervenções iniciadas antes da promulgação do ECA. Tais ações reforçaram a aquisição de novas posturas na prática profissional, construindo a relação de cuidado direcionado para a garantia de direitos, promoção da saúde e o exercício da cidadania (BERTUOL; KINOSHITA; COSTA FILHO, 1997).

Atendendo às solicitações do SUS, presentes na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990c), a cidade de Santos passou a expandir os serviços de atenção e cuidado à criança em sofrimento psíquico e direcionar seu trabalho para atender às suas necessidades de acordo com as especificidades de cada território (BRASIL, 1990c). Foram então implantadas três unidades do CVC, uma que atenderia a região do centro histórico e dos morros de Santos, outra unidade atenderia os munícipes da região da Orla e a terceira unidade, os da região da Zona Noroeste, fortalecendo a lógica territorial.

No ano de 2006, o CVC que antes fazia parte da Coordenadoria da Saúde da Criança e do Adolescente passou a ser dirigido pela Coordenação de Saúde Mental do Município de Santos. Nesse processo passou a ser denominado de SCVC, vinculado ao Departamento de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Santos.

Em 2016, em mais uma mudança, o município implantou o CAPSi, reforçando o processo de construção da RAPS e promovendo uma estratégia de cuidado para melhorar e garantir o acesso aos direitos fundamentais da população. Essa transformação para CAPSi foi acompanhada pela reformulação no modo de processar os cuidados, norteados pelas políticas públicas de saúde mental, e passaram a ser direcionados para a diversificação das estratégias de cuidado, centrados no modelo de atenção psicossocial. Outro fator importante na mudança do serviço SCVC para CAPSi é que o atendimento deixou de ser ambulatorial, passando para o modelo de atenção ampliado, com a necessidade de contratação de novas categorias profissionais, com incentivo ao cuidado integral por meio da interdisciplinaridade.

Atualmente o CAPSi atende crianças e adolescentes com até 18 anos de idade, com demandas de queixas referentes ao comportamento, aspectos emocionais e, principalmente, casos de sofrimento considerados graves (BRASIL, 2002a).

2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

O aumento de estudos que abordam o cuidado e a humanização em saúde pode ser um reflexo das transformações que se iniciaram com a criação do SUS, dos seus princípios e diretrizes (MATTOS, 2009a). Essas transformações estão associadas ao processo do cuidar, pois:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2009, p. 37).

No campo da saúde mental, o processo do cuidado e do cuidar tem um enfoque especial devido à complexidade das demandas existentes nos serviços, o que fez surgir um novo cenário, no qual as tecnologias psicossociais e a interdisciplinaridade tem fundamental importância, considerando as perspectivas da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial de quem está em sofrimento psíquico. O cuidado a partir da Reforma Psiquiátrica proporcionou a criação de novas formas de pensar, de tratar e cuidar em saúde mental, implicando na organização da rede de serviços direcionados à saúde, envolvendo a atuação dos gestores, trabalhadores, a comunidade, os usuários e familiares.

Para Zimmerman (1997) todo ser humano é social por natureza, sendo o reflexo dos seus relacionamentos, e Osório (2000) complementa dizendo que os seres humanos nascem e pertencem ao primeiro grupo nuclear que é a família e, depois, passam a pertencer a outros grupos, como o da escola, trabalho, círculo social, entre outros. Nesse contexto de cuidado ampliado, a família que, historicamente, foi culpabilizada pelas causas de sofrimento psíquicos deixa de ser vista como causa e passa a ter um lugar de destaque no plano terapêutico.

Portanto, os cuidados voltados ao contexto familiar se fazem necessários já que eles evidenciam aspectos positivos na construção de um plano terapêutico que promova a reabilitação psicossocial, a autonomia e um tratamento mais digno (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015; SILVA; MONTEIRO, 2011). Assim sendo, a família é considerada importante no processo de restabelecimento dos laços afetivos, sociais.

No processo da abordagem psicossocial, a família passa a ter implicações importantes na construção do cuidado (ROSA, 2003). Considera-se que a família também sofre ao enfrentar as dificuldades cotidianas, o que faz jus à necessidade de se buscar ajuda especializada (KINOSHITA, 1997; MELMAN, 2008). Entretanto, o conhecimento e o preparo por parte dos trabalhadores da saúde para oferecer o suporte aos familiares ainda não são suficientes para garantir a proposta da nova Política Nacional de Saúde Mental (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

Estudos como os de Serapioni (2005) reforçam a importância da família como foco das políticas públicas, bem como o da construção de redes de apoio e um melhor envolvimento entre as famílias, os serviços públicos e a comunidade. Alguns estudos como os de Felício e Almeida (2008), sendo reforçado por Gross e Goldin (2008) referem às respostas positivas que acontecem nos pacientes psiquiátricos quando no tratamento são direcionados os cuidados também à família.

Estudo realizado por Bielemann et al. (2009) revelou que a família contribui no plano terapêutico, devendo ser considerada como um sujeito da ação, incluída no processo terapêutico e não um simples agente passivo encarregado de receber informações. No Brasil, alguns estudos realizados com os familiares de crianças e adolescentes usuários do CAPSi revelaram que eles também vivenciam situações de sofrimentos e que o serviço assume um lugar de cuidado importante no tratamento, podendo aliviar pontos de tensão que, muitas vezes, existem entre os familiares e os profissionais dos serviços (DELFINI; BASTOS; REIS, 2017; FAVERO; SANTOS, 2010).

Para Onocko-Campos (2012) na atual política de saúde mental para crianças e adolescentes existem algumas lacunas nas intervenções que ainda não consideram o contexto, a cultura e as redes do sujeito, levando à sua fragilização e à da família. O que se propõe é que o cuidado se direcione para atender as crianças, os adolescentes e familiares em situação de sofrimento com ações intersetoriais, que promovam o acesso ao trabalho, ao lazer, estimulando o exercício da cidadania e, com isso, aprimore os laços familiares e comunitários dos usuários do serviço.

No entanto, nem sempre a família é foco de intervenção ou participante efetivo do processo terapêutico desenvolvido pela equipe de profissionais dos CAPSi. O estudo de Dombi-Barbosa et al. (2009) com famílias no CAPSi de São Paulo, revelou que existem registros de cuidados direcionados às famílias em somente 50% nos prontuários pesquisados, revelando a pouca atenção dada à família na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Outro

estudo realizado por Bustamante e Onocko-Campos (2020) com profissionais de CAPSi e a compreensão que eles tem das famílias, apontou que os profissionais reconheciam a necessidade de realizar registros sistemáticos de dados sobre as famílias, que lhes auxiliariam na composição do PTS, assim como uma urgente necessidade de construir relações mais horizontais e sensíveis às diferenças socioculturais.

Os profissionais da saúde, ao reconhecerem as dificuldades no cotidiano dos familiares e da pessoa com sofrimento psíquico, podem organizar os serviços oferecendo, também, cuidados para a família. Para Rosa (2005) muitas vezes é difícil a adesão das famílias ao tratamento em virtude da sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo para o cuidador e as dificuldades econômicas vivenciadas pela família. Esses são motivos que o estudo realizado aponta como exemplos para a elevada rotatividade dos familiares e cuidadores nas reuniões com os profissionais, dificultando o processo de tratamento da criança/adolescente.

Acredita-se que o processo de saúde e doença interfere no ambiente familiar e influencia a interação entre os seus membros e seu modo de viver, e está ligado às necessidades de moradia, saúde, educação, trabalho e lazer. Segundo Teixeira (2003) o que é considerado necessidade para a saúde e o viver bem são temas relevantes de discussões infinitas, mas, para que se obtenha um cuidado integral, a escuta das necessidades de cada familiar passa a ser uma estratégia essencial para acolher as famílias que têm um membro com sofrimento psíquico.

Nesse sentido, a escuta segundo Amarante (2007) é um dispositivo de cuidado que direciona o olhar para uma intervenção que se desloca da doença mental para o sujeito em sofrimento. Como propõe Ayres (2004) assim ocorre o diálogo e o acolhimento das dimensões existenciais dessas pessoas. O acolhimento, a construção do vínculo e a escuta são ferramentas essenciais na atenção à saúde mental, sendo estes, um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica: ao aproximar os usuários do serviço, promove-se a sua participação nas decisões que englobam a sua vida, valorizando suas experiências e incluindo o cuidado nos diferentes contextos do seu cotidiano (GUIMARÃES et al., 2014).

Dessa maneira, a clínica ampliada não centra as suas ações nas queixas e sintomas das pessoas em quadro nosológico, mas em identificar as situações que causam sofrimento psíquico, direcionando o atendimento às suas necessidades que podem estar ligadas a valores atribuídos a diversos contextos que envolvem questões éticas, psicológicas, morais, religiosas, sociais e culturais (KANTORSKI et al., 2005). Para Constantinidis e Andrade (2015) fazer clínica dentro desses pressupostos não é apenas pensar na interiorização psicológica do sujeito, mas sim, na rede de subjetividades que o envolve, procurando conhecer e tratar as suas

necessidades, criar instrumentos, *settings* e modalidades de intervenções que produzam no sujeito a capacidade de reagir frente às situações psíquicas de maneira criativa.

No CAPSi, o cuidado com as famílias inicia-se com o acolhimento, a construção do vínculo e do PTS. Conforme ressaltaram Santin e Klafke (2011), os atendimentos com a família requerem uma relação de cuidado não só com o membro que está em sofrimento psíquico, mas também com o cuidador, numa relação em que se procura ouvi-lo e saber como se sente.

Portanto, percebe-se que na saúde mental infantojuvenil as famílias também apresentam necessidades de cuidado, pois, por mais que sejam diferentes as realidades de vida de cada sujeito do grupo familiar, existe algo comum e que os une: o sofrimento psíquico. Mediante essa realidade, cabe a reflexão e a implementação de práticas de cuidado que visem a integralidade e inclusão da família no cuidado, e essa é a função de toda a equipe dos serviços de assistência psiquiátrica (ROSA, 2005).

Para os profissionais e pesquisadores em saúde, a problematização da sobrecarga no cotidiano familiar ao lidar com um membro que se encontra em situação de sofrimento psíquico se faz necessária para que se possa direcionar as práticas de cuidado de maneira adequada para o contexto de cada família (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

As práticas de cuidado reforçadas pelas políticas e diretrizes de saúde mental incentivam estratégias que não sejam centradas na medicalização, hospitalização e apontam para as práticas interdisciplinares como dispositivos e espaços de intermediação entre os vários saberes e, dentre eles, os trabalhos em grupo (BRASIL, 2013a; CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015). Assim, os dispositivos grupais têm se revelado intervenções importantes na prática desenvolvida pelos trabalhadores do CAPSi, em consonância com a literatura que afirma que esses dispositivos estão presentes praticamente em quase toda a rede de atenção à saúde.

É importante salientar aqui a característica do dispositivo grupal que é sua capacidade de tensionar, movimentar, produzir deslocamentos e provocar outros agenciamentos (BARROS, 1997). Assim, o dispositivo grupal, quando acionado, tem a possibilidade de promover os deslocamentos necessários, rompendo com falas cristalizadas e com a naturalização de comportamentos e lugares que assumimos em nosso cotidiano e que, segundo Maximino potencializa o fazer compartilhado (1997, p. 2):

...os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um tipo especial de relação, um identificar-se pela ação ou por seus objetivos em comum. O despertar do autoconhecimento, a força de vontade e a tomada de decisões são parte do processo de cuidado e que pode interferir positivamente nos participantes.

No campo da saúde mental os profissionais terapeutas ocupacionais utilizam o dispositivo grupal como estratégia de acolhimento e tratamento de usuários e familiares. Para Maximino (1997) a potência do grupo parte da compreensão que o fazer está situado na intersecção indivíduo-sociedade (grupo), no pensar-fazer, tendo o seu foco no encontro que se dá na ação. A autora refere que os grupos realizados na terapia ocupacional funcionam como “amplificadores do potencial provocativo das atividades”, referindo-se ao sentido de se afetar, de ser tocado e de se conectar com os órgãos do sentido (MAXIMINO, 1997, p. 3).

Para Mângia (2001) a presença do terapeuta ocupacional no trabalho de reabilitação psicossocial reforça a atuação de pensar no cuidado a partir da vida cotidiana do indivíduo, seus hábitos, estilo de vida e também em identificar as potencialidades e desafios encontrados nesse processo.

3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

Antes de adentrar no contexto das PICS e do cuidado em saúde mental infantojuvenil é importante refletir sobre o processo de medicalização que, segundo Illich (1981) acentua a realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos muitas vezes ineficientes e desnecessários. Se faz necessário aprofundar o conceito de integralidade, sendo este um dos princípios que norteiam o SUS e também uma das bandeiras de luta do movimento da Reforma Psiquiátrica. Além disso, é necessário entender em que maneira o trabalho em equipe configura-se como uma estratégia do cuidado integral (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018), e que se complementa com a proposta das PICS para a construção de redes de atenção integral na saúde mental.

Dando continuidade, vamos falar sobre a PNPIC que, no Brasil, começaram a despontar no final da década de 1970, após a declaração de Alma-Ata (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), sendo validada nos anos 1980 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2019). A Conferência marcou um momento importante que deu visibilidade às demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde, além de questionar o ainda latente modelo hegemônico de ofertar cuidado que excluía outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas (BRASIL, 2018a). A PNPIC veio, também, reforçar a inserção de novas tecnologias em saúde para romper com a lógica da centralização, desumanização, fragmentação e medicalização que ainda estão atuantes nos serviços de saúde (CAMPOS, 2003; LUZ, 1997).

Por fim, nessa seção, vamos finalizar com fundamentos da MTC, como um dos recursos passíveis de utilização no campo da saúde mental.

3.1 Medicalização social

Não é fácil afirmar quando o termo “medicalização” surgiu no vocabulário das ciências sociais em saúde e na saúde coletiva. Alguns pesquisadores acreditam que as primeiras explicações a respeito dessa expressão surgiram no final dos anos 1950 e início dos anos 1960 quando a economista social britânica Barbara Wooton e Thomas Szasz, que era médico psiquiatra, se encontraram em certos debates (MINAKAWA; FRAZÃO, 2019). O termo “medicalização”, segundo Minakawa e Frazão (2019), foi citado em 1968 na Enciclopédia

Internacional de Ciências Sociais, referindo-se à tendência das instituições médicas em lidar com aqueles comportamentos que não eram o esperado, rotulando-os como “enfermidade”.

Minakawa e Frazão (2019) contam que na década de 1960 autores como Foucault, Illich, Freidson, entre outros, lançaram um novo olhar sobre a corporação médica, que serviu de exemplo para as teorias que cada um construiu sobre a sociedade, como a da anátomo-política e a da biopolítica de Foucault, e a contra produtividade da sociedade industrial de Illich. Para Minakawa e Frazão (2019) tal processo de medicalização passou a ser um acontecimento sociocultural bastante complexo que transformou as situações vivenciadas do cotidiano em necessidades médicas, ou seja, os sofrimentos e as dores que antes eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, passaram a ser considerados disciplinas da Medicina.

Para Foucault (1979) desde o século XIX os médicos foram os encarregados de observar os desviantes da esfera social e com isso entra em cena um saber especializado, o do médico, sendo este o responsável pelo estabelecimento dos limites entre a razão e a loucura. Essa maneira da medicina de diagnosticar e querer tratar os problemas do paciente é antiga e tornou-se comum na atualidade. Pode-se dizer, inclusive, que a medicalização dos comportamentos humanos considerados socialmente indesejáveis nas sociedades ocidentais se estendeu a quase todos os domínios da Medicina (CAPONI, 2009). Nos dias atuais, essa tendência antiga de olhar os comportamentos considerados inadequados na sociedade para procurar diagnosticar e tratar o ser humano acentua-se cada vez mais. O processo de medicalização do comportamento humano, principalmente no mundo ocidental, se estendeu aos outros domínios da sociedade (CAPONI, 2009).

De forma geral, percebe-se que as críticas a respeito da medicalização se referem à tentativa de reduzir questões consideradas complexas que envolvem conhecimentos de diversas disciplinas (como a sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina, entre outros) a um único domínio metodológico e disciplinar: o da Medicina. A medicalização passa a ser exercida como uma expressão do saber médico, ou seja, de práticas médicas que não agregam um contexto terapêutico, mas sim político social (GUARIDO, 2010). A medicalização passou tradicionalmente a ter o sentido geral de reduzir problemas sócio-políticos a questões individuais. Se antes e, em até certo momento histórico, o objeto da medicina quase que exclusivamente era pautado na investigação das doenças, nas suas causas, efeitos e terapêuticas, medicalizar um fenômeno teve como consequência a patologização (GUARIDO, 2010).

Percebe-se que, a partir do século XIX, o conceito de medicalização pode ser aplicado a vários contextos da vida, associado a uma prática discursiva que revela o saber médico no conjunto dos diferentes discursos sobre o homem, sobre a natureza e a sociedade (MINAKAWA; FRAZÃO, 2019). A medicalização foi inserida no conjunto da ideologia moderna e na formação do homem no que diz respeito à forma com que esse significa o seu corpo, seu lugar político e suas vivências (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Para Illich (1981), a medicalização estava associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos. Dentro dessa visão, Illich (1981) afirmou que a medicina tomou uma posição de “júri”, quando a mesma foi requisitada por algumas instituições a emitir julgamentos que se encontravam sob o seu domínio.

Toffler (1970), por sua vez, destacou a complexidade da vida, das relações humanas, dos negócios, entre outras situações e enfatizou que os limites físicos e psicológicos que os indivíduos vivenciam na sociedade moderna fez com que a adaptação fosse alcançada por uns, enquanto outros resistiam e fugiam dela. Segundo o mesmo autor, as pessoas estavam despreparadas para enfrentar o ritmo acelerado das mudanças contemporâneas, o que exigia delas uma sobrecarga tanto física como emocional (TOFFLER, 1970).

Para Zola (1972) o cenário de dinamismo social gerou forças desagregadoras sobre a sociedade contemporânea, que afetaram o comportamento humano na sua identidade social, nas empresas e nas instituições. Para Minakawa *apud* Zola (1972, p. 42):

A saúde pública sempre esteve envolvida com as mudanças sociais da vida, desde problemas sanitários às condições de trabalho e para efetivar tais atividades, muitas vezes, utilizou o poder legal do Estado. A psiquiatria tornou-se uma perspectiva de reabilitação dominante para tratar os desvios de saúde como insanidade mental, utilizando-se de processos judiciais levou a internação involuntária ou a remoção de certos direitos e privilégios de pacientes.

Dentro do que foi exposto nos cabe refletir de que modo o saber médico psiquiátrico foi respondendo às demandas sociais a ele direcionadas, e cuja resposta, atualmente, se reduziu ao diagnóstico do desvio comportamental e sua tentativa de normatização via medicação, delegando aos outros especialistas a assistência à família e à criança.

Além do fenômeno da medicalização, a medicamentação tem sido outra preocupação para a saúde pública e, para Amarante (2007) é consequência do fenômeno da medicalização social. O termo “medicamentação” tem sido utilizado para se referir ao controle médico sobre a vida das pessoas, utilizando remédios como a única terapêutica possível para responder às questões da vida cotidiana ao transformá-las em enfermidades psíquicas (BEZERRA et al., 2014).

Para Bezerra et al. (2014) o fenômeno da medicamentação se tornou mais evidente no campo da saúde mental com a prescrição abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos. Esses sofrimentos estão, muitas vezes, relacionados às dificuldades sociais e econômicas do sujeito e a terapêutica acaba sendo reduzida a psicotrópicos.

Cabe ressaltar que ambos os fenômenos, medicalização e medicamentação, comprometem e dificultam que outras tecnologias possam ser utilizadas no âmbito da saúde mental com seus usuários. Nesse cenário, o conceito de integralidade veio para romper com a concepção de cuidado pautado nos comportamentos, como na medicalização e medicamentação.

3.2 Integralidade do cuidado

Sendo um dos princípios que norteiam o SUS e as PICS, a integralidade é também uma das bandeiras de lutas do chamado movimento sanitário, que vem ganhando destaque também no campo da saúde mental a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1988; 2004; MERHY, 2007).

Desde a década de 1970 a integralidade esteve presente nas discussões pela redemocratização do país e pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na qual ganhou destaque como sendo uma das diretrizes do SUS, com a denominação de “atendimento integral” (BRASIL, 1988).

Essa diretriz tem sua importância histórica, pois foi na contramão da formação médica com base flexneriana e reducionista que privilegiava a especialização (MATTOS, 2009b; TESSER; BARROS, 2008). O conceito de integralidade passou a orientar e ampliar as ações de saúde, gerando certa crítica às práticas de saúde pautadas no modelo biomédico, e buscou a transformação na forma de cuidar. Também foi vista como fundamento para guiar práticas e saberes, favorecendo a ruptura de valores que segregavam a cultura psiquiátrica centrada no manicômio (AMARANTE, 2001; TESSER; LUZ, 2008).

A integralidade remete à importância de identificar o sujeito em sua totalidade, compreendendo-o em seu contexto social, político e histórico, relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade em que esteja inserido (MACHADO et al., 2007). Dessa forma, a integralidade em saúde pressupõe que, além das ações curativas, dispense-se uma atenção especial às ações de promoção, prevenção e reabilitação, assim como na organização dos serviços e das práticas de saúde (KELL, 2007). A integralidade, ainda, se faz importante na inserção do sujeito como participante do processo e como agente de mudanças, proporcionando assim uma maior interação com a família e a comunidade (TESSER; LUZ, 2008).

Na saúde mental, o princípio da integralidade se manifestou na transformação do modelo assistencial que, gradativamente, passou de uma lógica manicomial e hospitalocêntrica, para um modelo psicossocial, com a valorização do ser humano que se encontra em sofrimento psíquico. Para Costa-Rosa (2012) é importante considerar as peculiaridades de cada sujeito em situação de sofrimento mental, valorizando-o como um ser repleto de necessidades e de direitos. Segundo o autor, recolocar e valorizar o sujeito na sociedade e trabalhar para desconstrução da hospitalização e da medicalização é uma das lutas dos trabalhadores da saúde mental (COSTA-ROSA, 2012). Para Lyra (2007), a integralidade no cuidado em saúde mental permite o acolhimento do sofrimento psíquico e então procura refletir, junto ao sujeito, sobre as possíveis diferentes respostas daquelas apresentadas pelo modelo biomédico que tem a doença como foco na intervenção.

Na saúde mental temos o desafio de romper a visão linear do modelo biomédico e abraçar a interdisciplinaridade na construção de uma prática clínica que priorize a individualidade do sujeito. Segundo Tesser e Barros (2008), todo trabalhador da saúde é procurado pelo doente por conta de alguma necessidade na sua saúde e o mesmo espera cuidados que favoreçam um acolhimento integral. Além disso, cabe ao profissional da saúde integrar propostas terapêuticas que considerem as dimensões sociais, políticas, técnicas e científicas para a criação de modelos de cuidado orientados pelo paradigma psicossocial, contrapondo assim o modelo biomédico. Ao tratar, respeitar, acolher, atender e compreender o ser humano em sofrimento, a ação do profissional de saúde vai além da atenção técnica simplificada (LUZ, 2004; TESSER; BARROS, 2008)

A Rede de Atenção Integral em Saúde Mental foi deliberada na Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo definida como um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partem de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação

(AMARANTE, 1998). Silva e Tavares (2016) consideraram a intersetorialidade e a diversificação como componentes inseparáveis da integralidade já que, para lidar com problemas complexos, há que diversificar ofertas de maneira integrada e buscar articulação em outros setores.

Na saúde mental existem iniciativas de articulações com vários setores e serviços, além do âmbito da saúde, que trabalham para fortalecer o direito à cultura, ao lazer e à moradia, permitindo, assim, uma maior interação do ser humano em sofrimento psíquico com os espaços que a cidade oferece, estimulando sua autonomia e reinserção social. O reconhecimento do cotidiano dos sujeitos em sofrimento mental, bem como dos serviços de saúde, é importante para uma visão global e não fragmentada do ser humano no sentido de direcionar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, gerando envolvimento de todos os níveis de atenção, desde a rede básica de saúde, CAPS, entre outros, articulando-os e permitindo o fluxo e o atendimento.

A integralidade da atenção, a equidade, o sistema de referência e contrarreferência, a participação popular, as mediações sociais, a horizontalidade do sistema e o convívio social são temas importantes que devem compor a Rede de Atenção em Saúde Mental (PEREIRA; ANDRADE, 2000). Nesse sentido, as PICS constituem um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde que abrangem tradições de cuidado de diferentes culturas, bem como práticas complementares que não fazem parte destas tradições e tampouco estão totalmente incorporadas aos sistemas de saúde (BRASIL, 2006; GALVANESE; BARROS; D'OLIVEIRA, 2017).

3.3 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Em 1978, na União Soviética, aconteceu a Conferência Internacional de Alma-Ata, na qual a OMS preconizou a legitimação das práticas alternativas ou complementares, no cuidado em saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). PICS é uma terminologia que surgiu no Brasil, e que em outros países são denominadas como Medicina Tradicional, Medicina Alternativa e Complementar ou Medicina Integrativa (BRASIL, 2006; BARROS, 2006; OMS, 2002). As PICS foram definidas por Telesi Junior (2016, p. 99) como: “(...) todas as atividades devidamente regulamentadas e inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (PNPIC/MS), desenvolvidas por meio de ações

integradas de caráter interdisciplinar (...)"'. A PNPIC, ainda, é uma estratégia da OMS e um de seus fundamentos é a:

Coexistência de diferentes racionalidades médicas na sociedade contemporânea em que a racionalidade ocidental, orientada basicamente pelo paradigma da normalidade/patologia, está ligada à priorização de abordagens medicamentosas e cirúrgicas, enquanto as medicinas ditas holísticas, referidas ao paradigma da vitalidade, comportam uma multiplicidade de outras práticas de cuidado e autocuidado (GALVANESE; BARROS; D'OLIVEIRA, 2017, p. 2).

De acordo com dados da OMS (2011) a busca das pessoas pelo uso das PICS cresceu em todo o mundo, e isso se deveu ao aumento de doenças crônicas, aos elevados custos nos serviços de saúde e a insatisfação da comunidade pela qualidade dos serviços oferecidos, levando-os a busca de outras formas de cuidado. Por outro lado, a sua implementação nos serviços de saúde não cresceu na mesma proporção, provavelmente porque a sua efetivação como novo procedimento nos serviços públicos estivesse vinculada a uma política científica que dava maior ênfase às evidências quantitativas do que às qualitativas (CONTATORE et al., 2015).

A relação entre o crescimento da oferta e demanda por essas práticas, tanto no âmbito privado quanto no público, tem mostrado a importância das PICS dada pela população no cuidado à saúde. No entanto, ainda é um desafio que haja a ampliação do acesso a essas práticas, a sustentabilidade desses serviços a partir de financiamentos envolvendo as três esferas da gestão, e a evolução no campo da legislação que garanta o direito de cuidar e ser cuidado (BRASIL, 2018b).

O Brasil reconheceu as recomendações internacionais da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e da OMS para integração dos conhecimentos de variadas tradições culturais e de praticantes dessas medicinas em seu sistema de saúde, instituindo uma política regulamentada pela portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). Para que a PNPIC fosse implementada, anteriormente foi realizado um diagnóstico situacional das PICS ofertadas no SUS para identificação das práticas mais comuns realizadas nos municípios brasileiros, bem como as de maior viabilidade para implantação (BRASIL, 2018b). Dessa maneira, em 2006, tornaram-se parte do SUS a Racionalidade Médica Homeopática, Racionalidade MTC/Acupuntura, Racionalidade Médica Antroposófica, Fitoterapia/plantas medicinais e Termalismo.

Em 2017, visando um avanço na institucionalização das PICS, o MS emitiu a Portaria nº 849 de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017c), que incluiu novas modalidades de PICS à PNPIC, dentre elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (resumo do que se tratam essas práticas está apresentado no Anexo A).

O MS por meio da Portaria nº 702 de março de 2018 (BRASIL, 2018a), ampliou em mais 10 práticas os recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais possíveis de utilização no SUS, sendo eles: a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Por fim, o MS através da Portaria nº 633 de 28 de março de 2017 (BRASIL, 2017d), fez uma atualização na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com a inclusão do serviço especializado de código 134, destinado às PICS. O Quadro 1 apresenta as práticas inseridas no SUS por portaria.

Segundo Magalhães e Alvim (2013), a utilização das PICS deve ser de maneira multiprofissional, não havendo, portanto, a exclusividade por parte de nenhuma profissão (a não ser no caso de homeopatia que são utilizadas apenas por médicos e odontólogos). Segundo Barros, Spadacio e Costa (2018), cabe a ressalva sobre a importância da perspectiva interprofissional no desenvolvimento das PICS, considerando seu caráter complexo e dinâmico para a articulação e integração nas ações de saúde centradas nas necessidades de indivíduos e coletivos. Nesse sentido, as PICS se caracterizam por sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que:

...buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006, p. 10).

Quadro 1 - Práticas inseridas no SUS por portaria

Portaria	Práticas incluídas
nº 971, de 03 de maio de 2006 (5 práticas)	Acupuntura
	Homeopatia
	Fisioterapia
	Antroposofia
	Termalismo
nº 849 de 27 de março de 2017 (14 práticas)	Arteterapia
	Ayurveda
	Reflexoterapia
	Biodança
	Reiki
	Dança circular
	Shantala
	Meditação
	Terapia Comunitária Integrativa
	Musicoterapia
	Yoga
	Osteopatia
	Quiropraxia
	nº 702 de março de 2018 (10 práticas)
Apometria	
Bioenergética	
Constelação Familiar	
Cromoterapia	
Geoterapia	
Hipnoterapia	
Imposição de mãos	
Ozonioterapia	
Terapia de Florais	

Fonte: Minas Gerais (s/d).

A PNPIC segue dez diretrizes para o seu desenvolvimento, a saber (BRASIL, 2006):

- a) estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS;
- b) desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente;
- c) divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;
- d) estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
- e) fortalecimento da participação social;

- f) provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos e na regulamentação sanitária;
- g) garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das PIC, com qualidade e segurança das ações;
- h) incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
- i) desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC para instrumentalização de processos de gestão; e
- j) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

A PNPIC segue na direção contrária do domínio da racionalidade biomédica, gerando impacto nos campos sociopolítico, técnico e econômico, pois ajuda a promover a ampliação das ofertas de cuidados em saúde estimulando alternativas inovadoras e socialmente sustentáveis na comunidade, motivando a participação social, o envolvimento responsável e continuado do usuário, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias ((BARROS, 2006; BRASIL, 2015). Dessa maneira, se propõe ampliar a oferta desses recursos terapêuticos no SUS garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da promoção e recuperação de agravos, e da promoção e recuperação da saúde com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2018a).

Dentre os destaques da PNPIC está o aspecto do autocuidado no contexto da promoção da saúde global do ser humano em suas práticas e, nesta direção, a MTC com suas modalidades terapêuticas como automassagem, dietoterapia, Lian Gong e Tai Chi Chuan (práticas corporais), meditação e Tui Ná, são consideradas meios de prevenção de agravos e de doenças e fatores de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

Segundo o Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, outra possibilidade de implementação das PICS é a sua inserção em serviços considerados à rede ambulatorial, hospitalar, ou ainda a algumas das redes temáticas do SUS e cita como exemplo os CAPS, serviços de urgência, entre outros (BRASIL, 2018b). No mesmo manual é sugerido que os procedimentos realizados devam ser cadastrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (BRASIL, 2018b). Os procedimentos de PICS cadastrados fazem parte do rol de procedimentos da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS (BRASIL, 2017e).

Algumas ações foram estabelecidas para o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais no SUS em conformidade com os princípios e as diretrizes estabelecidas para Educação Permanente. Nessas ações estão incluídos o incentivo à pesquisa em PICS com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde; avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; o estabelecimento de intercâmbio técnico-científico, visando o conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as PICS estejam integradas ao serviço público de saúde (BRASIL, 2018a).

Sendo assim, diante do incentivo através da PNPIC para a ampliação das PICS e com a sua implementação dentro de uma esfera multiprofissional, as PICS foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), pela Resolução nº 405/2011, em que a acupuntura foi reconhecida como especialidade (COFFITO, 2011). A Resolução nº 491/2017, por sua vez, regulamentou o uso das PICS e deu outras providências (COFFITO, 2018).

Diante do exposto, ressaltamos que no presente estudo vamos nos ater aos fundamentos da MTC no contexto da saúde mental infantil e sua aplicabilidade no grupo de família atendidas no CAPSi.

3.4 A promoção da saúde e a Medicina Tradicional Chinesa

A discussão sobre a temática da promoção da saúde ganhou destaque a partir dos anos de 1980 após conferências internacionais organizadas pela OMS. O texto da Declaração de Alma-Ata já citava a importância da ampliação do cuidado à saúde com o envolvimento e a participação da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A Carta de Ottawa (1986), referência no conceito de promoção da saúde, reforçou que a essa não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e que deve ser oferecida uma proposta de cuidado que promova o envolvimento e a participação social no cotidiano das pessoas, com visão integral de saúde:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (CARTA DE OTAWWA, 1986, s/p.).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) trouxe uma visão de saúde de maneira complexa e reforçou que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade na qual a participação social e o envolvimento dos sujeitos nas ações nos mais diversos ambientes como escolas, clubes, associações e locais de trabalho, promovem melhoras na qualidade de vida das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2006). Em outras palavras, o desenvolvimento das ações preconizado pela PNPS vai também ao encontro da proposta da PNPIC, PICS e da MTC, que visam a prevenção de agravos, a promoção e recuperação da saúde com ênfase na escuta acolhedora e no cuidado integral (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Paralelo ao incentivo da implementação dessas políticas percebe-se que atualmente aumentaram as queixas relativas ao sofrimento mental, assim como problemas definidos como emocionais, sendo caracterizados como “o mal do século”. Segundo Lopes (2020), os transtornos mentais representam hoje um dos principais desafios na agenda de saúde, tanto de países desenvolvidos como de países em desenvolvimento, constituindo um ônus importante para os serviços públicos. Ficou evidenciado também que crianças e adolescentes tiveram mudanças nos padrões de adoecimento físico e psíquico, com considerável aumento de problemas emocionais e de conduta (LOPES, 2020).

Estima-se que 30% dos adultos em todo o mundo atendam aos critérios de diagnóstico para qualquer sofrimento psíquico e, cerca de 80% daqueles que sofrem, vivem em países de baixa e média renda (LOPES, 2020). Esse aumento nos casos de sofrimento psíquico que já havia sido citado por Luz em 2004, foi devido a fatores complexos de natureza epidemiológica, socioeconômica e cultural, que geraram crescente desigualdade e exclusão social como também o pouco investimento em políticas públicas sociais eficazes por parte de governos local, regional e nacional (LUZ, 2004). Essa falta de investimento gera o que Madel Luz (1997) definiu como “Crise na Saúde”, em que o crescimento da desnutrição, das doenças crônico degenerativas, novas epidemias, além de patologias subjetivas como a “síndrome do mal-estar”, ansiedade, depressão, entre muitas outras, superlotam os serviços de saúde.

A crise na saúde citada por Luz (1997) abre espaços institucionais para outros sistemas médicos, gerando uma certa aceitação das PICS por parte da população que percebe as carências de atenção e cuidados nos serviços de saúde em que modelo biomédico é predominante. Os usuários encontram nas PICS certo acolhimento das suas necessidades, o que permite a construção do vínculo e a elaboração de um plano terapêutico que vá ao encontro das necessidades de cada sujeito. Sendo assim, passam a ter um certo destaque as práticas que priorizam a visão integral, o autocuidado, que centram suas ações na saúde e não na doença, e fazem oposição a uma tendência mecanicista e materialista caracterizada pelo modelo biológico e social (MARTINEZ, 2003; QUEIROZ, 2000).

Especificamente em relação aos fundamentos da MTC concebem o ser humano de maneira integral, sem limites estabelecidos pelo corpo, mente e espírito e sendo compreendido como um campo de energia em constante movimento (KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009).

3.5 Os fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa

Os Fundamentos da MTC são milenares, tendo sido passado de geração em geração por diversas dinastias, culminando em um acúmulo de conhecimentos e práticas muito vastas e, portanto, difíceis de serem abordadas por completo em uma dissertação. Sendo assim, este estudo faz apenas um recorte de tópicos relevantes da MTC que embasem a argumentação do que foi proposto enquanto objetivos de pesquisa.

Para Tesser e Luz (2008) a MTC é definida como uma racionalidade médica diferente da biomedicina. Já para Cintra e Pereira (2012) ela apresenta um sistema complexo de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, que contempla a relação do homem com a natureza. A MTC, a exemplo de outros sistemas médicos complexos, tem na sua própria composição uma cosmologia: entre seus fundamentos estão conceitos da anatomia, fisiologia energética, a fisiopatologia, bem como os seus princípios terapêuticos que devem ser vistos como possibilidades de intervenções, evitando a interferência do modelo biomédico que, muitas vezes, se reduz a diagnósticos (FERREIRA; LUZ, 2007).

A MTC tem influência da filosofia taoísta, uma das escolas de pensamentos filosóficos mais antigas que se tem conhecimento, originada por Lao Tsé, filósofo que supostamente nasceu 600 anos antes da era cristã e que, em seu auge, influenciou diversas manifestações da sociedade como a educação, medicina, política, religião, artes, arquitetura, paisagismo, entre

outras. Segundo fundamentos taoístas, somos influenciados direta ou indiretamente pelos movimentos cíclicos da natureza, e essa interação interfere na nossa saúde e qualidade de vida. Dentro dessa concepção, o universo é o macrocosmo, o ser humano o microcosmo, e são reproduzidos em nós os mesmos fenômenos naturais que acontecem no macrocosmo. Por essa analogia, estende-se a fisiologia e a fisiopatologia do ser humano (LIU, 1986; MACIOCIA, 1996; SILVA, 2014).

Alguns conceitos como o QI, o yin e yang, os cinco elementos, o wu wei integram os fundamentos básicos dessa sabedoria chinesa antiga. Segundo a MTC, o que mantém as funções dos órgãos, vísceras, mente, corpo e espírito é a dinâmica entre a relação interior e exterior e o QI (sopro vital). A vida saudável é conquistada através da qualidade do QI na interação harmoniosa de alternância e complementaridade entre yin e yang e cinco elementos, pois o desequilíbrio nessa relação pode gerar desarmonia e, conseqüentemente, as doenças (BRASIL, 2006; LUZ, 2012; MACIOCIA, 1996; NASCIMENTO, 2006).

O QI, para a MTC, se manifesta de diversas maneiras, sendo uma tarefa difícil defini-lo. No seu ideograma estão presentes elementos que expressam o sopro ou o vapor do cozimento do arroz. Muitas vezes na tradução no ocidente esse sentido é aproximado ao conceito de energia, o que torna a interpretação descontextualizada do pensamento oriental antigo, gerando interpretações diferentes do seu sentido original (DULCETTI JUNIOR, 2013; LUZ, 2012; MACIOCIA, 1996). De forma geral, o QI está presente em todas as atividades fisiológicas, sendo responsável em ativar e promover o crescimento, o desenvolvimento dos órgãos internos, dos meridianos (canais pelos quais a energia circula), governa a circulação do Xue (sangue), controla a distribuição dos líquidos, mantem a temperatura adequada do corpo, protege o organismo das invasões de fatores patogênicos, mantem a anatomia das estruturas, entre outras funções (MACIOCIA, 1996).

A dualidade do yin e do yang representa a reunião de sopros opostos e complementares existentes em todos os fenômenos e manifestações da natureza, tão importantes no processo do viver. O yin representa o recolhimento, o frio, o feminino, o interior e; o yang a expansão, o calor, o masculino, o exterior, entre outros. É importante, primeiro, a compreensão destes conceitos para o cuidado dentro da fundamentação da MTC (BRASIL, 2006; LUZ, 2012; SILVA, 2014).

Segundo Coutinho e Dulcetti (2015), a manifestação dos sopros, a expressão Yin e Yang na psique humana, se manifesta por meio das características de sua essência e de seu comportamento. A esse respeito, as características yang são referentes ao estado de alegria, da plenitude mental, emocional, da inteligência, da consciência, da percepção, do conhecimento e da agilidade no raciocínio; enquanto as características yin são o estado de tristeza, de apatia, de pessimismo, de timidez, de um perfil irracional, de um instinto animal e de inconsciência (CAMPIGLIA, 2004; MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2004).

A teoria dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal e água) enriquece a fundamentação da MTC, já que ela entende que as características de cada elemento na sua relação yin e yang reforçam os movimentos cíclicos e a sua interferência na mente, no corpo, na fisiologia e fisiopatologia. Cada elemento está associado a um clima, a uma estação, fator emocional, sabor, fator patogênico, maneira de se comportar e de agir, entre outras. O elemento fogo está associado à emoção alegria, a terra à preocupação, o metal à tristeza, a água ao medo e, a madeira à raiva (CAMPIGLIA, 2004; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2004).

Considerando as características de cada elemento e suas peculiaridades, a madeira é representada pela primavera simbolizando a exteriorização e o nascimento. O fogo, caracterizado pelo verão, tem a tendência de expansão, sendo também responsável pela morada da mente. A terra, considerada a quinta estação e também denominada de canícula, simboliza a distribuição. O metal associa-se ao outono e corresponde à interiorização, se dirigindo ao yin. A água, por sua vez, está relacionada ao inverno e simboliza a concentração da energia (MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2004). Dessa maneira, a MTC, através da teoria dos cinco elementos, define os cinco aspectos mentais e espirituais, que são representados por: Shen, Hun, Po, Yi e Zhi. Cada um deles faz parte de um elemento, que contém um órgão, uma víscera, um fator emocional, espiritual, sabor, fator patogênico entre outras características. Esses elementos representam a mente, a consciência, a alma, os instintos, a intenção, a direção do pensamento e a vontade de viver (MACIOCIA, 1996).

O wu wei aborda o conceito da “não-ação” e o mesmo não deve ser interpretado como “não fazer nada”, “não agir”. Segundo o Taoísmo, a não-ação é, na verdade, uma ação natural sem o ato intencional ou predestinado. É uma ação que, apesar de não apresentar uma intenção, não representa o não agir, ou seja, não-ação significa realizar as coisas com naturalidade, sem excesso de predeterminação, sem especulação (MACIOCIA, 1996).

Segundo Silva (2014), em seu livro “Os segredos do Taoísmo”, o wu wei propaga o viver em harmonia com a natureza, o respeitar o movimento natural do universo que, em outras palavras, sinaliza a observação, o conhecimento e a aceitação da direção do fluxo energia (QI), ou seja, a percepção do movimento da vida. Dentro dessa visão, a melhor maneira de encarar as adversidades do cotidiano é não agir de maneira precipitada, mas sim sentir o fluxo da energia, respeitando a sua direção e estar atento para gerar, como respostas, um comportamento adaptativo à situação vivenciada. O saber aceitar e aprender a conduzir são as sementes da sabedoria da não-ação. Na China antiga, os chineses entendiam que compreender o fluxo da energia e se adequar a ela era importante para se obter o equilíbrio, pois, estando consciente da direção em que se segue, podemos prever o possível rumo dos acontecimentos e efetuar medidas que nos direcionem para melhores respostas às situações (MACIOCIA, 1996; SILVA, 2014).

Na MTC, a compreensão do Shen (mente) também se faz importante e está associada à relação entre o yin e o yang e aos cinco elementos. Esse conjunto contribui para a estruturação da MTC como sistema médico complexo, o que influencia no tratamento da saúde e na construção da integralidade no cuidado (LUZ, 1997; TESSER; BARROS, 2008). Algumas vezes o Shen é mencionado em relação ao diagnóstico na MTC e indica uma qualidade sutil e indefinível de “vida”, “prosperidade” ou “brilho”, que pode ser observado no estado de saúde. Essa qualidade aplica-se às condições da tez, dos olhos, da língua e do pulso, bem como a coloração da face, expressão dos olhos, força da voz, coerência da fala, movimentos dos membros e reações sensitivas (MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003).

O Shen representa certo conceito abstrato e está relacionado diretamente com as funções de todos os órgãos, vísceras (zang-fu), mente, corpo e espírito como unidade. Existem várias atribuições às suas funções, como as relacionadas à inteligência, memória, cérebro, ao emocional, ao racional, espiritual, ideias, bem como a essência ancestral e a alma etérea (MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003). Ainda, o Shen, é considerado um dos três tesouros que, juntos com o QI (energia vital) e Jing (Essência), são essenciais para a existência e manutenção da vida.

Para definição do diagnóstico em MTC, algumas expressões são utilizadas, como o “ter Shen” que adquire o significado de ter vitalidade, de ter energia, sendo a mesma avaliada pela impressão que o paciente transmite ao interagir com o meio ambiente. Assim como a máxima: “ter Shen é a vida, perder Shen é a morte”, ou seja, o Shen tem uma importância no processo da vida (MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2004).

O Shen (Rim), segundo Maciocia (1996, pág. 123), se refere à “Raiz da Vida” ou “Raiz do Qi Pré celestial”. Isso ocorre porque esse órgão armazena as essências dos pais, estabelecidos no momento da concepção, e também por ser o responsável em governar o nascimento, crescimento, reprodução e o desenvolvimento. Após o nascimento do novo ser o Jing é armazenado no sistema Shen (Rim) e é a base biológica de Shen (Mente) (MACIOCIA, 1996).

O Shen (Mente), por sua vez, indica o conjunto de todas as atividades mentais, consciência e pensamento, representando todas as funções cerebrais que, na MTC, são atribuídas ao sistema Xin (coração) (DARELLA, 2001; MACIOCIA, 1996). Para Maciocia (1996) as atividades mentais relacionadas ao Shen são a consciência, o pensamento, a memória, a cognição, o sono, a inteligência, a sabedoria, as ideias e o “insight”. Para este autor, se o Shen estiver forte, o pensamento será claro e se, pelo contrário, estiver fraco ou perturbado, o pensamento será lento e embotado (MACIOCIA, 1996).

Segundo Maciocia (1996) o “insight” está sujeito a estímulos emocionais, percepções, sentimentos e sensações das mais diversas. O Shen (mente) é quem reconhece e percebe todos esses estímulos e cada emoção afeta um dos cinco elementos existentes. A cognição sugere a capacidade do Shen (mente) em perceber e compreender os estímulos. Assim como a memória, o sono e outros fatores, a inteligência não depende somente de Shen, mas sim também do Jing Hereditário (essência ancestral). Então, se Shen e o Xin (elemento fogo) forem fortes, o indivíduo poderá se desenvolver, ser inteligente e brilhante (MACIOCIA, 1996). O sono também sofre interferência do estado de Shen: se o Shen estiver calmo e equilibrado, a pessoa dorme bem e, se estiver agitado, desequilibrado, o sono será ruim (MACIOCIA, 1996).

De acordo com os fundamentos da MTC, para que exista a saúde, é necessário que se haja uma boa relação entre o homem e a natureza, estando presente também o equilíbrio do Shen (mente). Para isso, o sistema Xin (Coração) tem que estar forte e saudável, pois assim o ser humano poderá pensar com clareza, a memória responde aos estímulos, o estado de consciência e o “insight” são nítidos, a cognição é clara, o sono é reparador, profundo, a inteligência é brilhante, as ideias circulam livremente e o ser humano se comporta de maneira harmoniosa (MACIOCIA, 1996). Por outro lado, se o sistema Xin (coração) e o Shen (mente) estiver fraco, o ser humano será incapaz de pensar claramente, a memória será fraca, a consciência estará obscurecida, o discernimento será ruim, o sono inquieto, terá pouca inteligência, as ideias confusas e esse poderá agir de forma insensata (MACIOCIA, 1996)

Para os orientais existe uma relação direta na tríade “mente, corpo e espírito”. O Shen, além de ser responsável pelas atividades mentais, espirituais, gera também influências nos órgãos e sentidos (MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2004). Por conta disso, na sua amplitude, a MTC inclui também práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, à promoção e à recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

4 MÉTODO

A presente pesquisa possui natureza qualitativa. Segundo Minayo (2008), estudos qualitativos tem como princípio abranger e aprofundar ao máximo da realidade e do universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos participantes, fazendo correspondência a um espaço mais íntimo e profundo das relações e dos fenômenos humanos.

Trata-se também de uma pesquisa intervenção, cuja abordagem metodológica não dissocia a pesquisa e a intervenção, e sim promove o encontro, a experiência, a participação, a técnica, o processo, a política daqueles que são envolvidos de alguma forma pelas ações da investigação frente aos acontecimentos e as experiências da vida, em diferentes situações. A pesquisa intervenção é também um tipo de abordagem que proporciona a reflexão sobre o dispositivo grupal como uma possibilidade de garantir trocas de afetos e de experiências de vida, que ajuda a superar estigmas e preconceitos de vivências anteriores que geraram decepções, frustrações e, que muitas vezes nos desafia e incomoda na relação consigo, com o outro e com o mundo (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Ainda segundo Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), os estudos sobre práticas de promoção de saúde apresentam como desafios metodológicos um campo que tem o objetivo de fortalecer a autonomia dos sujeitos, a sua participação nos processos saúde-doença, as dinâmicas dos processos de subjetivação e, ainda, atribuição de sentidos às suas experiências. A pesquisa intervenção, por sua vez, tem como característica a atenção, a escuta, a disponibilidade, o deslocamento, os movimentos de aproximação e distanciamento estabelecendo relações horizontais entre os sujeitos. Além disso, estimula o diálogo, o envolvimento dos participantes do estudo na análise de sua própria realidade e no despertar de reflexões que os auxiliem na resolução de dificuldades encontradas no seu cotidiano. Nesse modelo de pesquisa, desenvolve-se uma interação constante entre o pesquisador e os membros das situações investigadas em que serão encontrados e debatidos problemas reais dessa comunidade (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Existem algumas características que são fundamentais para definir a pesquisa intervenção, entre elas podemos enfatizar o processo de conhecer uma situação particular dos participantes, da comunidade e, em seguida, construir estratégias para agir na busca de mudanças de comportamentos em prol de seus benefícios. É um processo coletivo com experiência educativa (MENDES; PEZZATO; SACADO, 2016).

4.1 Participantes do estudo

Participaram do estudo seis familiares de pacientes, crianças e adolescentes que estavam em atendimento em grupo de convivência no CAPSi #tamojunto por apresentarem situações de sofrimento psíquico. Todos eram residentes em Santos e foram selecionados após reunião com a equipe do CAPSi.

No Quadro 2 estão apresentadas características dos participantes, como grau de escolaridade, os motivos que levaram as famílias a procurar atendimento no CAPSi, bem como um pouco das queixas pessoais de saúde dos participantes. As informações foram observadas ou relatadas pelos participantes nos encontros do grupo, registradas em diário de campo.

Com a finalidade de preservar a integridade e anonimato dos participantes, foi utilizado nesse estudo o codinome P (de Participante), acrescido do número sequencial até o número 6 (número total de respondentes). Ao realizar a descrição dos participantes, os nomes dos familiares e de outros atores que compõem o estudo foram alterados.

Os participantes apresentavam diferentes níveis socioeconômicos: idades entre 30 e 59 anos; cinco são do sexo feminino e um do sexo masculino; nível de escolaridade variando desde o Ensino Fundamental completo até Pós-graduação. As principais queixas dos familiares se referiam ao desgaste na relação de cuidado com as crianças e adolescentes que, por sua vez, apresentavam comportamentos agressivos, ideação suicida, dificuldades de cumprir combinados e de interagir socialmente, gerando em quem cuida o cansaço, a insônia, a falta de sentido de vida, dores físicas e emocionais.

O grupo teve como característica a heterogeneidade em relação às histórias de vida e às questões socioeconômico e culturais. Um exemplo se refere ao local de moradia dos participantes: alguns moravam em bairros considerados como apresentando vulnerabilidade social, e outros residiam em bairros considerados nobres da cidade de Santos. Essa diversidade no grupo enriqueceu o trabalho, mas para isso foi necessário coordenar o processo grupal dentro de uma horizontalidade em que a valorização dos saberes fosse compartilhada sem constrangimento, dentro de uma dinâmica acolhedora.

Quadro 2 - Características gerais dos participantes

Sigla Vínculo Idade	Bairro	Escolaridade	Motivo que levou a família a procurar o CAPSi	Queixas do participante sobre si mesmo
P1 mãe 32 anos	Gonzaga	Superior com Pós-Graduação	- ansiedade - TOC - dificuldade de interação social	- cansaço - preocupação - dúvidas em relação a evolução do filho - anseios
P2 avó 59 anos	Marapé	Ensino Médio	- situações de violência - comportamento agressivo	- tristeza - raiva - medo - cansaço - dificuldades para dormir
P3 mãe 35 anos	Marapé	Ensino Médio	- comportamento agressivo	- apatia - sonolência - indisposição - tristeza - sensação de impotência na relação familiar - dificuldades no autocuidado
P4 pai 30 anos	Monte Serrat	Ensino Médio	- isolamento social	- insônia - preocupação com dificuldades do filho
P5 mãe 56 anos	Vila Mathias	Superior	- comportamento agitado - comportamento agressivo	- insônia - irritabilidades constante - alteração de humor - tristeza - cotidiano bastante intenso
P6 mãe 30 anos	Pompeia	Ensino Médio	- isolamento social - ideação suicida	- insônia - dores musculares - cansaço constante - tristeza - medo

Fonte: autoria própria

4.2. Cenário da pesquisa

A produção de dados foi realizada no CAPSi #tamojunto, localizado na cidade de Santos, que é um modelo de CAPSi II de acordo com a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), que dispõe de funcionamento diurno, com abertura das 8 às 18 horas nos cinco dias úteis da semana. O CAPSi #tamojunto atende usuários que estão em situações de sofrimento psíquico dos bairros: Morro do José Menino, Pompéia, Morro da Penha, Monte Serrat, Vila Progresso, Morro Santa Maria, Jabaquara, Morro São Bento, Nova Cintra, Marapé, Campo Grande e Gonzaga.

No ano de 2019 ocorreu a união entre os dois CAPSi que havia na cidade, o da Região Centro Histórico de Santos e o da Orla. A partir daí surgiu o CAPSi #tamajunto, que precisou se moldar, tanto na aquisição de um espaço físico adequado para proporcionar uma maior qualidade aos atendimentos, como também no ajuste da equipe técnica de forma a garantir o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental e do atendimento dentro do modelo de atenção psicossocial. Para isso, foram realizadas reuniões técnicas para alinhar as estratégias de cuidado, a interação da equipe, entre outros assuntos, sem perder o foco principal de oferecer atendimento com qualidade, bem como a construção e o fortalecimento da rede de cuidado ao sujeito de direito que necessita de atenção especializada.

Em relação à organização e planejamento do espaço físico, o Manual de Estrutura Física dos CAPS e das Unidades de Acolhimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) estabelece as estruturas físicas e os ambientes de saúde mental que compõem a base operacional essencial para a garantia da qualidade da atenção ao cuidado e das relações estabelecidas entre usuários, equipes e territórios. Esse manual enfatiza que os projetos arquitetônicos devam ser capazes de proporcionar relações e processos de trabalho de acordo com as diretrizes e os objetivos da RAPS, em que são priorizados os cuidados para uma atenção humanizada, territorial e substitutiva ao modelo asilar e em que os direitos humanos, a garantia de liberdade e autonomia das pessoas que necessitam de atendimentos sejam estabelecidas (BRASIL, 2013b).

No Manual dos CAPSi, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) foi enfatizado que o técnico de referência tem a responsabilidade de acompanhar e monitorar os casos atendidos para além do contato com a família, sendo este também o ordenador do percurso direcionado ao cuidado e articulando, quando necessário, as diversas ações com os outros serviços. No momento do estudo a equipe técnica do CAPSi era composta por um médico psiquiatra, cinco psicólogos, três acompanhantes terapêuticos, dois enfermeiros, um terapeuta ocupacional, um assistente social, um técnico de enfermagem, um fonoaudiólogo, dois oficiais administrativos e um auxiliar de serviços gerais.

A equipe do CAPSi #tamajunto, realiza a organização do serviço em time, sendo as decisões e as estratégias de cuidado construídas dentro de uma prática interdisciplinar, fazendo com que o trabalho e as intervenções sejam exercidos por toda a equipe técnica que, em face de suas formações diversificadas, consideram na sua atuação a sua área de conhecimento e saber. Essa troca de conhecimento enriquece as discussões dos casos, ampliando as possibilidades de trilhar os caminhos para uma intervenção que preserva a integralidade no cuidado. Outra característica importante no funcionamento do CAPSi #tamajunto é que a equipe procura

intermediar o usuário nas suas relações, seja com os outros técnicos ou com outras instituições, associações e espaços que esse ocupa dentro do seu território. Essa estratégia visa estimular a construção da rede de cuidado do usuário, a sua autonomia e o fortalecimento de parcerias.

Uma boa parte da população atendida nesse CAPSi é de cidadãos que vivem em situação de vulnerabilidade social, da região dos morros, que residem em moradias precárias, insalubres, perto de locais onde opera o tráfico de drogas e acontecem várias formas de violência. Também buscam o serviço usuários que moram na região da Orla de Santos, que são pessoas que apresentam maior condição socioeconômica, mas que por motivos diversos se encontram em situações que necessitam de cuidado.

Ao desenvolver suas práticas de cuidado, a equipe do CAPSi *##tamojunto* segue as orientações do Ministério da Saúde “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS” (BRASIL, 2014) procura ouvir a população atendida que se encontram em situações de sofrimento psíquico - as crianças, os adolescentes e as famílias. Dentro desse contexto se faz importante a clínica ampliada visando aumentar a autonomia do usuário, da família e da comunidade integrando-o a equipe de trabalhadores da saúde na busca de um cuidado e tratamento de acordo com necessidade de cada indivíduo, realizando a escuta acolhedora e a construção do vínculo valorizando a história de vida de quem está sendo cuidado (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015).

4.3 Procedimentos

Como instrumentos de pesquisa foram utilizados o diário de campo e a entrevista semiestruturadas. No diário de campo, foram registradas as observações sistemáticas do funcionamento dos grupos, os sentimentos dos participantes, as situações relacionadas ao seu cotidiano, estratégias de cuidado e histórias de vida. As entrevistas foram realizadas no último encontro com a proposta de obter informações dos participantes, suas percepções sobre o que são as PICS, sobre o autocuidado, se a participação no grupo trouxe mudanças de comportamento e novos hábitos inseridos no seu cotidiano. A entrevista continha perguntas abertas e foram gravadas (roteiro de entrevista é apresentado no Apêndice A).

A produção dos dados teve o seu início no dia 2 de outubro de 2019 e o seu término no dia 08 de dezembro do mesmo ano. Foram realizados um total de oito encontros, uma vez por semana, com a duração de uma hora cada, nas dependências do CAPSi #tamajunto. Apesar de ser um grupo aberto onde no decorrer do processo grupal outros familiares puderam participar, esse estudo se direciona a obtenção de dados somente de 6 participantes familiares das crianças e adolescentes que estavam em atendimento, com presença constante, sendo um pai, quatro mães e uma avó. A escolha pelo dispositivo grupal se deu por ter a característica de estimular os participantes a expressarem seus sentimentos, opiniões, impressões sobre os temas e as vivências em grupo, assim como proporcionar uma reflexão sobre si mesmo, sobre o outro, sobre a sua relação com o mundo, permitindo a construção de encontros com uma atmosfera descontraída, deixando-os à vontade para interagir no processo grupal (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Os temas escolhidos foram enfatizados em grupo nos encontros, com vivências teóricas e práticas a partir dos fundamentos da terapia ocupacional com a utilização de alguns recursos da MTC respaldados pela PNPICS. Essa forma de intervir com o grupo de familiares, com a abordagem da terapia ocupacional direcionando o olhar para a rede de subjetividades que envolve o sujeito (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015), associado a alguns recursos da MTC, buscou despertar o autocuidado nos familiares, compreendendo que os mesmos convivem com situação de sofrimento, vivem a sobrecarga em seu cotidiano e que, por sua vez e conseqüentemente, influenciam no tratamento do familiar adoecido:

Não se pode separar a doença do contexto familiar e, por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação (NAVARINI, p. 681, 2008).

O presente estudo se deu em conformidade com a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b) em que os participantes, após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). O estudo foi submetido e aprovado pela Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos Secretaria de Saúde de Santos (Anexo B), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP com número de parecer 3.272.053 (Anexo C).

4.4 Descrição dos encontros

O processo grupal aconteceu tanto em ambiente fechado (sala de atendimento) quanto em ambiente aberto (nos espaços ao ar livre do CAPSi), onde as cadeiras ou colchonetes foram dispostos em círculo, com utilização de música instrumental como forma de preparar a recepção dos participantes e iniciar os encontros. Em todos os grupos foram utilizadas músicas de relaxamento de autoria de Daniel Namkhay¹ e que tinham os seguintes títulos: “Momento presente, Momento Sagrado” (2005a); “O lugar onde tudo é música” (2005b); “Assoprando Preces” (2005c); “Viajando pelo mundo todo, sentado aqui” (1997); “Solo de Flauta” (2017) e “*Invincible Peace*” (2005d). As músicas foram utilizadas para as práticas de relaxamento e incitar a discussão e a reflexão acerca dos temas compartilhados em cada um dos dias de intervenção.

O primeiro encontro aconteceu no dia dois de outubro de 2019 e tratou da recepção, o acolhimento, a apresentação do projeto, dos participantes e a explicitação dos motivos que os fizeram buscar o CAPSi. Em seguida, foi explicado o TCLE e distribuído ao grupo para que os mesmos assinassem. O grupo foi um dispositivo facilitador do processo terapêutico que contribuiu para a escuta acolhedora, a construção do vínculo e a reflexão sobre a relação entre a mente, corpo, emoções e sentimentos. Devido à heterogeneidade do grupo, em relação às suas histórias de vida e em condições socioeconômicas, foi realizada a apresentação do conto de Paulo Freire² chamado “A canoa”³ com a ideia de construir um ambiente acolhedor no qual pudessemos aprender, ensinar, compartilhar sentimentos e histórias de vida pelos encontros que teríamos pela frente.

Nesse primeiro encontro, conversamos também, superficialmente, sobre a teoria dos cinco elementos da MTC, relacionando o homem e os cinco movimentos da natureza essenciais para a saúde, o bem-estar e o equilíbrio, fazendo conexões com as atividades do cotidiano. Esse foi um momento de integração em que os participantes demonstraram um certo interesse no

¹ Daniel Namkhay é músico, multi-instrumentista e pesquisador das culturas nativas, dos povos do mundo. Há anos trabalha usando o som de forma terapêutica. As músicas de Daniel foram inspiradas nas tradições xamânicas da terra e surgiram como uma forma pessoal de pacificação, de oração, de expansão da consciência e de poder se religar com a natureza.

² Paulo Reglus Neves Freire foi um educador e filósofo brasileiro. É considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento chamado pedagogia crítica. É também o Patrono da Educação Brasileira.

³ Texto atribuído à Paulo Freire foi retirado de <https://eueducadora.blogspot.com/2018/03/atividade-reflexiva-canoa-paulo-freire.html>

assunto procurando, mesmo que timidamente, relacionar o que era falado com alguns cuidados que já procuravam realizar no seu cotidiano, como o uso de chás. Finalizamos o encontro com uma prática de exercícios de respiração e relaxamento utilizando a música “Momento presente, Momento Sagrado” (NAMKHAY, 2005a) como forma de despertar à importância da valorização do momento presente para uma vida mais próxima do autocuidado.

Pode-se dizer que neste primeiro dia, os participantes estavam retraídos e atentos para compreender a proposta do estudo e dos atendimentos em grupo, sendo este um momento bastante esclarecedor e de estabelecimento do contrato terapêutico.

No segundo encontro, realizado no dia nove de outubro de 2019, iniciamos os trabalhos falando sobre a importância do relaxamento, do controle respiratório e comentamos sobre a música do encontro anterior (“Momento presente, momento sagrado”, Namkhay [2005a]). Essa música, no próprio título, nos convida para uma reflexão sobre a valorização do agora, do momento presente, da prática de meditação, da observação das sensações, sentimentos, emoções que fazem parte do nosso cotidiano e que, muitas vezes, negligenciamos por conta dos afazeres da vida, as preocupações, as prioridades e as atribulações do cotidiano – o que nos distancia cada vez mais de nós mesmos. Esse diálogo foi uma maneira de trazer a reflexão sobre si mesmo, sobre a vida e à maneira como lidamos com as nossas dificuldades.

Nesse segundo encontro, conversamos também sobre as práticas integrativas e complementares, a importância do autocuidado, da massagem, do banho de sol, do uso da água, os banhos terapêuticos, meditação, exercícios respiratórios, auriculoterapia, massagem e a ginástica chinesa. Nesse momento, alguns participantes começaram falar de maneira tímida sobre as suas vivências em relação ao autocuidado e com a família de maneira geral. Percebeu-se que, mesmo diante das adversidades do cotidiano, cada participante vinha procurando realizar alguns cuidados, muitas vezes de maneira informal através do conhecimento popular, como com o uso de ervas, chás e de benzedadeiras.

Conversamos sobre a relação mente-corpo-espírito, abordando essa trilogia mostrando a importância do autoconhecimento, sendo este um processo constante, através da prática de exercícios físicos, mentais e dos bons relacionamentos. Finalizamos com mais uma prática de relaxamento. A percepção desse segundo encontro é que os participantes através do olhar, da fala tímida ou até mesmo em silêncio, se mostram interessados em estar no grupo, compartilhando assuntos relevantes que despertam uma reflexão e potencializam o sentido de vida.

O terceiro encontro foi realizado no dia 16 de outubro de 2019. Tivemos um atraso para iniciar o grupo devido ao fato de os familiares estarem envolvidos em questões administrativas da Prefeitura Municipal de Santos, com fotos para inauguração do CAPSi. Mesmo com atraso, foi realizado um novo planejamento iniciamos o grupo com abertura para o diálogo, como forma de preparar o ambiente para o processo grupal. Conversamos sobre o CAPSi e a sua maneira diferenciada no processo do cuidar fazendo parte da RAPS e associando esse assunto com a proposta da pesquisa.

O quarto encontro aconteceu no dia 23 de outubro de 2019 e iniciamos preparação do ambiente, colocando as cadeiras dispostas em círculo, com uma música de relaxamento para realizar o acolhimento, a recepção dos participantes e as boas-vindas ao grupo. Em seguida, conversamos sobre a automassagem, a importância do toque, o relaxamento, e a observação de si mesmo, refletindo sobre os acontecimentos do cotidiano. Dialogamos sobre a importância do sentir, pensar e agir. Do agir com calma e serenidade. Conversamos também sobre a importância das orientações dos profissionais, dos perigos da automedicação, da medicalização e sobre a importância da relação mente, corpo e espírito.

Finalizamos o quarto encontro com uma prática de automassagem e, na sequência, com o relaxamento ao som da música “Viajando pelo mundo todo, sentado aqui” (NAMKHAY, 1997). Essa prática direcionou a atenção para o corpo, para a respiração e, desta forma, estimulou o autocuidado. Ao final da prática, alguns participantes demonstram estarem relaxados e comentaram o quanto era importante os encontros, pois eles estavam tendo um momento para se cuidarem, com reflexos no seu bem-estar.

O quinto encontro aconteceu no dia 30 de outubro de 2019. Após a preparação do ambiente, colocando uma música relaxante e as cadeiras dispostas em círculo, foi realizado o acolhimento inicial dos participantes e realizamos a prática da automassagem seguida do relaxamento com a música “Assoprando Preces” (NAMKHAY, 2005c). Neste dia, a prática foi realizada no início do encontro para que os benefícios dessa vivência fossem sentidos pelos participantes e, na sequência, abrimos a roda de conversa comentando sobre a importância de colocar intenções nas nossas ações. O título da música do início da prática despertava para a importância da atenção seletiva e da meditação ativa.

No final deste encontro, tivemos a união do grupo de familiares com suas respectivas crianças, o que propiciou um momento especial de descontração e de interação entre familiares, técnicos e crianças. As crianças e os adolescentes interagiram com o grupo fazendo perguntas sobre o que os pais faziam juntos, tiraram as suas dúvidas e curiosidades. Esse foi um momento

interessante de integração em que as crianças puderam perceber que os responsáveis também estavam fazendo parte de um trabalho em grupo, assim como eles também o faziam.

O sexto encontro aconteceu no dia 06 de novembro de 2019 e foi realizado em área aberta no CAPSi, embaixo de uma árvore Jaqueira, com as cadeiras dispostas em círculo. A atividade foi vivenciada de maneira bastante descontraída, sem pressa, deixando-os sentir o ambiente de maneira natural e conversando sobre a relação do homem com a natureza, o respirar, o se sentir, se observar e os benefícios que essa maneira de viver proporciona aos seres humanos. Foi dialogado sobre o Qi Gong e, em seguida, vivenciada uma prática adaptada, conciliando os exercícios de respiração, mobilização da energia, automassagem e, na sequência, o relaxamento com a música “O lugar onde tudo é música” (NAMKHAY, 2005b).

O sétimo encontro aconteceu no dia 27 de novembro de 2019. Inicialmente foi realizada uma recapitulação dos temas abordados nos encontros anteriores, de todas as práticas e diálogos compartilhados por meio de rodas de conversas, que tiveram a clara intenção de construir novas formas de cuidado natural baseados nos fundamentos da MTC. Conversamos sobre a auriculoterapia⁴, apresentada como sendo este um dos recursos da MTC, em que se acredita que a energia que nutre a orelha pode refletir em todo o corpo e mente. Em seguida foi realizada a prática de relaxamento ao som da música “Solo de Flautas” e finalizamos o encontro com a aplicação da auriculoterapia visando acalmar a mente, reduzir a ansiedade e fortalecer o sistema imunológico.

No oitavo encontro, que aconteceu no dia 04 de dezembro de 2019, realizamos a acolhida dos participantes, a preparação da atividade e, em seguida, a prática de relaxamento com a música “*Invincible Peace*” (NAMKHAY, 2005d). Essa maneira de iniciar o processo grupal com a prática de relaxamento foi uma estratégia para promover um ambiente acolhedor e com isso reforçar a importância da continuidade das práticas vivenciadas em grupo no cotidiano familiar de todos os participantes. Em seguida, agendamos as entrevistas para o dia 11 de dezembro de 2019, com a finalização da coleta de dados e a participação deles na pesquisa. Na sequência, iniciamos uma roda de conversa em que cada participante expressou a sua opinião e impressões sobre o que foi compartilhado em todos os encontros, e o que estava registrado no diário de campo.

⁴ De acordo com essa teoria, a orelha se assemelha a um feto de ponta-cabeça e há um ponto no pavilhão auricular que reflete cada parte ou órgão do corpo (MACIOCIA, 2014). O pavilhão auricular faz parte do corpo e o mesmo está ligado pelos canais de energia, pelo sistema nervoso e pelos líquidos orgânicos, e dessa forma as alterações sistêmicas provocam manifestações energéticas funcionais ou orgânicas na orelha, podendo ser utilizadas como meio de diagnóstico e de tratamento (YAMAMURA, 1986).

No último encontro, em 11 de dezembro de 2019, todos os participantes foram convidados para responder ao roteiro de entrevista, realizada individualmente. Todos os seis participantes fizeram parte da entrevista, que foi gravada, com duração de aproximadamente uma hora cada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O processo grupal

Para discutir o processo grupal, enquanto terapeuta ocupacional, se faz necessário observar o que caracteriza a MTC, bem como o cuidado e os processos das PICS. Pois, a MTC visa estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo, na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, numa visão ampliada do processo saúde-doença e de promoção global do cuidado e do autocuidado (BRASIL, 2006).

Para a Terapia Ocupacional, observar a relação do homem com suas atividades cotidianas é importante para conhecer as peculiaridades de cada sujeito e, a partir daí direcionar o plano terapêutico. A análise das informações nos registros do diário de campo e nas entrevistas auxiliaram na observação dos significados do grupo, os inúmeros motivos para realizá-los, os possíveis critérios para o encaminhamento do usuário, a importância dos processos que caracterizam a MTC e as PICS como o autoconhecimento, bem como o autocuidado, a promoção da saúde por meio de práticas de relaxamento, meditação, automassagem, articulo realizadas nesse estudo.

Retomando o que já foi exposto, a Teoria do Yin e Yang e dos cinco movimentos ou elementos constitui a base dos fundamentos da MTC e simbolizam todos os fenômenos naturais que fazem parte da vida. Cada um dos cinco elementos simboliza uma emoção, um sabor, um agente patogênico, um fator espiritual, emocional, entre outros. A morada da mente para a MTC é localizada no elemento fogo, sendo este representado pelas funções do coração e do intestino delgado. Devido ao fato de a mente estar relacionada ao coração, a mesma sofre interferência de todos os outros elementos com seus respectivos fatores representados (CAMPIGLIA, 2004; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2004). Portanto, compreender o processo dinâmico dos cinco aspectos mentais e espirituais se faz importante para que possamos observar, acompanhar as transformações e mudanças que acontecem na relação yin e yang no cotidiano do ser humano.

Ao iniciar o trabalho em grupo no dia dois de outubro de 2019 com a recepção, o acolhimento, a apresentação do projeto, dos participantes e após a assinatura do TCLE, foi importante identificar os motivos que levaram as famílias a buscarem ajuda no CAPSi. Para Zimmerman (2000), o contexto da formação de um grupo está associado à reunião de pessoas

unidas por um mesmo objetivo ou por uma problemática. Reforçado por Fernandes (1994), os atendimentos em grupo em saúde mental visam a compreensão do sujeito, a interlocução entre as situações intrapsíquicas e as determinações concretas, situadas a partir do seu território e do seu social. Percebemos esses fenômenos nas falas dos participantes:

Eu vim procurar acompanhamento no CAPSi para ajudar o meu filho a aprender a interagir mais com os outros, que seja mais comunicativo no processo de interação social (DIÁRIO DE CAMPO 02/10/2019 - P1).

(com olhos lacrimejando, voz trêmula) a princípio vim procurar ajuda para a minha neta que está sob os meus cuidados, passou por situações de violência, estava com um comportamento que não é adequado na escola (DIÁRIO DE CAMPO 02/10/2019 - P2).

(com uma expressão de bastante cansaço e aparentemente com sono devido a automedicação) eu vim ao CAPSi encaminhado pela escola devido o comportamento agressivo do meu filho, ele não obedece as regras, é desafiador e eu já não sei mais como lidar com essa situação (DIÁRIO DE CAMPO 02/10/2019 - P3).

Procurei o CAPSi para ajudar o meu filho a retornar à escola, melhorar na interação social, pois o mesmo tem certa dificuldade em estar com os outros, brinca mais sozinho, é tímido e acaba se isolando (DIÁRIO DE CAMPO 02/10/2019 - P4).

Procurei o CAPSi para o meu filho, é um acompanhamento longo devido ao comportamento agitado e agressivo (DIÁRIO DE CAMPO 02/10/2019 - P5).

Estou no meu primeiro dia no projeto e procurei o CAPSi, pois a minha filha estava com pensamentos de se matar e isso me preocupa bastante, fazendo com que eu procurasse ajuda e tratamento para a minha filha” (DIÁRIO DE CAMPO 02/10/2019 - P6).

As famílias procuraram o CAPSi ##tamojunto devido a alguma queixa relacionada ao comportamento de seus filhos, que necessitavam de apoio no que se referia ao atendimento psicossocial. As queixas podiam até ser diferentes, mas havia algo que os unia: o sofrimento de todos os familiares ao lidar com os motivos que os levaram a procurar ajuda.

A maioria dos familiares relatou queixas referentes ao comportamento ou situações vivenciadas pelos filhos, dentre eles: a agressividade, a dificuldade de se relacionar socialmente, o isolamento social e situações de violência. Para a MTC, todas as queixas citadas revelam um desequilíbrio no Shen (mente), que pode se manifestar nos diversos aspectos do comportamento, da inteligência e da personalidade, interferindo no que diz respeito à habilidade de manejar as situações do cotidiano, de adaptar-se ao meio e adequar-se aos movimentos da vida (MACIOCIA, 1996).

Para Osório (2000) certas pessoas podem estar ligadas por interesses em comum numa ação interativa e compartilhada, mas, o que na verdade configura um grupo, é a interação entre os seus participantes. Segundo Ferrari e Aguirre (1991), a constituição de um grupo de Terapia Ocupacional não é um processo linear, mas algo que vai se construindo ao longo do tempo a partir de produções individuais dos sujeitos dentro do grupo, dando ênfase para as atividades mediadoras da relação terapeuta-paciente-grupo objetivando, assim, à experimentação de outras formas de comunicação. A escuta acolhedora e a construção do vínculo permitem que o processo grupal aconteça de maneira natural, trazendo algumas reflexões e sensação de bem-estar, como foi observado em algumas falas dos participantes:

Essa maneira de conduzir o grupo tem sido importante, pois cria um ambiente que deixa a gente colocar nossas dúvidas, anseios, sentimentos e necessidades (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 – P1).

Eu estou gostando bastante e quando penso que é dia de vir para o CAPSi acredito que algum assunto interessante vai ser compartilhado no grupo e isso me motiva a vir (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 – P2).

Eu estava na recepção e comecei a conversar com uma mãe e ao perceber a sua aflição indiquei o nosso grupo, dizendo que poderia lhe fazer bem, pois é um grupo em que os participantes são ouvidos e onde praticamos o relaxamento e outras práticas (DIÁRIO DE CAMPO 30/10/2019 - P2).

Eu saí um pouco melhor e o fato de eu estar no grupo, mesmo ficando quieta e calada, me permitiu ouvir o que estava acontecendo e isso me fez bem. Ficar no grupo em silêncio com os olhos fechados ouvindo o que acontecia me fez bem pelo menos naquele momento (DIÁRIO DE CAMPO 04/12/2019 - P3).

Esses encontros nos traz essa sensação de bem-estar (DIÁRIO DE CAMPO 23/10/2019 - P5).

Esses encontros têm trazido uma sensação muito boa e que me fez pensar em minha vida e na vida da família como um todo, pois no último encontro conversamos sobre a importância de se cuidar, de se perceber, de ter sonhos, desejos, vontades e necessidades (DIÁRIO DE CAMPO 30/10/2019 - P6).

Para Campiglia (2004), os fatores do adoecimento apontam questões referentes a conteúdos internos e externos. O ser humano, dentro dessa visão, pode adoecer por deficiência do seu sistema de defesa (meio interno) e/ou por sofrer agressões do ambiente onde vive (meio externo). Considera-se como fatores do meio interno a estrutura genética, a hereditariedade e os sentimentos. Já os fatores do meio externo estão relacionados ao clima em suas manifestações diversas e o meio ambiente (CAMPIGLIA, 2004). Deve-se considerar que ambos os fatores andam juntos e se interinfluenciam, podendo afetar o Shen (mente) (MACIOCIA, 1996). Nesse sentido, torna-se importante a visão ampliada do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado e do autocuidado que as PICS proporcionam (BRASIL, 2006).

Na MTC entende-se a palavra saúde como o equilíbrio da relação yin e yang, sendo esse processo bastante dinâmico, como a própria natureza o é. A desarmonia, o desequilíbrio e a doença ocorrem quando nós perdemos a capacidade de adaptabilidade ao meio e isso pode interferir no corpo, na mente e no espírito (MACIOCIA, 1996; ROSS, 2003; YAMAMURA, 2001).

Para favorecer o equilíbrio e a harmonia é importante fortalecer o Shen por meio de práticas de saúde e de estilo de vida adequado, que nutram a energia de defesa, o QI correto, para contrapor com os excessos de agentes patogênicos externos ou QI perverso (CAMPIGLIA, 2004; ROSS, 2003). Lembrando que, a MTC, através da teoria dos cinco elementos, revela a interação dos fatores emocionais com o Shen no sentido amplo. O Shen coordena as funções psíquicas, sendo muitas vezes referenciado como a coerência da personalidade e se manifesta na capacidade de manejar as situações da vida e de se adaptar ao meio. Nesse contexto, a intervenção realizada em grupo com o olhar da Terapia Ocupacional e a utilização de recursos da MTC, enfatizando os aspectos do equilíbrio do Shen (mente), é um convite à reflexão sobre si, sobre o mundo, sugerindo a mudança dos hábitos nas atividades do cotidiano, proporcionando um redirecionamento constante no estilo de vida.

Para Maximino (1997), os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um tipo especial de relação, um identificar-se pela ação ou por seus objetivos em comum. O despertar do autoconhecimento, a força de vontade e a tomada de decisões são parte do processo de cuidado e podem interferir positivamente nos participantes, como observamos através dos relatos:

Passei a me observar mais e às vezes consigo perceber que quando não estou bem, preocupada com alguma situação ou até mesmo estressada com o meu filho, vem aquela dor de cabeça e que agora estou tentando agir com mais calma e tranquilidade (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 – P5).

Gostaria de falar da importância de nós nos cuidarmos, eu comecei a praticar a meditação em casa e sinto bastante os benefícios dessas práticas no dia a dia. Esses encontros são importantes, pois muitas de nossas dificuldades que encontramos na nossa vida é resultado do nosso estilo de vida e também a maneira como interagimos com nossos filhos e com todos de maneira geral (DIÁRIO DE CAMPO 30/10/2019 - P1).

O ser humano, através de suas experiências, vivencia diferentes emoções como alegria, tristeza, raiva, medo, preocupação, que segundo Maciocia (1996), quando não são harmoniosas podem gerar desequilíbrio ou doenças. De acordo com a MTC, todos nós estamos interligados na relação yin e yang, em que o movimento de um membro da família pode interferir no movimento do outro e proporcionar uma retroalimentação de sentimentos. Em outras palavras,

os pais tristes, preocupados, com medo, raivosos ou alegres podem criar um ambiente em que a relação familiar influencie os filhos, com os sentimentos correspondentes às emoções vividas por seus pais, fortalecendo a influência do meio na saúde da família (SUDBRACK, 2001). Por outro lado, os sentimentos bons e harmoniosos podem também proporcionar uma sensação de equilíbrio e bem-estar, como podemos observar nas falas abaixo de P6 em três momentos diferentes, e em um momento de P2, registrados no diário de campo.

Minha filha percebe que eu estou diferente, mais carinhosa, atenciosa sem brigar como fazia antes (DIÁRIO DE CAMPO 30/10/2019 - P6).

Estou gostando bastante dos encontros e tem me dado uma sensação boa. Acho que a minha filha está percebendo que saio mais calma, pois quando chegamos em casa, ela pergunta curiosa o que eu faço no grupo e respondo dizendo que estou tendo um momento para mim e que estou aprendendo a me cuidar (DIÁRIO DE CAMPO 06/11/2019 - P6).

Os encontros e as práticas ensinadas no grupo têm me feito uma mãe e esposa mais tranquila, em paralelo a isso tenho pensado mais um pouco sobre a minha vida e tenho tentado viver mais com a família e não só para o trabalho (DIÁRIO DE CAMPO 27/11/2019 - P6).

Estou saindo daqui melhor e a minha neta eu acho que está percebendo, pois me pergunta assim: Vó o que você faz lá no outro grupo? Aí eu respondi que nós estávamos conversando sobre vários assuntos, relaxando e está me fazendo muito bem (DIÁRIO DE CAMPO 23/10/2019 – P2).

Outro ponto importante dentro do processo grupal é perceber a visão ampliada do processo saúde-doença, bem como a promoção do autocuidado que as PICS despertam (BRASIL, 2006), convidando os participantes a olharem para dentro de si, para o seu interior e identificar certas necessidades de cuidado. No caso específico de P2, além de perceber as situações que exigiam atenção em relação à sua neta, percebeu também em si a necessidade de se cuidar. Essa sensação interior é muito importante, pois o equilíbrio entre os fatores internos e externos, entre o interior e o exterior, é um dos princípios que a MTC prioriza na relação yin e yang. O processo grupal despertou o autocuidado que a fez refletir sobre as situações da sua vida, gerando as mudanças de comportamento e de hábitos na busca de uma vida mais saudável.

Eu gostaria de dizer que ao vir para cá eu percebi que não só a minha neta estava precisando de cuidados, mas eu também estou precisando e que uma precisa se cuidar para cuidar da outra (Ao falar, os olhos de P2 estavam discretamente lacrimejando, com voz um pouco trêmula e uma postura de quem estava em situação de sofrimento e que naquele momento estava aberta para compartilhar momentos de reflexão e aprendizado (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 - P2).

Segundo a MTC, o sono e os sonhos têm influência do elemento madeira e interferem no Hun (Alma etérea). Quando se refere aos sonhos, inclui também o sonhar acordado, ou seja,

o sonhar para estimular o sentido de vida. Se Hun estiver bem enraizado, a pessoa terá sua mente cheia de sonhos, planos, com senso de direção, sentido de vida e responsável pelas suas tomadas de decisões (MACIOCIA, 1996). Esses fatores foram percebidos no relato de P6:

No último encontro o tema abordado me fez refletir sobre o amor próprio, o sonhar e entre outras coisas interagir e dar mais atenção a sua família (DIÁRIO DE CAMPO 30/10/2019).

O Shen, relacionado ao elemento fogo, tem uma relação direta com o coração (Xin), que coordena as funções psíquicas, funcionando como um organizador do ser humano. Muitas vezes é referenciado como espírito, consciência, e com o movimento de claridade, expansão, conexão com o alto, que são atributos da mente e da consciência (MACIOCIA, 1996). Enquanto o Shen (Mente) é o responsável pelo pensamento racional, o Hun (Alma Etérea) tem influência na intuição e inspiração. O Hun também fornece ao Shen a capacidade de discernimento, introspecção e a capacidade de se comunicar com o mundo exterior (MACIOCIA, 1996).

Para Navarini (2008), não devemos separar a doença do contexto familiar e, por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando na promoção do cuidado. Para Maffaccioli (2006), as atividades em grupo podem ser uma forma de sistematizar a assistência, influenciando outros aspectos no cuidado, elevando o número de procura por atendimentos. Por outro lado, as atividades grupais utilizando recursos da MTC, podem viabilizar, por meio do vínculo entre usuário, profissional e entre usuários, a compreensão das situações de vida e do processo saúde/doença. Existe algo comum na maioria dos trabalhos em grupo que é a construção de um ambiente em que os seus integrantes tenham voz, espaço e que se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo (BALLARIN, 1995; FERRARI; AGUIRRE, 1991; MAXIMINO, 1997).

Olha eu venho para cá sabendo que alguma coisa boa vai acontecer para me fazer bem e hoje eu ganhei um abraço da S que me fez muito bem e só com isso eu já ganhei meu dia (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 - P2).

Hoje eu ganhei meu dia, pois eu ganhei um abraço tão gostoso da P2 que me trouxe uma sensação de bem-estar e eu estou gostando muito de participar desse grupo (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 - P1).

O uso de medicamentos para aplacar os diferentes níveis de sofrimento apareceu em alguns relatos. Para Toffler (1970) as complexidades da vida, das relações humanas, entre outras situações, acabam desgastando o indivíduo, fazendo com que os seus limites físicos e psicológicos sejam muitas vezes ultrapassados, criando situações de estresse que muitos não suportam e recorrem para o uso de medicamentos. Esse processo foi observado em alguns encontros através do relato dos participantes.

É que eu tomo muitos medicamentos, a minha vida é uma correria e só o meu filho já me estressa bastante e por conta disso eu tomo vários medicamentos por conta própria (DIÁRIO DE CAMPO 23/10/2019 - P3).

Devemos ter cuidado quanto aos medicamentos que tomamos por conta própria e reforça a importância de procurar orientação médica, pois a automedicação pode trazer prejuízos à saúde. E aproveita para sugerir a inclusão dos óleos essenciais na nossa prática dizendo que tem curso nessa área e que os óleos podem nos ajudar a sentirmos melhores pois cada essência tem seus benefícios (DIÁRIO DE CAMPO dia 23/10/2019 - P1).

Melman (2008) refere que a família passa a vivenciar situações de sobrecarga ao participar ativamente dos cuidados, gerando também impactos em seu cotidiano. Aliado a essa rotina voltada aos cuidados do familiar, podem surgir no membro que cuida o sentimento de tristeza, cansaço físico, mental e sensação de desesperança. O fato de o familiar estar constantemente se envolvendo nos cuidados do outro pode levá-lo a negligenciar sua própria saúde, vida social e o seu bem-estar físico e emocional. Isso geralmente ocorre por inúmeras razões como a falta de tempo, cansaço, sentimento de culpa, entre outros motivos (TOFFLER, 1970). Daí surge uma tendência de que problemas do cotidiano sejam diagnosticados e tratados com medicamentos, já antiga e cada vez mais comum na atualidade. Os fenômenos da medicalização e da medicamentação dos comportamentos humanos considerados socialmente indesejáveis se estendeu a quase todos os domínios da existência (CAPONI, 2009).

Eu tenho certa preferência pela forma natural de buscar o cuidado, embora também a medicina convencional tem a sua importância, pois a mesma tem seus benefícios, mas eu me preocupo com essa forma sintética dos medicamentos e do poder da indústria farmacêutica que incentiva os médicos a estarem prescrevendo medicamentos, às vezes até desnecessariamente. Eu procuro em muitos momentos do cuidado com o meu filho a um tratamento natural inclusive com a aromaterapia (DIÁRIO DE CAMPO 23/10/2019 - P1).

Diante das dificuldades apresentadas pelos participantes no processo grupal, se fez necessária, cada vez mais, a construção de práticas de saúde que visassem à integralidade do cuidado, sendo essa uma das características da Terapia Ocupacional, da MTC e das PICS. Algumas dessas práticas foram vivenciadas em grupo e foi possível observar, através de alguns relatos, seus benefícios.

No primeiro e segundo encontro eu me senti muito bem com a meditação realizada e que estava tão bem que não queria voltar. Eu senti uma sensação de paz que fazia tempo que não sentia “(DIÁRIO DE CAMPO 16/10 2019 – P2).

Esses encontros nos trazem essa sensação de bem-estar (DIÁRIO DE CAMPO 23/10/2019 - P5).

Quando estou aqui no CAPSi durante os encontros me sinto bem e que esqueço dos problemas, das dificuldades e que o grupo tem me trazido um sentimento bom (DIÁRIO DE CAMPO 06/11/2019 - P3).

Apesar de P3 relatar que se sentia bem quando estava participando do grupo, segundo ela, não conseguia transpor essa sensação para o ambiente familiar e para as suas atividades no cotidiano:

Mas quando termina e pego o meu filho e vou para casa vem toda aquela sensação de mal-estar, pois tem que gritar com o mesmo o tempo todo e ele não me obedece (DIÁRIO DE CAMPO 06/11/2019 - P3).

Algumas práticas vivenciadas em grupo podem colaborar na assistência à saúde, estimulando o autocuidado e tornando os participantes gestores de sua própria saúde, o que pode promover a não dependência total dos profissionais e de instituições. Segundo Campos (2003) a atividade humana é atravessada por desejos e sensações produzidas tanto pelos trabalhadores quanto pelas relações entre as pessoas envolvidas.

Eu me senti muito bem após a última prática e venho procurando dar continuidade em casa através da prática da meditação e relaxamento. Acredito que isso tem me fortalecido, para encarar as dificuldades vivenciadas na semana anterior, que foi muito estressante para mim (DIÁRIO DE CAMPO 16/10/2019 – P1).

Nós estamos no quarto encontro e sei que são oito, mas gostaria que fosse mais, pois estou me sentindo bem e gostando bastante dos encontros. Isso está me fazendo muito bem. Estou saindo daqui melhor (DIÁRIO DE CAMPO 23/10/2019 – P2).

Esses encontros têm trazido uma sensação muito boa e que me fez pensar em minha vida e na vida da família como um todo, pois no último encontro conversamos sobre a importância de se cuidar, de se perceber, de ter sonhos, desejos vontades e necessidades (DIÁRIO DE CAMPO 30/10/2019 - P6).

Esses encontros me faz sair daqui leve, você fica em paz, parece que não existe um mundo externo. [...] A minha rotina é bastante intensa e me sinto cansada para realizar algumas tarefas, mas quando é dia de grupo na 4ª feira eu busco força e disposição pois sei que ao voltar para casa me sinto melhor (DIÁRIO DE CAMPO 04/12/2019 - P5).

Entre as intervenções utilizadas nesse estudo tivemos a acupuntura auricular ou auriculoterapia, definida pelo Glossário das PICS (BRASIL, 2018b), como uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos com agulhas, sementes de mostarda, esferas de ouro, prata ou plástico nos pontos energéticos localizados na orelha, onde todo o organismo se encontra representado como um microsistema. Pudemos observar alguns relatos referentes aos possíveis benefícios com a intervenção da auriculoterapia nos participantes. Os pontos estimulados nesses encontros foram o shen men, o rim e o simpático. Esses pontos são conhecidos como “triângulo cibernético” e são usados com a intenção de acalmar a mente, reduzir a ansiedade, entre outros objetivos.

O meu humor melhorou, a minha disposição, estou mais focada mais calma e que depois de alguns dias apareceram em mim acne que acredito que o meu

organismo está limpando, desintoxicando, pois estou também procurando me alimentar melhor. Esses encontros são importantes para reforçar algumas coisas que eu já sabia por ser profissional da área da saúde (DIÁRIO DE CAMPO 04/12//2019 - P1).

Ao sair do grupo eu senti a boca amarga, mas depois foi melhorando e fui me sentindo mais tranquila e que inclusive dormi muito bem a noite. Eu tenho uma insônia e neste dia dormi muito bem. Fazia tempo que eu não dormia bem assim e essa sensação durou assim por uns dois dias (DIÁRIO DE CAMPO 04/12/2019 - P2).

Nos dois primeiros dias me senti mais calma, relaxada, dormindo melhor, mas que depois fui vivenciando situações de estresse com o meu filho e ao tomar banho, algumas sementes caíram (DIÁRIO DE CAMPO 04/12/2019 - P3).

Estou me sentindo muito bem, mais calmo, mais tranquilo, e depois do último encontro com as sementes na orelha, esse sentir bem durou mais ou menos por 2 dias e que no terceiro dia aconteceu situações de estresse com o meu filho e passei a ter a sensação de calor fazendo-o com que ele retirasse os pontos auriculares (DIÁRIO DE CAMPO 04/12/2019 - P4).

Quando eu fiz [a aurículo] eu estava há quase um mês sem dormir direito estava angustiada o meu peito estava fechado né, eu sentia aquela angústia aquela agonia e foi muito engraçado porque você fez na quarta feira eu vim embora mais cedo para casa , cheguei em casa 10 horas às 10:30 eu já estava dormindo só acordei no outro dia só as 6 horas da manhã. Eu nunca tinha dormido tanto no período de 1 mês, e de lá para cá eu tenho dormido bem as noites e nada me abala, nada me deixa furiosa e eu me apeguei muito, eu não quero mais tirar isso de minha orelha (ENTREVISTA FINAL - P5).

Eu me senti muito bem, mais relaxada, tranquila e até as minhas dores, dormência na lombar por má circulação que tenho diariamente que tomar medicamentos (Flanax e lisador) para melhorar esses dias não tive as dores e não foi necessário tomar medicamentos pois estava me sentindo bem (DIÁRIO DE CAMPO 04/12/2019 - P6).

Diante dos relatos dos participantes, percebe-se a dificuldade que P3 possuía na sua relação com o filho, potencializando a sua situação de sofrimento, o que reforçava a sua necessidade de atenção e cuidado. Já os relatos de P5 e P6 mostram a importância do trabalho desenvolvido em grupo com a abordagem da MTC e, que o equilíbrio das funções do Shen (mente) pode ajudar a acalmar, a reduzir a ansiedade e as dores, melhorar a qualidade do sono, bem como diminuir o uso de medicação.

Ressaltamos a importância do cuidado com os familiares pois os mesmos apresentam um papel importante no desenvolvimento biopsicossocial dos seus filhos, sendo fundamentais no aprimoramento e amadurecimento de suas questões biológicas (sobrevivência do indivíduo), psicológicas e sociais (OSÓRIO, 1996).

5.2 Discussão das entrevistas

Ao realizar a entrevista com os seis participantes, pudemos observar a percepção dos familiares sobre os procedimentos realizados em grupo. A entrevista teve a função de obter dados concretos acerca da compreensão das famílias sobre o processo grupal e os possíveis efeitos provocados no cotidiano familiar. Nesse sentido, podemos observar o grupo como ferramenta terapêutica e compreendê-lo como espaço de escuta, diálogo, troca de experiências, saberes e, por isso, um espaço muito rico (MERHY, 2007; SILVA et al., 2005). Pudemos perceber esse fenômeno nas falas de alguns participantes que relataram as possíveis interferências advindas do processo grupal.

Proporcionou no fato de como lidar com a minha neta, pois a tratava como bebezinha só que ela já tem 10 anos e isso foi uma mudança mais ou menos radical pra mim. Também aprendi que eu também estava precisando de ajuda e descobri uma outra forma de como lidar com a minha neta a lidar e comigo mesma. Para mim foi excelente! Foi muito bom! (ENTREVISTA FINAL – P2).

Aqui no grupo eu me sinto bem. É gostoso conversar é um lugar que eu sinto que não têm que parece que não tem lugar para mim ir para eu ficar assim depois daqui quando eu saio parece que começa tudo de novo Aqui é um lugar de paz. Aqui parece um lugar de paz. Muito bom aqui. Adorei vocês (ENTREVISTA FINAL – P3).

É os meus primeiros aprendizados é que começa pelo que eu já percebo eu sou sempre tenso e normal ser tenso e eu procuro tirar essa “tensidade” do meu corpo. Isso me ajudou a me perceber mais (ENTREVISTA FINAL – P4).

Outro fator de potencialidade observado dentro do processo grupal foi o apoio social estabelecido no grupo. Os participantes passam por histórias de vida e dificuldades que podem ser semelhantes, estabelecendo um vínculo que estimula trocas de saberes, benéfico não só para quem transmite a sua experiência, como também para quem recebe a informação. Para Zimerman (1997), a diferença entre um grupo e o agrupamento de pessoas é quando a união dos participantes passa de “interesses comuns” para interesses “em comum”. De acordo com Valle (2001), a troca de vivências produz um sentimento de igualdade, utilidade, valorização do outro, fazendo com que o grupo passe a compartilhar fatores de proteção contra o surgimento de situações de sofrimento.

Foram encontros bastante ricos pelo ponto de vista de me apresentar uma diversidade de realidades que são um pouco distintas da minha mas, ao mesmo tempo, tendo um ponto de convergência que é a patologia em questão das crianças as dificuldades das crianças e o que eu aprendi é que cada uma vê de uma maneira as dificuldades e age de uma maneira de acordo com a realidade de cada uma., e isso foi um grande aprendizado para mim, me enriqueceu bastante, porque eu fui pegando um pouquinho do conhecimento de cada mãe para que eu pudesse construir o meu, mudar o que eu percebia que estava

errado na minha conduta em relação ao tratamento do meu filho e reforçar o que eu tinha feito de correto (ENTREVISTA FINAL – P1).

Trouxe a reflexão de que antes de eu resolver algum problema no dia a dia eu preciso olhar para mim primeiro, pensar no meu bem-estar primeiro para depois tentar resolver o problema, tentar ajudar outras pessoas e não tentar resolver pensando sempre nos outros e depois pensar em mim (ENTREVISTA FINAL – P6).

Para Shuckit (1998), os grupos proporcionam uma troca de experiências e de sentimentos entre os participantes, o que potencializa a socialização e o autoconhecimento e que, associados a intervenções dentro dos princípios da MTC, podem contribuir para o processo do autocuidado. Uma das propostas do grupo nessa pesquisa foi, justamente, construir um espaço onde o participante, não somente pudesse falar de seus medos, anseios, angústias, fantasias, mas também que realizasse reflexões e práticas de autocuidado. Essas trocas se deram em diversos sentidos, o que tornou esse espaço rico, contribuindo para a formação de vínculo entre as participantes (MELO, 2007). Ainda, o grupo de PICS funcionou como espaço de trocas interativas entre os participantes, reforçando a socialização, o compartilhamento de informações no que se referia ao estilo de vida, assim como interfere nas atividades do cotidiano (GUANAES; JAPUR, 2001).

Eu achei esses encontros maravilhosos, primeiro como eu havia comentado e sempre comento, pois nós trazíamos os nossos filhos e tudo girava em torno deles. Então a gente precisava disso e precisa né ter continuidade, pois ao mesmo tempo que eles vem e extravasam a ansiedade deles a gente ia embora com essa ansiedade contida só que chega uma hora a gente cai né e o grupo trouxe assim uma nova forma de ver né, eu brinco e sempre falo eles vão continuar dando trabalho durante semana na escola, em casa, mais pelo menos a gente sai revigorado para poder encarar mais essa semana, mais essa jornada e forte para suprir essa dependência querendo ou não é uma dependência (ENTREVISTA FINAL – P5).

Compreender como a família percebe sua situação de saúde, de adoecimento e de cuidado, foi um dos itens que acompanhou o estudo. Assim foi realizado o planejamento e execução das rodas de conversa sobre esses temas, procurando transmitir informações que fossem ao encontro das reais necessidades dos participantes do grupo.

Esse projeto foi bastante importante na minha vida nesse momento, nesse processo de descoberta dessa dificuldade do meu filho. Foi um projeto que trouxe bastantes ferramentas para que eu pudesse entender melhor o que estava acontecendo, saber também que outras mães passam também por ele. E trouxe também quando eu me refiro a ferramenta é a terapia da medicina chinesa trazendo um equilíbrio físico e emocional para lidar com essas situações (ENTREVISTA FINAL – P1).

As práticas integrativas e complementares, realizadas com o grupo de famílias no CAPSi #tamojunto, também despertaram nos participantes a importância do estilo de vida e as influências no processo de saúde e doença. As práticas corporais puderam promover benefícios a cada vivência, permitindo reflexões sobre a vida, como também sobre as escolhas e as consequências das mesmas em nosso cotidiano, como observamos nos relatos abaixo.

Me ajudou a ficar mais calma, mais tranquila foi um momento importante para mim, embora meus problemas continuem. Eu continuo a ter dificuldades no dia a dia com meu filho. Ele me tira do sério. Tem horas que dá vontade de fugir e não ver nada. Por isso eu tomo a medicação (automedicação) (ENTREVISTA FINAL – P3).

Às vezes fico nervoso e eu estou aprendendo a me acalmar, a me controlar mais e praticar o relaxamento. Eu já tinha feito artes marciais que nós exercitávamos o corpo e também a mente, então eu me identifiquei (ENTREVISTA FINAL – P4).

Me deixou mais calma e isso é perceptível em casa, na escola. Na escola que eu sou professora e antes eu chegava na sala de aula já praticamente gritando para que eles se comportassem. Eu, hoje, chego mais calma e inclusive teve alunos perguntando se eu estava bem (risadas), e em casa eu estou também conseguindo olhar meu filho de uma maneira diferente com mais paciência (ENTREVISTA FINAL – P5).

Hoje eu consigo com essa reflexão de olhar para mim, de me ver como estar, me analisar eu consigo estar executando as minhas tarefas resolver problemas ter metas estar resolvendo as coisas com mais cautela, ser mais paciente, resumindo mudou o meu estágio psicológico completamente (ENTREVISTA FINAL – P6).

A abrangência e o significado do que vem a ser o Shen, dentro da visão oriental, apresenta e revela também importância na relação mente (intelecto), corpo (instinto) e alma (intuição). Para Robert Wong (2008) a trilogia da iluminação se dá quando esses elementos estão em movimentos harmônicos e as vivências do cotidiano agem nessa relação, promovendo sentido de vida. Então, realizar as intervenções considerando a história de vida, os saberes e as necessidades cotidianas dos usuários foram pontos importantes dentro do estudo, já que as atividades desenvolvidas foram adequadas e executadas de acordo com o que se percebia como necessidade e interesse do grupo, estimulando a participação e o protagonismo dos participantes.

A terceira pergunta da entrevista procurou investigar se os familiares ao serem esclarecidos sobre o projeto tinham alguma expectativa e se perceberam algumas influências no seu cotidiano. Dentre as respostas, tivemos que:

As expectativas foram atendidas a proposta de integrar a medicina chinesa com a nossa medicina tradicional. Trouxe sim um ganho muito grande, a gente pode parar em determinado momento e cuidar da gente também então para

mim cumpriu sim o objetivo do projeto e as minhas expectativas foram bem atendidas (ENTREVISTA FINAL – P1).

Aprendi que eu também estava precisando de ajuda e descobri uma outra forma de como lidar com minha neta e comigo mesma. Foi muito bom! (ENTREVISTA FINAL – P2).

Não sei, porque eu não tinha expectativa. Inicialmente participei porque vinha trazer o meu filho para os grupos. Então era para mim tudo novo, mas eu gostei bastante (ENTREVISTA FINAL – P3).

Acho que foram atendidas, mas dá um gostinho de quero mais, de continuidade, eu confesso que eu queria muito continuar participando por isso me faz bem (ENTREVISTA FINAL – P4).

Olha acho que foi atendida, embora eu vim sem saber muito o que ia acontecer e ao participar dos grupos senti necessidade de dar continuidade, de saber mais, de aprender mais (ENTREVISTA FINAL – P5).

Tudo começou porque eu fui levar a minha filha, eu até achei que isso não ia dar em nada e que ia ser perda de tempo, mas eu tirei muito proveito de todos os encontros (ENTREVISTA FINAL – P6).

Na quarta pergunta da entrevista final, o intuito foi investigar a percepção dos familiares sobre os temas abordados no dispositivo grupal. Como respostas, foi observada a importância da escuta acolhedora e a sensação de bem-estar que as práticas lhes proporcionaram. Notório que os encontros do grupo passaram a estar no contexto de produção de vida e de saúde dos participantes, configurando-se como um espaço de troca de saberes e experiências, proporcionando ajuda mútua a todos os participantes.

Bem pertinentes, para o que cada uma estava vivendo [...] foram temas que trouxe mais segurança para as mães e tranquilidade para lidar com a situação sem nenhum tipo de estresse ou pelo menos reduzir bastante o estresse. Então os temas foram bem relevantes (ENTREVISTA FINAL – P1)

O que me fez sentir melhor foi quando você falou sobre o acolhimento. Foi nesse dia que me senti confiante e para contar o que me deixava triste e aflita. Nesse dia eu pude desabafar. Adorei também as práticas de relaxamento e também daquelas sementes que você colocou na orelha. Teve um dia que eu dormi muito bem, mas muito bem mesmo com muita sensação de bem-estar”. (ENTREVISTA FINAL – P2)

Achei bom! Não participei assim totalmente porque muitas das vezes eu vinha, é como fala, cheio de remédios né, cheia de calmantes então eu mais dormia, mas ficava ouvindo você, estava mais calma (ENTREVISTA FINAL – P3).

Eu percebi é que a gente estava reorganizando o nosso dia né, o nosso corpo, a nossa mente e no segundo encontro eu já senti melhor nessa questão que eu falo do relaxamento [...] quando eu estou tenso não consigo ter um bom relacionamento com as pessoas (ENTREVISTA FINAL – P4).

A dinâmica da massagem, as avaliações, a concentração que a gente faz é muito interessante pois vai deixando o ambiente gostoso, [...] vai minando aquelas coisas ruim, vai minando (ENTREVISTA FINAL – P5).

Foi muito interessante e importante e no meu caso eu desconhecia e eu não fazia nem ideia o quanto influencia na nossa vida e no nosso dia a dia e para mim foi muito interessante e muito útil (ENTREVISTA FINAL – P6).

Ao investigar as possíveis mudanças que os encontros proporcionaram aos participantes em seu comportamento ou estilo de vida, os mesmos expressaram as seguintes opiniões:

Trouxe mudanças [...] e uma tranquilidade maior para lidar com a doença, para lidar com meu filho aqui em casa e isso trouxe mais tranquilidade pra nossas vidas (ENTREVISTA FINAL – P1)

O grupo me ajudou bastante a me sentir bem e tomar algumas decisões. A minha relação com a minha neta não teve ainda uma mudança muito grande, mas teve alguns pontos assim no jeito de me tratar, amizade, o fato de eu deixar com a mãe que ela não gostava e agora está aceitando (ENTREVISTA FINAL – P2)

Olha para falar a verdade né não me ajudou muito não, porque eu ando muito estressada, pois tanto o meu filho e a irmã dele me deixam muito nervosa, eles brigam muito, xingam um ao outro e eu começo a ficar nervosa, a xingar a querer quebrar tudo [...] eu venho aqui saio calma, mas depois, chego em casa passo nervoso (ENTREVISTA FINAL – P3).

Melhorou a relação com o [nome do filho], pois ele sempre me deixa nervoso e isso me fez ter mais calma e habilidade com ele (ENTREVISTA FINAL – P4).

Eu acho que todas nós saímos outra daqui. A pior doença é a emocional né é aquela que você vai acumulando de vez de você vai empurrando e abrir esse baú e jogar tudo para fora eu estava muito mal (ENTREVISTA FINAL – P5)

Eu passei a ver que o problema não estava só com ela (filha) como eu achava o problema estava comigo também e com a família toda que a gente tinha se perdido, que a gente não se dava mais atenção e não se olhava mais (ENTREVISTA FINAL – P6).

A última pergunta da entrevista era sobre o que os participantes entendiam por PICS. Obtivemos os seguintes depoimentos:

São as práticas que propõe no meu ponto de vista de integrar vários conhecimentos de determinadas áreas com um único objetivo de trazer o bem-estar mental, físico e espiritual não pensando só e única e exclusivamente na deficiência que a patologia (ENTREVISTA FINAL – P1)

Não sei se você é católico religioso, mas para mim esses encontros servem para renovar a energia, ter fé, dar direcionamento. Quando você faz uma oração ela serve para te acalmar, dar força para poder seguir e ir em frente. Eu sou católica e quando vou a igreja vou para agradecer e para também me sentir bem. Eu vejo assim (ENTREVISTA FINAL – P2).

Não sei, acho que uma maneira diferente de atender as pessoas, de ouvir mais, de ter paciência com a gente, de fazer massagem, quando eu estou aqui eu me sinto bem e me sinto acolhida (ENTREVISTA FINAL – P3).

São práticas naturais, é uma forma diferente de oferecer a atenção aos pais e que traz uma sensação boa e que às vezes não encontramos facilmente em outros lugares (ENTREVISTA FINAL – P4).

São maneiras diferentes de ver o mundo e de se ver. É uma maneira diferente de cuidar de nós e de aproximar da natureza (ENTREVISTA FINAL – P5).

O que eu entendi, para mim o que é a prática integrativa é alma, corpo e mente, é a gente estar com a nossa mente bem, nossa alma bem e o nosso físico bem é a gente estar saudável por inteiro então a gente tem que unir os três para estar bem no dia a dia (ENTREVISTA FINAL – P6).

Por meio do processo grupal e das entrevistas realizadas no final da coleta de dados, pode-se observar que um cuidado integral, incluindo os diversos aspectos da vida, pode ter influências emancipadoras de acordo com o comportamento e concepções de cada participante. As PICS promovem uma proposta de cuidado que visam a integralidade e que valoriza as peculiaridades de cada integrante do grupo, estimulando-os a identificar as suas necessidades e buscar estratégias para conduzir a sua vida dentro das suas potencialidades (MATTOS, 2009b).

Esse reconhecimento de que todo indivíduo tem um potencial, um saber e que é merecedor de um cuidado, é o que permite estimular nos participantes a sua autoconfiança e seu empenho no autocuidado, sendo este um fator importante na prevenção de agravos crônicos nos aspectos físicos e mentais (GOUVEIA, 2019). Assim, o processo grupal estimulou em alguns participantes a vontade de assumir os cuidados de sua saúde, incluindo a mudança de hábitos, o redimensionamento de seu papel nas relações familiares e o autocontrole – itens essenciais para o gerenciamento das situações de estresse tão frequentes em seu cotidiano.

Foi importante perceber, na prática, que o princípio da integralidade na perspectiva de cuidado em saúde com as PICS pode alavancar respostas às necessidades de saúde dos integrantes do grupo e sua família, estimulando o empoderamento, a autonomia e uma nova percepção de si mesmo e da vida. A aproximação das diferentes práticas de cuidado com uma abordagem que visa a integralidade, associando aos contextos de vida de cada participante, parece ser oportuna para que o cuidado se torne transformador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo descrever a incorporação de práticas da MTC à abordagem grupal com famílias de usuários de um CAPS Infanto-juvenil do município de Santos/SP. Proporcionou também algumas reflexões sobre as estratégias exercidas na condução do grupo, na percepção dos participantes acerca de si mesmos e do processo grupal, bem como respostas às ações provenientes das intervenções realizadas em grupo.

A estratégia utilizada para a condução do estudo, com o grupo aberto e reuniões semanais, para dialogar sobre questões do dia a dia, proporcionou observações sobre a interação do familiar com o seu cotidiano, assim como a influência dessa relação no processo de saúde e doença. O dispositivo grupal incentivou os familiares a buscarem as suas próprias respostas para promover o autoconhecimento, a autonomia e o bem-estar.

A realização da escuta acolhedora das necessidades do grupo para, a partir daí abordar temas comuns, de interesse de todos e com um olhar diante dos princípios da MTC e respaldado pela PNPIC, foi uma estratégia bastante interessante dentro do campo da saúde mental. Essa maneira de intervir promoveu a sustentabilidade do grupo, facilitou a comunicação interna, estabeleceu a construção e o fortalecimento de vínculos, o compartilhamento de conhecimento, experiências. Assim como já disse Paulo Freire (1987, p. 68), “Não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes”.

Outro fator de potencialidade que foi observado foi o apoio social estabelecido no grupo. As famílias passam por histórias de vida e dificuldades que podem ser semelhantes em alguns aspectos e isso contribuiu para estabelecerem um vínculo que os estimulou ao intercâmbio de trocas de saberes, benéfico não só para quem transmite a sua experiência, como também para quem recebe a informação.

Por meio das observações estabelecidas no processo grupal no diário de campo e nas entrevistas, percebeu-se a construção do grupo como espaço de convivência, de crescimento pessoal, do aumento da autoestima, do autocuidado, e de melhoria na qualidade de vida. Isso foi constatado não apenas nas expressões de alguns participantes, mas também em suas falas, de que entenderam que o equilíbrio, o bem-estar, é um processo dinâmico, constante e que não há nada tão bom que não possa ser melhorado e aprimorado.

A escuta acolhedora, um dos recursos das PICS, promoveu a integração do grupo e também a necessidade de continuidade dos encontros onde os mesmos foram espaço de construção de um cuidado que ajudava no fortalecimento das ações em busca da melhoria da qualidade de vida. Em outras palavras, os participantes perceberam o grupo como um facilitador da comunicação interna, como um espaço de acolhimento dos sofrimentos e que ajudava na condução de muitos conflitos que interferiam na sua relação familiar, com a comunidade e consigo mesmo.

A realização dos grupos propiciou estabelecer relações horizontais entre os participantes, permitindo que as diferenças econômicas, sociais e/ou culturais não fossem dificuldades encontradas no processo grupal, mas sim um potencial de crescimento, de aprimoramento e troca de experiências enriquecedoras. De acordo com Valle (2001), o sentimento de troca de vivências produz um sentimento de igualdade, de utilidade, de valorização de si e do outro, fazendo com que o grupo passe a compartilhar fatores de proteção contra o surgimento de situações de sofrimento.

O exercício de uma abordagem que promova a interação da teoria e prática, favorece a percepção de si mesmo, do contexto em que cada participante se encontra, estimulando uma perspectiva crítica e conseqüentemente um convite para a mudança comportamental. Assim, o grupo passou a reconhecer as reuniões semanais como fundamentais para o seu bem-estar, caracterizando-as tanto como espaço de aprimoramento como também de expressão de opiniões, sentimentos, dúvidas, angústias, inquietações entre outros. Isso reforça a importância da MTC como parte do cuidado integral no campo da saúde mental.

Outro dado relevante encontrado foi a percepção que os participantes apresentaram de que os encontros do grupo e as rodas de conversa aconteciam não somente para cada um falar das suas dificuldades do dia a dia, fosse na relação familiar, profissional, sentido de vida, entre outras, mas também para dialogarem sobre a importância de conhecer maneiras de administrar essas dificuldades e promover a saúde. Nesse sentido, percebe-se que a MTC é uma prática de cuidado eficiente, simples e que, de maneira natural, estimula o conhecimento de si mesmo – sendo este um passo importante para a aquisição de uma vida mais saudável.

As práticas da MTC sugerem uma organização interior da atenção para a sua respiração, para o seu corpo, para as suas emoções e com isso um redirecionamento das ações visando o autocuidado (GAVIN; OLIVEIRA; GHERARDI-DONA, 2011). Nesse sentido, a autopercepção é importante para identificar os fatores que podem estar gerando situações de estresse e, a partir daí realizar as ações que busquem e favoreçam o equilíbrio e o bem-estar.

O grupo aberto, embora seja flexível em alguns aspectos, permite o engajamento e certa adesão de todos os integrantes na atividade grupal. Existe um aspecto interno que os motiva a estarem ali, sem “aquela rigidez”, pois há algo no processo grupal que desperta a atenção e o interesse dos participantes, tornando o grupo de PICS diferenciado na maneira de construção do cuidado. Apesar de o trabalho desenvolvido apresentar ações importantes que despertam o autocuidado, algumas questões também são desafiadoras, pois ainda existe, culturalmente, a ideia do “medicamento milagroso” que faça com que as situações que levam ao sofrimento sejam solucionadas com a simples administração medicamentosa. O grande desafio, diante disso, é despertar nos sujeitos a compreensão de que o estilo de vida pode ser um fator essencial para as mudanças comportamentais e para uma vida em que a relação do homem com a natureza seja vivenciada de maneira equilibrada.

As MTC grupais oferecem uma proposta de intervenção que valorizem o autoconhecimento e o autocuidado, e as práticas desenvolvidas em grupo despertam uma sensação de bem-estar que, em continuidade, podem contribuir para a redução da medicalização. Os grupos de MTC passariam a estar no contexto de produção de vida e de saúde e se configurariam como um espaço de troca de saberes e experiências que proporcionaria uma ajuda mútua a todos os participantes.

Percebe-se, a partir dessa investigação, que a MTC tem o potencial de revitalizar as discussões em saúde, estimulando mudanças quanto aos processos de medicalização social e nos moldes biomédicos de cuidado e da promoção da saúde. Entretanto, para que isso aconteça, se faz necessário o desenvolvimento de estudos que enfatizem os seus benefícios na construção e aperfeiçoamento de novas formas de cuidado que visem à integralidade do ser.

Acredita-se que esse processo de aceitação, reconhecimento e apoio à PNPIC, estimulam um novo campo de pesquisa científica que podem contribuir para a ampliação de outras terapias e a formação de mais profissionais capacitados para atuarem no âmbito da saúde mental, no SUS. Dessa forma é possível que as PICS se tornem cada vez mais praticadas pelos profissionais que atuam no SUS. Espera-se que a área da saúde se amplie com outras racionalidades médicas que, ao serem fortalecidas pela literatura e prática, se tornem acessíveis a toda a população – principalmente aquelas que vivem em situações de vulnerabilidade social e sofrimento psíquico.

Os dados aqui levantados nos permitem concluir que as intervenções realizadas com grupos de familiares por meio das MTC no CAPSi #tamojunto, contribuíram para a construção de um olhar que fortalece a importância da escuta qualificada, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o seu ambiente e a sociedade, favorecendo a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (BRASIL, 2006).

Por fim, tem-se que articulação do trabalho com grupo de familiares no CAPSi#tamojunto por meio da PICS se apresenta como uma intervenção com grande potencial para gerenciar conflitos, favorecer a autopercepção, auxiliar na identidade individual e grupal, fundamentais para uma ampliação do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol. 32, n. 3, p. 73-79, 2010. DOI: 10.1590/S0101-81082010005000003
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. C. D. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.D.C.; OLIVEIRA, W.F. de. **A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração**. Dynamis Revista Tecnocientífica, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 6-21. Ed. Especial Saúde Mental e a Atenção Básica, parte 2, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde & Sociedade**, vol. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300003.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora do Centro de Estudos de Saúde Coletiva, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- BALLARIN, M. L. G. S. **Terapia ocupacional: uma perspectiva psicodinâmica**: (contexto e ilustração do atendimento de um grupo). 138f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 1995. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312017>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 54, n. 1, p. 34-46, 2005. Disponível em: <http://bibliotecaparaalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/index/assoc/HASH01e0.dir/doc.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021,
- BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, p. 850, set. 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300034

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, p. 163-173, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s111.

BERTUOL, C.; JURDI, A. P. S. Deslocamentos e invenções no trabalho em saúde mental infantojuvenil. In: VELÔSO, T. M. G.; EULÁLIO, M. C. (orgs). **Saúde Mental: saberes e fazeres**. Campina Grande: EDUEPB, 2016.

BERTUOL, C.; KINOSHITA, R. T.; FILHO, D. C. C. O valor imanente da criança. In: CAMPO, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). **Contra a maré à beira-mar – A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0650

BIELEMANN, V. L. M. et al. A Inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol. 18, n. 1, p. 131-139, 2009. DOI: 10.1590/S0104-07072009000100016.

BITTENCOURT, L. **Considerações sobre o consumo de drogas dos adolescentes em conflito com a lei e/ou privados de liberdade**. In: Seminário “Mais Juventude na Saúde: Vamos Falar Disso? Adolescentes em Conflito com a Lei, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jul. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, 22 nov. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm#:~:text=DECRETO%20No%2099.710%2C%20DE,sobre%20os%20Direitos%20da%20Crian%C3%A7a. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 2002a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Autor, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Autor, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Autor, 2005. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília: Autor, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 6 dez. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília: Autor, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Autor, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_led.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica - saúde mental**. Brasília: Autor, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília: Autor, 2013b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Autor, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Autor, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, 2017a. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-MS-n%C2%BA-32-de-14-de-dezembro-de-2017_Estabelece-diretrizes-para-fortalecimento-da-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 633, de 28 de março de 2017. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0633_31_03_2017.html. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 2017e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. **Diário Oficial da União**, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implementação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Autor, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. 22 mai. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias->

[cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma](#). Acesso em: 12 jan. 2021.

BUSTAMANTE, V. et al. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): resultados de uma pesquisa-intervenção. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 24, nov. 2020. DOI: 10.1590/interface.190276

CAMPIGLIA, H. **Psique e Medicina Tradicional Chinesa**. São Paulo: Roca, 2004.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

CAPISTRANO FILHO, D. Sempre vale a pena ser governo? In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.17-20.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. DOI: 10.1590/S0103-73312009000200016

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 25, n. 4, p. 517- 523, 2012. DOI: 10.1590/S0103-21002012000400006

CARTA DE OTAWWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, n. 1, p. 51-57, 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000100009.

CINTRA, M. E. R.; PEREIRA, P. P. G. Percepções de corpo identificadas entre pacientes e profissionais de medicina tradicional chinesa do Centro de Saúde Escola do Butantã. **Saúde e Sociedade**, vol. 21, n. 1, p. 193-205, mar. 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000100019

COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M. Da moralidade e situação irregular à violência doméstica: discursos da (in) competência. In: NASCIMENTO, M. L.(Org.). **PIVESTES: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário**. Curitiba: Juruá,2009.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 405 de 03 de agosto de 2011. Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24 nov. 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3168>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 491 de 20 de outubro de 2017. Regulamenta o uso pelo terapeuta ocupacional das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 mar. 2018. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=8749>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 10, p. 3263-3273, out. 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.00312015

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 2, p. 333-342, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.18652013

COSTA-ROSA, A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia**, vol. 29, n. 1, p. 115-126, 2012. DOI: 10.1590/S0103-166X2012000100013

COUTINHO, B. D.; DULCETTI, P. G. S. O movimento Yīn e Yáng na cosmologia da medicina chinesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 22, n. 3, p. 797-811, jul.-set. 2015. DOI: 10.1590/S0104-59702015000300008

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In FERREIRA, T. (Ed.), **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001:

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, vol. 27, n. 1, p. 17-40, jul. 2015. DOI: 10.1590/0103-56652015000100002

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Brazilian Journal of Psychiatry**, vol. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008. DOI: 10.1590/S1516-44462008000400015

COVELO, B. S. R.; BADARO-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, n. 55, p. 1133-1144, dez. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0472.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, vol. 3, n. 1, p. 68-78, 2011. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/83>. Acesso em: 21 jan. 2021.

DARELLA, M. L. **A atividade mental segundo o modelo da Medicina Tradicional Chinesa**. Florianópolis, UFSC, 2001.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre atenção primária em saúde. URSS, 1978.

DELFINI, P. S. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33, n. 12, e00145816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00145816

DOMBI-BARBOSA C. et al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) do estado de São Paulo. **Journal of Human Growth and Development**, vol. 19, n. 2, p. 262-268, ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/07.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

DULCETTI JUNIOR, O. O qì do taoismo antigo Nèijīng e as dificuldades na transmissão no Ocidente. **Plura, Revista de Estudos de Religião**, vol. 3, n. 2, p. 56-81, 2013. Disponível em: <https://revistaplura.emnuvens.com.br/plura/article/view/600>. Acesso em: 12 jan. 2021

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 23, n. 2, p. 208-221, 2010. DOI: 10.1590/S0102-79722010000200003

FERNANDES, M. I. A. A subjetividade à luz de uma teoria de grupos. **Psicologia USP**, vol. 5, n. 1/2, 1994. DOI: 10.1590/S1678-51771994000100018

FERRARI, S. M. I.; AGUIRRE, B. Aspectos do funcionamento da clínica de grupos e sua especificidade na terapia ocupacional. **Boletim de Psiquiatria**, p. 22-23, jan. 1990

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo, Paz e Terra, 1987.

FREITAS, R. C. S.; BRAGA, C. D.; BARROS, N. V. Famílias e Serviço Social: algumas reflexões para o debate. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.). **Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2011.

FELÍCIO, J. L.; ALMEIDA, D. V. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. **O Mundo da Saúde**, vol. 32, n. 2, p. 248-253, abr./jun. 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/248a253.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FERREIRA, C. S.; LUZ, M. T. Shen: Categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 14, n. 3, p. 863-875, set. 2007. DOI: 10.1590/S0104-59702007000300010

GALVANESE, A. T. C.; BARROS, N. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 33, n. 12, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00122016.

GAVIN, R. O. S.; OLIVEIRA, M. H. P.; GHERARDI-DONA, E. C. S. Terapias alternativas complementares: uma visão do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, vol. 9, n. 4, p. 760-765, 2011. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v9i4.13827

GOUVEIA, G. D. A. **Práticas integrativas em saúde**. Paco e Littera. 2019.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 7a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

GROSS, V.; GOLDIN, J. Dynamics and dilemmas in working with families in Inpatient CAMH services. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, vol. 13, n. 3, p. 449-461, jul. 2008. DOI: 10.1177/1359104507088350.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em grupo de apoio. **Brazilian Journal of Psychiatry**, vol. 23, n. 3, p. 134-140, set. 2001. DOI: 10.1590/S1516-44462001000300005

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In. Simpósio internacional “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros transtornos”, São Paulo, 2010.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol. 22, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2013. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200012

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 35, n. 2, p.115-21, jun. 2001. DOI: 10.1590/S0080-62342001000200004

ILLICH I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4a ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981

KANTORSKI, L. P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 39, n. 3, p. 17-24, mar. 2005. DOI: 10.1590/S0080-62342005000300010

KELL, M. C. G. **Integralidade da atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1969.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (org.). **Contra maré à beira mar** - a experiência do SUS em Santos. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T; FREITAS, G. F. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 22, n. 2, p. 210-212, 2009. DOI: 10.1590/S0103-21002009000200015

LIMA, R. C. Saúde Mental na infância e adolescência. In: JORGE, M. A. S. et al. (orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental** – contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 12, p. 4590-4602, dez. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300003

LOPES, C. S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, n. 2, jan. 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00005020

LIU, D. **Tai Chi Ch'uan e Meditação**. 3a ed. São Paulo: Pensamento, 1986.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 1, jan./jun. 1997. DOI: 10.1590/S0103-73311997000100002

LUZ, M. T. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.

LUZ, D.. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco, 2012.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, vol. 24, p. 66, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200009

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da Medicina Chinesa**. 2a ed. São Paulo: Roca, 1996.

MACIOCIA, G. **Os Fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas**. 2a ed. São Paulo: Roca, 2014.

MAFFACCIOLLI, R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: uso e modos de intervenção terapêutica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10625>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MAGALHAES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Escola Anna Nery**, vol. 17, n. 4, p. 646-653, dez. 2013. DOI: 10.5935/1414-8145.20130007

MARTINEZ, P. H. Medicinas alternativas: hasta donde, para quién? In: CÁCERES, C. et al. (Org.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: International forum for social sciences and health: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valor e que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009a.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009b. DOI: /10.1590/S1414-32832009000500028

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividade com pacientes psicóticos**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol. 13, n. 3, p. 127-34, 2002. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v13i3p127-134

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3a ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELO, A. J. A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. **Ibérica – Revista Interdisciplinar de Estudos Ibéricos e Ibero-Americano**, vol. 1, n. 3, 2007. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/791955/a-terap%C3%A1utica-art%C3%ADstica-promovendo-sa%C3%BAde-na-institui%C3%A7%C3%A3o-h>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 6, p. 1737-1746, jun. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07392016.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: AMARAL, H., MERHY, E. E. (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Vida saudável 2020 – Práticas Integrativas e Complementares (PIC)**, s/d. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/PICS>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (orgs.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27a ed. Petrópolis: Vozes, 2008,

MINAKAWA, M. M ; FRAZÃO, P. **Bases teóricas dos processos de Medicalização**: um olhar sobre as forças motrizes. São Paulo: Editora Hucitec, 2019.

NAMKHAY, D. **Viajando pelo mundo todo, sentado aqui.** 1997. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=HPd_ZpOUPqA. Acesso em: 12 jan. 2021.

NAMKHAY, D. **Momento presente, Momento Sagrado.** 2005a. Disponível em: <https://www.last.fm/pt/music/Daniel+Namkhay/Present+Moment,+Sacred+Moment>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NAMKHAY, D. **O lugar onde tudo é música.** 2005b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LGXLomk0wHU>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NAMKHAY, D. **Assoprando Preces.** 2005c. Disponível em: <https://www.last.fm/pt/music/Daniel+Namkhay/Blowing+Prayers/Blowing+Prayers>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NAMKHAY, D. **Invincible Peace.** 2005d. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vM5qemDcAZE>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NAMKHAY, D. **Solo de Flauta.** 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bLhHGTFsVL8>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NAVARINI, V, HIRDES A. A família do portador de sofrimento psíquico: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol. 17, n. 4, p. 680-688, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400008.

NASCIMENTO, M. C. **As duas faces da montanha:** estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

NICÁCIO, F. **O processo de transformações em saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura.** Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

OSÓRIO, L. C. **Grupos: teorias e práticas:** acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise e saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. 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**, vol. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000500018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005**. Genebra: Autor, 2002

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The word medicines situation – Tradicional medicines: global situation, issues and challenges**; 2011.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000400006.

PEREIRA A. A., ANDRADE L. O. M. Rede integral de atenção à saúde mental, de Sobral, Ceará. In: LANCETTI. A. (org.). **Saúde Mental e Saúde da Família**. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 16, n. 2, p. 363-375, 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000200007

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. A infância sem disfarces: uma leitura histórica. In: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, L. **Sofrimento psíquico e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, vol. 11, n. 18, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a05.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

ROSS, J. **A combinação de Pontos de Acupuntura**. São Paulo: Rocca, 2003.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, n. 34, p. 146-160, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 40, n. 1, p. 123-127, 2006. DOI: 10.1590/S0080-62342006000100018

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, p. 243-253, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000500025.

SILVA, G. A. **Os caminhos do taoismo**. São Paulo: Editora dos Autos, 2014.

SILVA, A. T. M. C. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 58, n. 4, p. 411-415, 2005. DOI: 10.1590/S0034-71672005000400006

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: Subsídios para o cuidado clínico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 45, n. 5, p. 1237-1242, 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000500029

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, vol. 40, n. 111, p. 193-205, dez. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611115

SUDBRACK, M. F. O. Terapia familiar sistêmica. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JUNIOR, A. (Orgs.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção de integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, vol. 30, n. 86, p. 99-112, abr. 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.00100007

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, n. 1, p. 25-29, 2002. DOI: 10.1590/S0104-59702002000100003

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500018

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, supl. 3, nov. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000900036

TOFFLER, A. **O choque do futuro**. Rio de Janeiro: Record, 1970

VALLE, E. R. M. (org). **Psico-oncologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol. 17, n. 1, p. 10-17, 2006. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v17i1p10-17

WONG, R. **O sucesso está no equilíbrio**. Edição Compacta. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2008

YAMAMURA, Y. **Acupuntura auricular**. São Paulo: Roca, 1986.

YAMAMURA, Y. **Acupuntura tradicional**: a arte de inserir. 2a ed. São Paulo: Roca, 2001.

YAMAMURA, I. **A arte de inserir**. São Paulo: Roca, 2004.

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. **Trabalhar com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, vol. 4, p. 487-504, 1972. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x

ANEXO A – Resumo das práticas presentes na PNPIC

Fonte: Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS¹.

Antroposofia aplicada à saúde (Medicina Antroposófica) – Abordagem de base vitalista, que utiliza os princípios de compreensão do ser humano a partir da antroposofia. Entre as principais teorias estão a trimembração (divisão das funções orgânicas em neurossensorial, rítmica e metabólico-motor) e a quadrimembração (relaciona o ser humano com os elementos da natureza). Busca compreender e tratar o ser humano em sua integralidade, considerando sua biografia e sua relação com a natureza. Oferece uma abordagem interdisciplinar de cuidados com diferentes recursos terapêuticos, tais como: terapia medicamentosa, terapias externas antroposóficas, banhos terapêuticos, massagem rítmica, terapia artística, eurtmia, quirofonética, cantoterapia e terapia biográfica ou aconselhamento biográfico.

Arteterapia – Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo. Utiliza a arte e o processo criativo como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas, como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, entre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo.

Ayurveda – Abordagem terapêutica de origem indiana, segundo a qual o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças. Agrega princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não os desvincular e considerando os campos energético, mental e espiritual. A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo em seu autocuidado. Nela, o profissional/terapeuta observa de forma cuidadosa as características fisiológicas internas e a disposição mental da pessoa. Além disso, estuda outros fatores como os tecidos corporais afetados, humores, o local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, a gravidade das condições clínicas, a condição de digestão, e detalhes pessoais, sociais, a situação econômica e ambiental da pessoa.

Biodança – Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Busca restabelecer as conexões do ser humano consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos cuidadosamente selecionados, como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas.

Dança Circular – Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social. Originária de diferentes culturas que favorecem a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos, e aos poucos começam a internalizar os movimentos, “liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito”. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos, os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implementação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Autor, 2018b, p. 47-54. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

Homeopatia – Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos, mais conhecida como “doses infinitesimais”. Segundo a abordagem, as substâncias disponíveis na natureza têm potencial de curar os mesmos sintomas que produz. Também utiliza como recursos a escuta do relato preciso do paciente, chamado de “anamnese homeopática”; o estudo da matéria médica relacionado aos medicamentos homeopáticos; e o manejo do repertório de sistemas homeopáticos, fundamentais na escolha das prováveis hipóteses medicamentosas.

Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – Abordagem terapêutica milenar, de origem chinesa, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A MTC utiliza como procedimentos diagnósticos, na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e como procedimentos terapêuticos acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), práticas corporais (lian gong, chi gong, tui na, tai-chichuan) e mentais (meditação), dietoterapia chinesa, relacionadas à prevenção, aos agravos de doenças, à promoção e à recuperação da saúde.

Meditação – Prática mental que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, ensinando a não se deixar influenciar por eles e compreendê-los como fluxos mentais. Coloca o indivíduo num local de equilíbrio e leveza, no centro de si mesmo. Suas técnicas envolvem a concentração, para focar ou “esvaziar” a atenção, produzindo efeitos no campo mental e físico de harmonização dos estados mentais e da consciência para a promoção do bem-estar, presente em inúmeras culturas e tradições. Há duas grandes formas de definição da meditação: a ativa, quando se executa uma tarefa, concentrando-se apenas e exclusivamente nela (ex.: pintura de mandala, labirinto, origami etc.); e a passiva, na qual o corpo permanece imóvel e a atenção é dirigida para a redução do fluxo dos pensamentos.

Musicoterapia – Prática expressiva que utiliza basicamente como elemento a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, em grupo ou de forma individualizada. Facilita e promove, ao indivíduo, a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, e outros objetivos terapêuticos relevantes, com intuito de alcançar suas necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Desenvolvem potenciais, restabelecem funções para que o indivíduo possa alcançar uma melhor integração inter ou intrapessoal, melhorando a qualidade de vida.

Naturopatia – Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de práticas integrativas e complementares no cuidado e atenção em saúde. Apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se, que se propõe a restaurar o bem-estar e a qualidade de vida por meio da educação em saúde, adequações do estilo de vida e terapias naturais, reintegrando aspectos do corpo, da mente e da emoção com a natureza e a sociedade. Os recursos terapêuticos utilizados provêm de terapias naturais (plantas medicinais, produtos naturais, óleos essenciais, terapia floral, argilas e lamas, águas minerais e termais; alimentação saudável); terapias físicas (massagens, reflexologia podal e manual, terapia fotônica de baixa intensidade); recursos expressivos (arte, música, sons e corpo, dança) e terapias corpo-mente (contemplação, meditação). Utiliza-se também de recursos avaliativos (observação da face, língua, pulso, íris, entre outros), além da palpação e da análise dos sinais e sintomas na avaliação do paciente ou interagente

Osteopatia – Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças. Atua no indivíduo de forma integral, a partir da manipulação das articulações e dos tecidos. Esta prática parte do princípio de que as disfunções de mobilidade articular e teciduais, em geral, contribuem no aparecimento das enfermidades. Diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e na doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada ao próprio reestabelecimento do equilíbrio.

Plantas Medicinais e Fitoterapia – Terapêutica caracterizada pelo uso das plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. As formas farmacêuticas de plantas medicinais disponibilizadas no SUS são: planta fresca (*in natura*), planta seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. A prática da fitoterapia, por exemplo, no caso do programa Farmácias Vivas, incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.

Quiropraxia – Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. A quiropraxia enfatiza o tratamento manual, como a manipulação articular ou “ajustamento”, e a terapia de tecidos moles. As manipulações conduzem ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando à correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de autocura.

Reflexoterapia – Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento. Utiliza estímulos nessas áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio de que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. A partir do massageamento de pontos-chave, busca-se a reativação da homeostase e o equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

Reiki – Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença, considera-se a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos.

Shantala – Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, a confiança, a criatividade, a segurança, o equilíbrio físico e emocional. Exemplos de benefícios proporcionados pela shantala: alívio de cólicas, melhoria no sono, fortalecimento do sistema imunológico, entre outros.

Terapia Comunitária Integrativa (TCI) – Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que a comunidade e as pessoas possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. A partilha de experiências visa à valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Termalismo Social/Crenoterapia – Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde. Consideram as águas termo minerais em seus aspectos ecológicos, históricos, sociais, e garantindo o acesso universal a estabelecimentos termais da Rede de Atenção à Saúde para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna etc.). A crenoterapia consiste na indicação e no uso de águas minerais com finalidade terapêutica.

Yoga – Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema musculoesquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo.

ANEXO B – Aprovação do projeto pela Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos Secretaria de Saúde de Santos

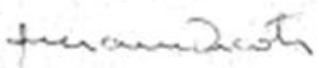


SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS

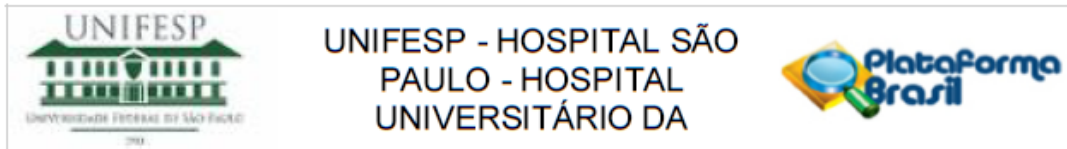
Santos, 19 de dezembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos (COFORM/SMS), concorda que a pesquisadora Prof^a Dr^a Andrea Pedrosa Saigh Jurdi, responsável pelo aluno Antonio José de Vasconcelos Araújo realize a pesquisa "Práticas Integrativas e Complementares: Aproximações com a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental Infantojuvenil", após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Luciane Picotez da Rocha Coelho Ariza
Coordenadora de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos
COFORM-SMS

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas integrativas e complementares: aproximações com a terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

Pesquisador: ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09006619.6.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Educação e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.272.053

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0204/2019 (PARECER FINAL)

Trata-se de projeto de mestrado de Antonio Jose de Vasconcelos Araújo.

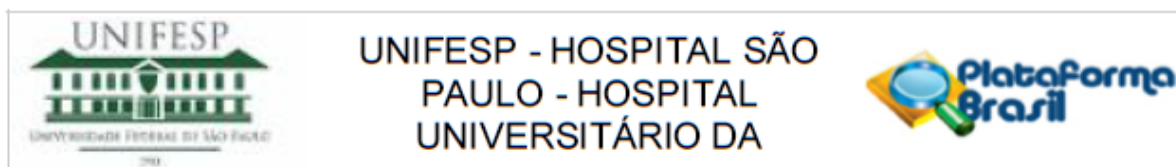
Orientadora: Profa. Dra. Andrea Perosa Saigh Jurdi

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, Instituto de Saúde e Sociedade, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287585.pdf, postado em 01/03/2019).

APRESENTAÇÃO: O abandono e a exclusão designados à loucura ao longo dos anos vêm, aos pouco, sendo substituídos por recursos e dispositivos que visam permitir à pessoa em sofrimento mental a recuperação dos laços sociais. A família tem um papel importante no cuidado à saúde e a literatura a coloca tanto como parte originária dos sofrimentos psíquicos, como também importante meio de cuidado. As práticas integrativas e complementares (PICs) são intervenções que promovem a integralidade no cuidado em saúde e podem ser um recurso para reduzir o processo de medicalização social. Este estudo visa acompanhar e analisar o processo grupal com famílias atendidas no CAPS infanto-juvenil Região Centro Histórico de Santos a partir dos

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.053

princípios das PICs. É uma pesquisa de natureza qualitativa com método participante devido ao envolvimento de famílias na análise de sua própria realidade no despertar reflexões que os auxiliem a administrar os problemas vivenciados no seu cotidiano.

HIPÓTESE: As práticas integrativas e complementares exercem influências no cuidado de familiares cujos filhos apresentam queixas de sofrimento mental. Essa influência pode ajudar os familiares a despertarem para a promoção da saúde, do autocuidado e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar o processo grupal de famílias a partir dos princípios das práticas integrativas e complementares.

OBJETIVO SECUNDÁRIO: Compreender como a medicina tradicional chinesa contribui ou não para a melhora da vida cotidiana das famílias inseridas em acompanhamentos no CAPSij; Descrever as potências e desafios da medicina tradicional chinesa com grupo de famílias na saúde mental infanto-juvenil; Investigar a compreensão das famílias sobre o processo de intervenção por meio da medicina tradicional chinesa; Compreender como se dá a interface terapia ocupacional e medicina tradicional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

RISCOS: Os instrumentos utilizados não deverão ofertar qualquer espécie de risco de ordem física aos sujeitos, porém pode ocorrer incômodo ou desconforto emocional ao participar da entrevista e relembrar momentos de sua vida. A preservação da identidade será garantida, assim como a preservação dos aspectos éticos que envolvem a coleta de dados com seres humanos será demarcada pela aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. No entanto, caso as atividades possam provocar desconfortos, os sujeitos podem optar por se desvincularem da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Enquanto benefícios não haverá compensação financeira aos sujeitos da pesquisa. Espera-se que o compartilhamento e a divulgação dos resultados e descobertas deste estudo ofereçam descobertas e novos significados aos profissionais de saúde, especialmente os que lidam com o atendimento as crianças e adolescentes que apresentem alguma queixa referente a sofrimento mental. Este projeto de pesquisa está aberto a reformulações que se fizerem

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.053

necessárias desde o presente momento até o final do processo de coleta de dados de forma a garantir a preservação dos objetivos propostos, a relevância das descobertas e a fidedignidade do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: É uma pesquisa de natureza qualitativa com método participante devido ao envolvimento de famílias na análise de sua própria realidade no despertar reflexões que os auxiliem a administrar os problemas vivenciados no seu cotidiano.

LOCAL: CAPS Infanto-juvenil de Santos.

PARTICIPANTES: 4 pais, mães e/ou responsáveis pelas crianças usuárias do CAPSij RCH, de ambos os sexos, sem idade definida, cujos filhos apresentem alterações no comportamento em casa, na escola e ou na comunidade.

-Critério de Inclusão: Familiares responsáveis pelas crianças que estão em atendimentos no CAPSij RCH da cidade de Santos, de ambos os sexos, sem idade definida, que estejam em sofrimento psíquico, devido a complexidade da configuração familiar.

-Critério de Exclusão: Familiares que estão fazendo acompanhamento em saúde mental em outras instituições durante o período da pesquisa.

PROCEDIMENTOS: Serão realizados oito encontros com o grupo formado por quatro pais, mães e ou responsáveis pelas crianças, uma vez por semana, com a duração de uma hora e trinta minutos.

- Inicialmente será realizado uma entrevista com perguntas abertas para conhecer mais o perfil dos participantes, suas necessidades e expectativas em relação a sua participação no projeto.

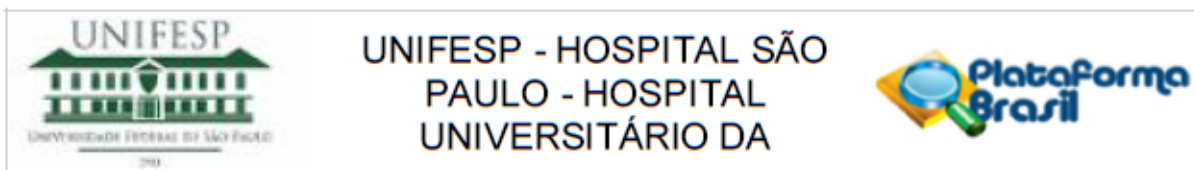
- No próximo encontro será utilizada a roda de conversa para a realização da apresentação dos componentes do grupo, a exposição dos motivos que o trouxeram a buscar o serviço, os caminhos e estratégias percorridas na busca de resolutividade dos problemas e expectativas.

- A partir do primeiro encontro será construído um programa de atendimentos com temas selecionados mediante as principais queixas e necessidades explicitados pelos familiares.

- Os temas escolhidos serão enfatizados em grupo por meio de rodas de conversas e vivências teóricas e práticas a partir dos fundamentos da medicina tradicional chinesa respaldados pela PNPICs.

- No contexto destes encontros, a roda de conversa e o diálogo passam a ser um momento singular de partilha, uma vez que pressupõe um dos princípios das PNPICs a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outro ponto importante que pode ser compartilhado na roda de conversa e que vai também ao encontro da proposta da PNPICs é a visão ampliada do processo saúde-doença e a

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55		
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.020-050
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.053

promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

- Nesse sentido a conversa e o diálogo é um espaço de formação, de troca de vivências, de cooperação mútua, de catarse, de reflexão que podem influenciar na escolha dos caminhos a serem percorridos por cada participante do grupo na busca da saúde e do equilíbrio.
- A roda de conversa associada aos conhecimentos das PICs e em especial aos fundamentos da medicina tradicional chinesa surge como uma ferramenta importante para proporcionar às famílias participantes, reflexões sobre o seu cotidiano e a partir daí gerar mudanças comportamentais em busca do autoconhecimento e do cuidado da saúde em geral.
- A intervenção realizada em grupo tem como premissa a utilização de recursos e técnicas da MTC tais como a meditação, o relaxamento, a automassagem, os exercícios respiratórios, a ginástica chinesa e a orientação terapêutica que aplicadas no processo grupal podem elevar a qualidade de vida.
- Um dos diferenciais nessa forma de intervir com o grupo de família no CAPSij é incluir um olhar diferenciado que dialogue as abordagens tradicionais em saúde mental com os conhecimentos da medicina tradicional chinesa na construção de novas formas de cuidado em saúde.
- Será realizado filmagem, registro escrito e gravado dos encontros, dos relatos, dos procedimentos realizados, das reflexões, da escuta, as observações e as devolutivas trazidas por cada integrante do projeto.
- Dessa forma pode-se compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões e inter-relações.
- No final do projeto será realizada uma entrevista com cada participante, com perguntas abertas para ampliar mais as reflexões que poderão ser gravadas para que possam ser descrita a percepção dos familiares sobre os procedimentos realizados em grupo.
- A entrevista final terá a função de obter dados concretos da compreensão das famílias sobre o processo grupal e os possíveis efeitos provocados no cotidiano familiar.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.
- 2-TCLE a ser aplicado aos participantes: apresentado pelo pesquisador (Pasta: TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência - Submissão 2; Documento: tcle.pdf)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	CEP: 04.020-050
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.053

3-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- Ofício nº DSES-UNIFESP-CBS que será enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Santos solicitando autorização para o desenvolvimento da pesquisa (Pasta: outros- Submissão 2; Documento: 20190208_142028.pdf).

4- O roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta a pendências apontadas no parecer n. 3203538 de 17 de março de 2019. PROJETO APROVADO.

PENDÊNCIA 1. Deve ser enviada uma declaração, assinada pelo pesquisador, de garantia de sigilo e anonimização dos dados e de responsabilização por qualquer problema em relação a quebra de sigilo dos participantes.

A declaração foi elaborada e assinada. Submetida juntamente com os outros documentos na Plataforma.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. Foi anexado na Plataforma Brasil (PB) o ofício que será enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Santos solicitando autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Ressaltamos que será necessário anexar na PB, não somente a solicitação, mas a autorização dada (assinada) pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos.

Foi anexada na Plataforma a o ofício da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a pesquisa.

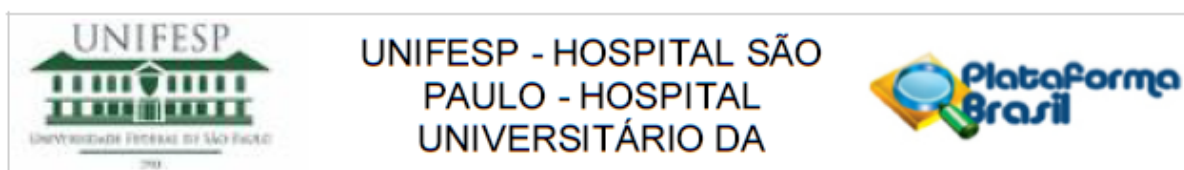
PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3. Quanto ao TCLE, adequar:

Pendência 3.1. - uma vez que haverá filmagem, deve ser dada não só a garantia de sigilo quanto ao nome do participante mas também garantia de sigilo em relação à exposição da imagem do participante.

OK. Em decisão conjunta do pesquisador e orientadora foi retirada a filmagem do método. O Projeto de Pesquisa com as adequações será colocado na Plataforma.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.053

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 3.2.- Atenção: o CEP/UNIFESP mudou de endereço: favor corrigir no TCLE. Novo endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050. O E-mail é: CEP@unifesp.edu.br. Os telefones continuam os mesmos (011-5571- 1062; 011-5539-7162); horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs.

OK

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 3.3. - no campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do participante e do pesquisador que irá aplicar o TCLE. As pendências acima estão retificadas e o novo TCLE será colocado na Plataforma.

OK

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	termo.pdf	02/04/2019 22:43:07	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cep.pdf	02/04/2019 22:40:31	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287585.pdf	02/04/2019 22:11:17		Aceito
Outros	carta.pdf	02/04/2019 22:09:08	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito
Outros	unifesp.pdf	02/04/2019 22:08:25	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.053

Outros	unifesp.pdf	02/04/2019 22:08:25	ARAUJO	Aceito
Outros	decla.pdf	02/04/2019 22:08:02	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOFORMANTONIOPDF2.pdf	02/04/2019 21:42:22	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	02/04/2019 21:41:42	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	plataforma.pdf	02/04/2019 21:18:33	ANTONIO JOSE DE VASCONCELOS ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Abril de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Perguntas abertas depois dos encontros presenciais (as mesmas anteriores acrescidas das seguintes abaixo)

- 1- A participação nos encontros proporcionou quais reflexões e\ou aprendizados?
- 2- Fale da importância desse projeto na sua vida, principalmente no seu momento atual.
- 3- Suas expectativas sobre esse projeto foram atendidas?
- 4- Descreva o que você achou sobre os temas abordados nas rodas de conversa?
- 5- Você se identificou com algum tema específico abordado no projeto?
- 6- Qual a sua percepção sobre a sua relação familiar antes e depois do projeto?
- 7- O que você entende por práticas integrativas?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa, e saiba da importância da sua participação e que deverá ser espontânea. Após serem esclarecidas (a) as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, você deverá assinar ao final deste documento, que está em duas vias originais, sendo uma do pesquisador responsável e a outra sua.

Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada **“Práticas integrativas e complementares: aproximações com a terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil”**. A pesquisa será realizada por mim Antônio José de Vasconcelos Araújo e orientada pela Prof.^a. Dra. Andrea Perosa Saigh Jurdi. Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo e sua autorização, que tem o objetivo geral acompanhar o processo grupal de famílias a partir dos princípios das práticas integrativas e complementares.

A pesquisa será realizada no CAPS Infantojuvenil Centro de Santos – SP com o total de oito encontros com grupo formado por três pais, mães e ou responsáveis pelas crianças, uma vez por semana, com a duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

No primeiro encontro será utilizada a roda de conversa para a realização da apresentação dos componentes do grupo, a exposição dos motivos que o trouxeram a buscar o serviço, os caminhos e estratégias percorridas na busca de resolutividade dos problemas e expectativas.

A partir do segundo encontro será construído um programa de atendimentos com temas selecionados mediante as principais queixas e necessidades explicitados pelos familiares.

Os temas escolhidos serão enfatizados em grupo por meio de rodas de conversas e vivências teóricas e práticas a partir dos fundamentos da medicina tradicional chinesa respaldados pela PNPICS (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) e pela terapia ocupacional.

Os instrumentos e as intervenções utilizadas não deverão ofertar qualquer espécie de risco aos sujeitos ao participar da pesquisa. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a orientadora deste projeto Prof.^a. Dr.^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi e não será divulgada a identificação de nenhum sujeito da pesquisa. Não haverá despesas, compensações ou benefícios diretos pela participação, que deve ser livre e voluntária. Você também terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Mesmo concordando em participar, você poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo. Este documento é emitido em duas vias originais que serão ambas assinadas por você e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá contatar o pesquisador no endereço Rua Silva Jardim, 136 – Vila Mathias, pelo telefone (13) 3878 3700, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, no endereço: Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14 – CEP: 04023-061 Tel: (11) 5571-1061 / (11) 5539-7162.

Eu, _____ RG: _____, Data de Nascimento _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem utilizados, seus desconfortos e que não há riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação do (a) meu filho (a) é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em autorizar a participação do meu filho (a) neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do pesquisador