

## O cuidado da família e atenção com ou usuário do CAPS Infanto-Juvenil de Cajazeiras-PB

### *The care and attention to family or user CAPS Children and Youth of Cajazeiras -PB*

*Anne Izabelly Oliveira de Sousa\*; Renata Lígia Rufino de Souza, Rubenia de Oliveira Costa \* Isidro Patrício de Almeida Neto\**

**RESUMO:** O presente trabalho, trata de uma apresentação e discussão das ações implementadas a partir do desenvolvimento do projeto de intervenção intitulado “A arte de cuidar e amar”, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Cajazeiras, nos meses de Agosto a Outubro do ano de 2013 com as famílias dos usuários do CAPSi, que não possuem um vínculo assíduo com a equipe multiprofissional da instituição. Tem por pressuposto que as famílias interajam mais com as ações do CAPSi e procurem concretizar os vínculos, afim de articular melhor as ações futuras que serão desenvolvidas, e que objetivou inserir as famílias dos usuários do CAPSi da cidade de Cajazeiras-PB no tratamento e possibilitar o envolvimento dos pais no engajamento das propostas ofertadas pela Instituição para as crianças usuárias do serviço. Trabalhar os pais para que compreendam o tratamento recebido pelos filhos na instituição, buscando promover uma inserção da família junto a instituição, a fim de proporcionar aos mesmos uma melhor eficácia no tratamento, na perspectiva de propor ações psicossociais para que sejam desenvolvidas na instituição para com as família, e desse modo trabalhar os desafios encontrados pelas famílias ao longo do tratamento. O objeto é decorrente de observações assistemáticas realizadas ao longo dos Estágios Supervisionados I, II e III, no período de Agosto 2012 a Novembro de 2013. Uma vez que essas observações evidenciaram deficiências existentes dentre as famílias dos usuários. Conclui-se que esse trabalho é de bastante relevância para o embasamento das ações do CAPSi, uma vez que propiciou uma maior interação entre os responsáveis pelas crianças em tratamento no CAPS i e a instituição. Atendendo, portanto as metas estabelecidas, que visavam trabalhar a partir de temas correlatos a ampliação e compreensão destes acerca do transtorno mental para assim romper com estigmas e preconceitos que envolvem essa temática.

**Palavras-Chaves:** Família, CAPSi, Saúde Mental.

**ABSTRACT** - The present study deals with a presentation and discussion of actions implemented from the development of the intervention project titled "the art of caring and love," developed in the center of psychosocial care for children and adolescents of Brazil, in the months of August to October of the year of 2013 with the families of the Center (CAPSi), users that do not have a regular link with the multidisciplinary team of the institution. Has the assumption that families to interact more with the actions of the Center (CAPSi) and seek to achieve the links in order to articulate better the future actions that will be developed, and which aimed to Insert families Center (CAPSi) users of city of Cajazeiras-PB in the treatment and enable the involvement of parents in the engagement of the proposals offered by the institution for children that use of the service. Working parents to understand the treatment received by children in the institution, seeking to promote an insert of the family along the institution, in order to provide them a better effectiveness in treatment, in order to propose actions to be developed in psychosocial institution with the family, and thereby work the challenges encountered by families throughout the treatment. The object is due to policy carried out observations over the Supervised Stages I, II and III, during the period from August to November 2012 2013. Once these observations showed shortcomings among the families of the users. It is concluded that this work is very relevant to the basement of the actions of the Center (CAPSi), once provided a greater interaction between the persons responsible for children being treated in CAPS i and the institution. Given, therefore the goals established, aimed at working from related issues extending and understanding of these about mental disorder to break stigmas and prejudices surrounding this theme.

**Key words:** Family, Center (CAPSi), Mental Health.

\*Autor para correspondência

Recebido para publicação em 02/12/2014; aprovado em 25/12/2014

\*Faculdade de filosofia, ciências e letras de cajazeiras – FAFIC, Curso de bacharelado em serviço social, E-mail: jessicayasmine\_nobrega@hotmail.com

\*Graduanda em Administração pela UFPB, E-mail: rubeniaadm@gmail.com

\*Graduando em Agronomia pela UFCG.

## INTRODUÇÃO

### A História da Saúde No Brasil

O capítulo tem como objetivo contextualizar a história da saúde no Brasil e trazendo consigo um contexto dos principais acontecimentos, dentre eles a loucura o processo de Reforma Psiquiátrica, e dessa forma observando as mudanças ocorridas ao longo do tempo na saúde Brasileira.

### Aspectos históricos da Saúde no Brasil e seu contexto

A Saúde na década de 1920, inicialmente era pautada apenas na filantropia e caridade. A questão social começou então, a observar e discutir a necessidade de uma rever o real papel do Estado. As condições de precariedade na saúde brasileira tiveram repercussão internacional, sendo denunciadas na imprensa, onde nota-se um alto déficit dos serviços públicos e a distorção das informações reais sobre a situação da saúde no país. Então se pode observar que não havia direito à saúde nessa época. Com o surgimento do Sanitarismo Campanhista, que seguia o modelo militar e atendia em caráter coletivo, seu foco principal era sanear as doenças que eram consideradas como pragas, a exemplo da cólera, varíola, etc., esse modelo continua como principal modelo de política de saúde.

Desse modo Mendes (1995) define o sanitário campanhista, como, o movimento que tinha como origem um modelo autoritarista, logo dava-se uma autoridade aos agentes de saúde da época, afim de intervir na fiscalização dos postos, com o intuito de prevenir doenças, epidemias. E assim implantar os programas de vacinação obrigatória, que eram desenvolvidas em torno desse modelo autoritarista, e em virtude disso gerou um confronto entre polícia e a população, pois, muitos se negavam a tomar a vacina. Nesse contexto que esse modelo foi predominante para as políticas de saúde até os meados da década de 1960.

Com o processo de industrialização em meados da década de 1930 a saúde ficou comprometida, pois muitas doenças começaram a se destacar, nesse contexto foi criada a Lei Elóy Chaves, essa mesma Lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano, ou seja, a saúde era restrita ao trabalhador. No entanto para que fosse aprovado no Congresso Nacional, e que fosse homologada por sua maioria na qual pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que este benefício não seria oferecido aos trabalhadores rurais.

Porém, na decorrente década de 1930 foi criado Congresso Nacional a Lei Elóy Chaves, um marco inicial da previdência social no Brasil, que pressupunha de reivindicações das classes operárias por uma garantia de seus direitos tais como, férias, organização de horários de trabalho, pensão e aposentadoria. No quesito referindo-se à saúde, o Estado implantou um regime que, conseqüentemente iria resultar na criação de uma previdência, assistência social nacional, iniciando um sistema baseado nas experiências e nos resultados de serviços decorrentes em outros países capitalistas,

originando assim as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs).

Já a década de 1940 foi marcada pela Segunda Guerra Mundial, onde a saúde era bem mais comprometida, o aumento no índice de agravos a saúde, a descoberta de inúmeras doenças, epidemias e endemias. Com tudo isso se deu muita ênfase a campanhas sanitárias, coordenaram-se serviços estaduais de saúde nos estados de baixo poder político e econômico.

Foi consolidado na década de 1950, e desse modo criado um serviço de saúde pós 2ª Guerra Mundial em parceria com órgãos americanos. A base central de atendimento hospitalar de nível privado, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e era direcionada a formação das empresas médicas. A equipe médica ligada aos interesses capitalistas do setor era naquele momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada.

Durante o ano de 1953, o Ministério da Saúde esteve voltado para ações de prevenção e pesquisa. Tais atividades de medicina curativa de nível individual, inclusive assistência médica e hospitalar, afixaram-se na área do Ministério do Trabalho e Previdência Social, a disposição das vagas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões os IAP's. Seguindo, com a unificação dos institutos, onde foram passados para a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, a cargo do INAMPS.

A pioneira no cargo de Medicina de Grupo, a Policlínica Central, surge em São Paulo, na década de 1960, no ano de 1964, dando ênfase e lugar a primeira tentativa de se dividir a incumbência do Estado com a saúde, mediante a celebração das primeiras parcerias com empresas, realizado pelo antigo IAPI. Por tais convênios, as empresas que contratavam assistência médica privada, podiam deduzir, da cota devida ao INPS, 2% da folha de pagamento.

Este modelo pós-64, sobejamente analisado no que se refere às questões da assistência médica previdenciária, foi exposto a um conjunto severo de críticas que permitiram repensar de todo o sistema. O movimento sanitário, constituindo um campo de saber, criando espaços para uma política alternativa e um trabalho de difusão ideológica, teve um importante papel neste sentido. A criação dos departamentos de medicina preventiva e do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde foi o principal agente de difusão desta nova consciência. Pretendia-se uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população.

Na década de 1970 precisamente em 1974, se reorganiza a estrutura institucional do Ministério da Previdência e Assistência Social fazendo com que não fossem alterados os modelos privativos e que citassem o complexo médico-industrial. Mas, ao contrario na busca incessante pelo baixo custo, através do projeto da Pronta Ação, foi ampliando-se a base financeira que se destacava disponível. Entende-se então que a instituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, efetivamente abre-se um novo campo de atuação a partir da assistência médica individual e de medidas de alcance coletivas ligeiramente

voltadas as classes dos menos favorecidos. Em favor das mudanças que nessa década que houve a reforma psiquiátrica que houve avanços, tensões e desafios, e no final dessa década que a política de saúde mental teve seus progressos alinhados com os princípios da Reforma.

Porém a partir de 1977, ano em que se estende o atendimento de urgência a qualquer indivíduo previdenciário ou não, conhecidos como os "estouros" orçamentários no sistema previdenciário, onde os mesmos passaram a ocorrer com maior frequência, acentuando assim a urgência de se solicitar uma maior atenção ao sistema de saúde. Diante disso cabe aos planos de governo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) vinham na busca incessante de imprimir uma maior atenção para com o sistema de saúde. Na busca pela descentralização do sistema de assistência médica através da criação de uma única "porta de entrada", fazendo com que houvesse uma maior interação, numa rede básica de serviços públicos de saúde, a capacidade instalada já existente no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em estados e municípios, incluindo rede privada onde existiam apenas redes estatais.

No ano de 1978 que se travou uma luta efetiva pela garantia dos direitos dos pacientes acometidos de doença mental, e nesse entrave que se buscou lutar contra os maus tratos que eram realizados em manicômios, a fim de sanar o modelo de tratamento a que eram submetidos e essa assistência fornecida às pessoas com transtornos mentais.

A década de 1980 foi marcada por muitos movimentos sociais, conferências em prol de uma saúde pública de qualidade, e ao mesmo tempo em que vivia um processo de democratização, já superado pelo regime ditatorial, viveu uma crise econômica que perdura até hoje. A saúde dessa década deixa de ser vista como interesse apenas técnico, e passa a ser de interesse da sociedade civil, totalmente vinculada a democracia. Nesse âmbito entram alguns personagens que estão em cena para defender, e igualizar a melhoria da situação da saúde, e fortalecer o setor publicam.

Um fato de muita importância na década deu-se em março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como temas e discursões centrais; I A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento Setorial. Essas discursões, contou não só com um corpo técnico, mas com o apoio da sociedade em geral, promovendo um debate acerca, não só do Sistema Único, mas também a Reforma Sanitária. O movimento sanitário brasileiro cresceu e ganhou representatividade através dos profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, na luta pela reestruturação do nosso sistema de saúde. A Nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, vinha para garantir o direito à saúde para todo cidadão, fazendo com que fosse um dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário de saúde.

Em meados da década de 1980, o Brasil desencadeou marcos seguidos por movimentos sociais na busca de redemocratização do país e por uma melhoria das condições da saúde da população. No ano de 1985 com a

criação da Nova República, que teve sua eleição de forma direta, mesmo de uma forma paralela ao movimento sanitário brasileiro obteve crescimento e ganho respectivamente representado por intermédio dos profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças comunitárias, na perspectiva de obtenção na reestruturação do sistema de saúde. O que marcou esse movimento deu-se no ano de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, que visava contrapor algumas das propostas que ora foi imposta que dessa forma defendida na Assembleia Nacional Constituinte no ano de 1987.

Mota (2009, p.220) acrescenta que:

*A Assembleia Constituinte, com relação à saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional na Constituinte [...]*

Desse modo, a nova Constituição Federal de 1988, tinha por objetivo encorpar em sua grande maioria, partes dos ideais que garantiram o primordialmente o direito à saúde, onde se sabe que é garantido a todo cidadão, fazendo que seja num dever do Estado, sendo assim criado um sistema de acesso livre e de forma igualitária, que tenham seus interesses voltados para a promoção e social de forma igualitária.

Após várias acordos políticos e pressões expostas pela sociedade, é exposto um texto constitucional que tinha como meta atender as reivindicações do movimento sanitário, que prejudicava os interesses dos empresários, porém não alterava não alterava a situação da indústria brasileira, de acordo com isso, visa que os principais aspectos colocados na Constituição Federal (CF) de 1988, foi o direito universal a saúde, e dever do estado, acabando assim com discriminações existentes entre contribuinte ou não; Os serviços de saúde passaram a ser de responsabilidade pública, cabendo assim ao poder público, fiscalizar e controlar o mesmo; Proibição de comercialização de Sangue e derivados; A participação do setor privado no sistema de saúde, preferencialmente as entidades filantrópicas, mas fazendo com que não fossem visados fins lucrativos, e garantindo ao Estado pleno poder de intervir em tais entidades, baseando-se em que as mesmas não possuíssem ao domínio e controle sobre as mesmas.

Destarte, Mota (2009, p.225) afirma:

*O princípio da integralidade, garantido constitucionalmente e na legislação complementar, permite identificar outros componentes relativos a um novo enfoque para o direito à Saúde. A integralidade tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde [...]*

No ano de 1989, um grande fato também se inicia o surgimento do CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, onde ocorreu a I Conferência de Saúde Mental e tinha como lema, “Por uma sociedade sem Manicômios”, e assim realizando interdições em hospitais psiquiátricos, aonde muitos chegaram à morte. Mas, muitos avanços eram notados, nesse mesmo ano foi instituído na cidade de Santos, o Núcleo de Atenção Psicossocial, que funcionavam 24 horas, e assim esse marco torna-se fundamental para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, saindo do papel e tornando-se prática. E nesse segmento, que no decorrente ano foi instituído um projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que se regulamentassem os direitos de pessoas acometidas por transtornos mentais, e a extinção dos manicômios do país, e aí iniciava-se o progresso nas lutas da Reforma Psiquiátrica.

Porém, não foi fácil a aceitação de uma lei que favorecesse pessoas acometidas de algum tipo de transtorno mental, pois os donos dos Hospitais milionários visavam à referida lei, como um risco fatal para seus negócios, e começaram a vincular notícias para os familiares que caso a lei fosse aprovada de fato, seus parentes seriam devolvidos a realidade social imediatamente, fazendo com que tornassem ameaças para a sociedade. Porém, tomaram-se rumos diferentes, as pessoas entenderam as necessidades de se acabar com os manicômios e juntaram-se a causa, logo, diversos estados começaram a aprovar leis com os mesmos fins, e desse modo tornou-se uma prática política e social, mesmo antes de tornar-se uma lei de fato, e junto à mesma veio à reforma psiquiátrica.

A Lei Paulo Delgado tinha por base falar do que seria a proteção e os direitos de pessoas acometidas de transtornos mentais. E quanto a se falar sobre a reinserção social do portador de doença mental ao meio social, que, além disso, visa proibir a construção de mais hospitais psiquiátricos, impedindo a contratação de profissionais e o aumento de leitos para serviço desse tipo. Desse modo, só poderia ser cogitado uma internação, quando fosse detectado que o nível era superior ao campo hospitalar.

Logo após todo o movimento de retirada e o modo de tentativa de sanar esse modelo de internação, surgem os denominados de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Hospitais que funcionariam durante o dia. Nesse contexto esses serviços que por ora são caracterizados de forma intermediária e dividido como estruturas intermediárias e que não haveria internamento integral e a vida social estaria sendo resgatada. O objetivo dos CAPS é de certo modo prestar assistência ao usuário em crise, com base em um modo ordenado, dessa forma, ou seja, logo une a sua assimilação, junto às intervenções que na busca de inserção dos usuários, na realidade social e familiar.

Mesmo a Lei Paulo Delgado não sendo aceita, mas trouxe consigo um aperfeiçoamento no modelo assistencial psiquiátrico no país, fazendo com que não seja notada apenas doença, mas sendo aproveitada outra forma de ver o usuário do serviço assistencial psiquiátrico, hoje são mais de quatro mil unidades de saúde mental, contando com equipes multidisciplinares, e envolvendo o lado assistencial na perspectiva de melhoria, não só visando a saúde como campo de tratamento.

Destarte, Machado (2005. p. 11).

*O Movimento de Reforma Psiquiátrica teve início, no Brasil, no final dos anos 70, e adquiriu maior visibilidade em 1987, a partir da realização da 1ª Conferência Nacional Saúde Mental e do 2º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP) [...].*

### Sistema Único de Saúde – SUS

Com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), deu-se uma melhor importância no que se refere ao perfil de epidemiologia do país, houve redução nos índices de mortalidade infantil, que ora seria um dos maiores indicadores de desenvolvimento social, e nesse meio, uma redução significativa nos diagnósticos bucais, que atingiam crianças com a faixa etária até 12 anos. Porém, mesmo com o avanço da prevenção de doenças bucais, a exemplo da cárie entre crianças, o que ainda gerava cuidados, seria a situação da saúde bucal dos adolescentes, adultos e idosos no Brasil, que podia ser considerada a pior.

Conforme, acrescenta Mota (2009, p.218):

*O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS- tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a consolidação, tanto como a política pública calcada a universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS.*

É nesse segmento que se pretende entender o modo que se dá a inserção da sociedade junto ao programa de SUS na busca de evidenciar o modelo de atenção à Saúde, pois de um lado está a implantação da proposta constitucional que fora aprovado pela legislação, do outro a sociedade que é usuária do serviço e busca reivindicar por inovações no modelo proposto pela legislação do SUS. Segundo MOTA (2009, p.223) “ O discurso do reconhecimento da saúde da saúde como um direito social e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acríptico e normativo.”

Em 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS houve uma mudança significativa no perfil de saúde do Brasil, fazendo com que fosse reduzida a mortalidade infantil, mas não era o suficiente, em 1991 foi lançado o Programa de Agentes Comunitários, que utilizava a família como base de ações e assim esse acompanhamento com as famílias fazia com que fossem a cada dia reduzindo as mortalidades infantis, mas dando continuidade ao processo de reforma sanitária quem em 1994 foi criado o programa de Saúde da Família, que visava ampliar a política de inclusão social, e assim introduzir as famílias as necessidades do SUS. Promover a saúde viabiliza uma melhor qualidade de vida, fazendo o que os riscos de que fossem acometidos vários tipos de doenças. O programa de saúde da família podia contar

com uma equipe de Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e um Agente comunitário de Saúde.

Destarte, Sodré (2010, P.459)

*O nascimento do SUS é verdadeiramente um produto das lutas sociais, nas quais os Assistentes Sociais tiveram importante contribuição e trouxeram para si a afirmação de um referencial teórico ate então homogêneo pautado nas reflexões de uma teoria social critica [...]*

Desse modo, procurou-se verificar as diversas formas que se evidenciavam as políticas públicas, e assim tentar inserir o Assistente Social no campo da saúde, tendo como base a grande importância que o Serviço Social deu para a gênese do SUS. Marcando seu território e iniciando trabalhos junto a comunidade através de praticas educativa voltadas a higiene, controle na taxa de natalidade, doenças infantis e de saneamento básico, e nesse contexto formando-se as primeiras políticas urbanas de saúde.

E assim afirma Sodré (2010, p.460) “Nesse período por meio de políticas urbanas, as abordagens individuais sobre a saúde foram desenvolvidas de forma ampla”. Dessa forma o Serviço Social de caso precisaria de uma intervenção de um Assistente Social para que assim fosse evidenciada a reprodução social nas políticas publicas.

Nessa mesma década que acontece a II Conferencia Nacional de Saúde Mental, onde passam a vigorar as normas federais que condizem com a implantação dos serviços realizados cotidianamente pelos CAPS, NAPS e as primeiras normas para que fosse instituída uma fiscalização nos Hospitais Psiquiátricos. Mas, só ao final de desse período que foram concretizados 208 CAPS, mas os recursos do Ministério da Saúde não eram repassados com ênfase a Saúde Mental com destino aos Hospitais Psiquiátricos.

### **A saúde nos anos 2000**

Nos anos 2000 a saúde no Brasil segue com a implantação da Saúde Bucal nas Unidades de Saúde da Família, que visava ampliar as demandas desse serviço, fazendo com que as praticas de saúde bucal fosse objetivo central das diretrizes da saúde da família. No decorrer do ano, que o SUS é apontado pela OMS como um modelo de saúde a ser seguido por outros países, mesmo tendo consciência das suas falhas que até hoje ainda tendem a ser mostradas.

Já no ano de 2001 após anos de tramitação no Congresso Nacional a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país fazendo com que houvesse mudanças significativas, e desse modo havia um reposicionamento no tratamento e posicionamento de serviços de classe comunitária que disponibilizava direitos as pessoas com transtornos mentais, fazendo com que fossem extintos os manicômios.

Só a parti do ano de 2002 que o Ministério da Saúde vem financiar a Saúde Mental, e com isso o CAPS torna-se de fato uma clinica e tomando postura, autonomia e tornando-se protagonistas na trajetória de tratamentos de saúde mental. Entende-se que o CAPS tem papel de

substituir os hospitais psiquiátricos, é cabível ao CAPS acolher os pacientes acometidos de algum tipo de transtorno mental, fazendo com que sejam a ele assegurados e resguardados todos os seus direitos, e assim tornando-os inseridos na sociedade como um todo, atendendo de forma igualitária aqueles que sofrem de transtornos persistentes ou não, realizando acompanhamentos diários, oferecendo lazer, oficinas praticas, e proporcionando um fortalecimento nos laços afetivos com amigos e familiares.

Bisneto (2007. p. 192) acrescenta que:

*[...] a reabilitação social através do lazer ou da efetividade não é equivalente á conduzida por uma atividade de produção (cooperativas de trabalho) nem a reabilitação através de moradia ou da família (da esfera da reprodução social).*

Com a eleição de Luiz Inácio Lula Silva para a presidência no ano de 2003, fez com que fosse notado um grande marco para a história política do país, e assim elegendo um presidente que ora havia pertencido a classe trabalhadora operária. Mas apesar de todas as dificuldades das quais se deparavam, criaram-se expectativas para um novo modelo de política e sua participação, no referido governo foram apresentados dados ligados a área de saúde mental, álcool e outras drogas. Com a implantação do CAPS que ofereceria ambientes para tratamento dos usuários do serviço. Tais ações que seriam evidenciadas pelo ministro José Gomes Temporão, e desse modo oficialmente criados 1.338 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Nesse contexto pode caracterizar esse período em três ações, contando com o governo Federal, Estadual, e Municipal. Fundos unem-se para uma melhor efetivação na construção do modelo de assistência que está focado em hospitais que passaram a ser voltados para o modelo de atenção comunitária. Nessa fase da atualidade, deparamo-nos com um modelo que venha substituir a intervenção hospitalar, reduzindo o número de leitos psiquiátricos existentes, é nessa perspectiva que a Reforma Psiquiátrica é consolidada como a Política Oficial do Governo Federal. E até o ano de 2004 os Centros de Atenção Psicossocial, tinham os recursos e gastos representados em 64% dos recursos do Ministério da Saúde voltados para a Saúde Mental.

E os CAPS vieram para transformar a forma de visão que se tinha acerca do que seja a Loucura. E falar de loucura e entender o modo como ela ocorre, tem sofrido grandes mudanças, pois saímos de um paradigma hospitalar e passamos a tratar dos paradigmas morais que vem se referindo a forma de tratamentos, e a exclusão social na qual os doentes de saúde mental são acometidos. O modo de tratamento hospitalar que os usuários eram submetidos causa um sofrimento, juntamente as condições sub-humanas as quais se desencadeavam as pessoas no século XX. Mas, após a institucionalização e regulamentação dessa rede CAPS, veio o principal modo de reabilitação psicossocial e a promoção da autonomia no que se retrata da cidadania.

Conforme, Amarante (1996, p. 156)

*Nas sociedades pré-modernas a loucura era tratada de formas variáveis, conforme a cultura local; ora como atributo de não humanos, ora como posse (do sujeito) pelos deuses ou demônios, ou transcendência à natureza humana.*

Para uma sociedade cheia de limitações o louco era uma questão de um ser privado pela família, de viver em constante privação do que venha a ser um mundo real, tornando-se um membro particular do seu próprio mundo. E com a criação dos Hospitais, que até então eram chamados de casas de tratamento e repouso, as pessoas então chamadas de loucas tinham sua natureza humana ceifada. Desse modo, a loucura era algo ignorado pela sociedade, cabia à família cuidar de excluir e não deixar que houvesse uma reinserção junto ao meio social.

Na atualidade esse cenário toma novos rumos, pois não se vê mais como uma criatura louca, o portador de doença mental, o métodos de tratamento, são outros. A psiquiatria caminha junto ao Serviço Social, que com a família produz um convívio mais digno e traz a realidade para aqueles que antes eram excluídos do meio em que viviam. Mas, ainda indagasse acerca da expectativa imposta pelo serviço social a saúde mental, pois, a muito tempo que vive-se nessa trajetória a fim de mudar o cenário da forma de participação da família no contexto de reinserção e melhoria na qualidade de vida.

O CAPS é fundamental na vida das pessoas que possuem algum tipo de transtorno, firmando parcerias e tendo um progresso bastante produtivo, no que diz respeito ao acompanhamento diário fez com que a implantação desse serviço, servisse fundamentalmente na mudança do quadro da saúde mental no país no que se caracterizava a saúde mental brasileira, mesmo sabendo que não há uma distribuição extensa e igualitária de CAPS no Brasil, mas é nessa perspectiva que se distribui o CAPS em rede por parte de demandas de acordo com a população, e assim faz com que o CAPS seja dividido por nível. Existe o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Onde o CAPS I é para pequeno porte, o CAPS II para municípios de médio porte, o CAPS III que é oferecido como o maior serviço de CAPS. O CAPSi é oferecido o tratamento a Crianças e Adolescentes acometidas por transtornos mentais e o CAPSad que é oferecido aquelas pessoas que fazem uso prejudicial de Álcool e Drogas.

### **CAPS infanto-juvenil e sua importância**

A partir de 2001 que o Ministério da Saúde passa a construir as diretrizes da assistência de base comunitária de acordo com a Reforma Psiquiátrica, com a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescente que se visava uma ampliação e maior visão do que seria o campo de saúde mental para crianças e adolescentes e assim queria-se consolidar uma política específica para tal. Desse modo que se busca o Estatuto da Criança e do Adolescente como base para assegurar os direitos das crianças e dos adolescentes que por ora é sabido da grande importância que o ECA tem para a configuração dos direitos pertencentes a crianças e adolescentes, que por muito tempo ficaram desamparadas no âmbito da saúde mental.

Com a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes foi fundamental para possibilitar uma melhor participação da sociedade junto à construção do campo de saúde mental de Crianças e Adolescentes e uma ampla e sólida política de saúde destinada a crianças e adolescentes. O fórum tem como perspectiva, aderir a proposta do *Estatuto da Criança do Adolescente* (ECA) que é um documento legal e ora foi aprovado com o objetivo de garantir os direitos das crianças e adolescentes. O ECA é considerado uma conquista importante na luta dos direitos humanos.

Em 2005 o Fórum Nacional faz vigorar as bases de instrumentalização da gestão, e dessa forma fundir as dificuldades que ficaram muito tempo ignorado no setor da Saúde Mental. E se torna assim função do Fórum Nacional articular uma maior efetivação a atenção de crianças e adolescentes.

No mesmo ano que se torna função e articulação no processo de expansão da saúde mental, é daí que o CAPSi se revela fundamentalmente para as mudanças de um novo plano de assistência a Saúde Mental de crianças e adolescentes, que tem por lógica se organizar em uma rede que por sua vez está fundada para reconhecer aquele que necessitar dos serviços do CAPSi, seja ele crianças, adolescentes, ou o membro que seja acompanhante e legalmente portador ou responsável principal. Que visa cuidar e ser responsável pelas atividades produzidas e propostas pela instituição, garantindo assim um cuidado e uma atenção com aqueles que ali procuram melhorias, é na perspectiva que a equipe torna-se responsável pelo tratamento e acompanhamento dentro do ambiente assim favorecido, e fazendo com que sejam abertos diálogos, afim de uma melhor qualidade e melhoria do tratamento ofertado.

O CAPSi foi fundado na cidade de Cajazeiras no dia 16 de Fevereiro de 2009 e nessa época era coordenado por Maria Lima Bertoldo e contava com uma equipe multiprofissional de Médico Psiquiatra, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogo, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, Monitores, Auxiliares de Serviços Gerais, Agentes Administrativos, e Motorista. A instituição possui verbas federais e municipais, sabe-se que o repasse de verba Federal é de 32.000,00 mil reais e o Município contribui com os gastos relacionados à infraestrutura, dados estes fornecidos pela coordenação da instituição. Conta com o funcionamento de segunda a sexta, das 07h00min as 17h00min e nas terças-feiras disponibiliza de atendimento psiquiátrico. E não possuem internamentos, seus usuários retornam ao convívio social e familiar ao final de cada dia.

Até os dias atuais o CAPSi vem sofrendo transformações diárias, pois visa uma condizer com a reforma psiquiátrica e assim poder oferecer a cada um dos seus usuários a melhoria e o fortalecimento da suas proposta, hoje se é ofertado um acompanhamento social mais detalhado, realizando mensalmente uma anamnese social, que tem como intuito buscar entender como as famílias estão sendo estruturadas e as formas de sobrevivência de cada uma, fazendo com que o vínculo entre o setor social e as famílias não se dissipem facilmente, firmando um compromisso e parceria por uma melhor qualidade do tratamento.

Mesmo diante de tantas opções em atividades terapêuticas, foi proposta a realização de um “grupo de mães” que tem por atividade principal, envolve-las nas atividades que são propostas pela instituição, fazendo um acolhimento semanalmente na perspectiva de absorver informações do cotidiano de cada uma delas, e desse modo transmitir para as mesmas informações básicas sobre o tratamento, patologias, e logo visando melhores avanços.

Essa noção de acolhimento grupal faz com que as informações sejam expandidas, e de acordo com a Política Nacional de Humanização, que busca qualificar a política pública no Brasil e assim efetivar os princípios instituídos pelo Sistema Único de Saúde.

No nosso cotidiano se dá muita ênfase ao tratamento das crianças, pois seria mais comum pensar que os adultos adoecem com mais frequência que as crianças, porém nesse momento é oportuno falar que ansiedade, traumas e inseguranças elevam e geram um quadro preocupante em torno das famílias. E quando o diagnóstico é precocemente formado e centrado na criança, chega a serem ainda maiores as dificuldades no percurso do tratamento. Desse modo a atenção o cuidado e atenção tendem a serem voltadas para a criança e os profissionais que se encarregam de atuar na área da saúde mental.

Toda criança que é submetida a conviver com diagnóstico de doença que lhe impeçam de conviver em seu ambiente natural, terá um desconforto, alterações de humor que são significativas para a família e amigos, fazendo com que haja uma quebra nos laços afetivos. Mas, nessa fase da vida da criança onde tudo parece ser novo, algumas podem não aderir ao padrão de tratamento, que pode ser à base de medicação, visitas regularmente ao psiquiatra, psicólogo ou terapeuta.

Partindo dessa ideia que a família desempenha um papel de suma importância, desde o diagnóstico até a fase de tratamento. Aquele que venha a ser o cuidador contribui de forma também de extrema importância, pois ele é a base, o elo que une usuário e instituição, ele é o intermediário de informações. E assim faz com que seja melhor compreendido o cotidiano das ações da criança, buscando orientar, e apoiar junto a equipe na adesão da forma de cuidado, visando assim uma melhor qualidade no tratamento.

### **Família: Uma Análise e Conceito**

Nesse capítulo iremos discutir e compreender as características de família, e de que forma a mesma se impõe junto à sociedade. Sua formação, composição, e as mudanças que ocorrem cotidianamente na estrutura brasileira. Apontando a importância da família no contexto do tratamento e melhoria do quadro da saúde mental.

### **A formação da família brasileira e seus conceitos**

Para iniciar um estudo acerca do papel da família se faz necessário entender as formas pelas quais a mesma é composta, desde meados do século XVI que a família era vista de forma insolúvel, com tradições e modelos

européus, pois a mesma tinha que seguir padrões. Seguindo influências políticas, religiosas e patriarcais. Porém com o passar dos anos alguns modelos foram modificados, foi se ganhando cada vez mais espaço na sociedade e mudanças significativas ocorreram.

De acordo com Goldani (1994, p.90):

*O modelo de família conjugal moderna também sofreu alterações, acompanhando o processo histórico do país. A classe média parece ter sido o segmento de classe que mais experimentou o impacto da crise desse modelo, pois adotou um modelo psicológico, individualista e assimilou os impulsos mudancistas provocados pela intensificação do processo de urbanização [...]*

Logo após estudos historiográficos pôde-se entender que as famílias tinham um modelo clássico a partir dos colonizadores, que agregavam a suas famílias além da esposa, filhos, escravos e alguns parentes, e desse modo confirmava-se a concepção que a base do casamento era o vínculo econômico e político. Essas famílias geralmente extensas expressavam influências políticas dividindo forças entre o Estado e a Igreja, fazendo com que o homem fosse considerado o poder da família, e concentrando todo poder associado às funções que submetia a família. Desse modo tornando a mulher sujeita aos caprichos do marido, e assim as diferenças de gênero tornavam-se mais evidentes.

Conforme Rosa (2008, p. 176):

*[...] a família patriarcal era minoritária, sofreu variações nas várias regiões do país e coexistiu com outras organizações familiares, de outros segmentos sociais. Evidentemente o modelo dominante influenciou e foi incorporado, até como estratégia de resistências [...]*

Contudo, a família patriarcal era considerada um modelo insolúvel, e segundo ROSA (2008) as famílias negras que optavam por oficializar o casamento como uma opção de reconhecimento na sociedade como cidadão, partindo dessa ideia permitia-se manter uma relação entre o Senhor e o escravo, mas para que não fosse gerado nenhum desentendimento entre as partes e igreja, foi instituído que o casamento religioso ocorresse com pessoas do mesmo nível social e nesse sentido fazendo com que houvesse uma união familiar mais sólida.

Com o passar dos anos, e com a urbanização, a independência financeira das pessoas que nela consistem, a família patriarcal sofre transformações em meados do século XIX. Passando a ser vista por formação de laços afetivos, sua formação era composta por amor, valorizando essa forma de estratégia, onde são impostos valores morais intelectuais. Logo, a família passa a ter mais influências da sociedade, pois é vista por muitos como uma união centrada em valores afetivos.

De acordo, Rosa (2008, p.179):

*[...] ao ser deslocado de sua antiga função e ter seu poder reduzido, é compensado pelo higienismo com o machismo, que mantém a mulher como uma propriedade do homem, numa posição secundária.*

*Nesse sentido, o higienismo reelabora as diferenças naturais e biológicas, remetendo-se para o plano moral e social [...].*

De acordo com isso, analisa-se que o processo de urbanização e modernização da sociedade, faz com que houvesse mudanças significativas no quesito família, e principalmente no papel desempenhado pela mulher, as lutas de classe, e forma legal em que os grupos feministas impuseram na sociedade, fez com que a mulher ganhasse mais espaço na sociedade, quebrando tabus e formando uma nova opinião sobre o conceito de família.

Nesse mesmo segmento que a relação entre o homem e a mulher sofre alterações desde o ambiente familiar até o mercado de trabalho, pois, mesmo o homem conquistando o maior reconhecimento na sociedade, e, sobretudo sofrendo desgastes e mudanças afins de uma sociedade mais ampla.

Segundo Samara (1987 apud ROSA, 2008, p. 176):

*[...] a mulher desempenhou um papel dinâmico em todas as classes sociais na era colonial, podendo ser um pouco mais submissa nos estratos superiores, com a presença masculina no espaço doméstico, situação provavelmente esporádica pelas próprias exigências do empreendimento colonial [...].*

Contudo, o modelo adotado pela burguesia foi o que mais se alterou, de acordo com ROSAS (2008) as tradições e os costumes europeus, segmentado pelo mundanismo fez com que não houvesse um olhar centrado no modelo doméstico, voltava-se para as festas promovidas pela burguesia, e assim a mulher patriarcal ganharia mais evidência.

Com a Constituição Federal de 1988, ocorrem novas mudanças de se instituem outros tipos de família, que ora será diferenciada do modelo conjugal que segue a linha de estabelecer direitos e deveres entre a união de homens e mulheres.

A família não é vista como uma simples instituição social, pois são formadas de uma forma natural, nem sempre com ligações biológicas, e de acordo com a concepção da *Organização das Nações Unidas* em 1994 “[...] não pode ser equacionado como limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, devendo ser considerado como qualquer grupo cujas ligações se alicerçam na confiança [...]” desse modo entende-se que as composições e expressões são diversas, é um sistema que está interligado ao meio social como um todo.

Nesse contexto entende-se que hoje o conceito de família não se dá por uma parte natural e universal, pois, a família constitui-se socialmente. Então, venha a ocorrer várias alterações em um processo sócio histórico, porém antes tinha sua constituição homogênea, sólida e de caráter protetor, sempre enfatizando a moral e os bons costumes que eram propostos pela sociedade. Nos dias atuais essa realidade é diferente, a concepção de família está com uma nova roupagem, e nesse contexto a família é composta por um conjunto ou até mesmo de forma unitária, e assim passa de um ambiente sólido, rígido.

Logo a forma de convivência perde valores, e algo é contraditório, onde é marcado por conflitos e desigualdade, dentro dessa perspectiva que se entende que as famílias hoje saem de um padrão que antes era proposto e passa a ser individuais, na busca de seus ideais.

Rosa (2008, p.185) acrescenta que:

*Apesar de figurar com instancia de conservação de praticas e valores nem sempre modernos, a família também se constitui cada vez mais como agentes de mudanças, movendo-se e impondo alterações na sociedade e alienando-se reciprocamente das mudanças societárias.*

Encontra-se nessa fase as famílias em situação de risco e vulnerabilidade que são propostos pelo Estado, diante dessa fragilidade que se vê a ruptura dos vínculos, e assim fazendo com que as famílias dissipem seus laços. A parti desse pressuposto que logo se procura entender como essas demandas são postas ao Serviço Social, onde é sabido a não aceitação de que alguns dos membros das famílias sejam acometidos de deficiência mental, e essa falta de informação decorrente da questão social na qual estão acometidas.

Segundo Goldani (1994, apud ROSA, 2208, p. 187) onde a autora diz:

*Os dados demográficos indicam a diminuição no tamanho médio das famílias de 4,8 para 3,9 pessoas. Bem como é o incremento na diversificação nos arranjos domésticos e familiares, com o aumento das unidades unipessoais e das famílias monoparentais.*

É nessa perspectiva que compreende o modelo de nova sociedade que ora se constitui de forma unipessoais, as mulheres que ganham a cada dia mais espaço no mercado de trabalho, conquistando um titulo das condições de garantia da sua força de trabalho e assim saindo do pressuposto que a família haja a ser constituída pelo grupo doméstico e passa a ter sua reprodução através da força de trabalho.

Mesmo sabendo que a família formada por um casal heterossexual ainda é o modelo que família existente no imaginário da sociedade brasileira e nas camadas mais pobres, que agregam ao seu grupo familiar outros parentes, a exemplo de sogro, sogra, tios e primos, e esse aglutinamento de pessoas, fazem com que aumentem a renda familiar tornando isso um modelo estratégico de sobrevivência, pois, isso ocorre com mais frequência nas denominadas de renda baixa, e com a efetivação de laço sanguíneo esses exemplos tornam-se cada vez mais frequentes.

Segundo Rosa (2008, p. 196) traz outro modelo de família atual:

*Outros tipos de arranjos domésticos, muito embora minoritários, se consolidam, sobre o efeito dos movimentos culturais e políticos, como o movimento feminista que contribuiu para a construção do casal igualitário e da organização dos homossexuais que lutam pelo direito a*



*coabitação de pessoas do mesmo sexo e pelo direito à adoção de filhos.*

Com isso se faz a necessidade de analisar o modelo de família a que se constitui na atualidade, mas independente do número de pessoas que componham uma família, não significa dizer que não se possa prestar assistência ao portador de transtorno mental, quando se fala em cuidado, não se trata de imposição de sexo ou até mesmo composição familiar. A exigência de se manter um modelo de cuidado, é padrão, não existe distinção, a família tem obrigação de prestar cuidados ao usuário portador de transtorno mental. É do conhecimento do Serviço Social, os impasses encontrados pela família para com o usuário e Pessoa com Transtorno Mental (PTM), a aceitação, e forma como a sociedade encara a doença e seu diagnóstico precoce.

Partindo dessa ideia, que é de relevância, e importante, uma vez que possibilitará aprofundar o conhecimento acerca das nuances que perpassa o engajamento dos familiares com o tratamento as crianças. Logo, esse entendimento poderá contribuir para formulações de novas estratégias, para que essa participação seja revertida em melhoria da saúde mental das crianças. Por fim, afirma-se que esse estudo não visa esgotar a problemática em questão, mas analisar sumariamente, objetivando sinalizar aprofundamento futuros.

Destarte, Rosa (2008, p. 236):

*[...] o que foi possível identificar é que embora alguns sentimentos e relações se mostrassem enrijecidos e cristalizados após muitos anos de provimento de cuidado, e, por isso, se apresentassem acompanhados do desejo de repassar para a instituição o exclusivismo do cuidado [...]*

### **A importância da família no âmbito da saúde mental**

É sabida da importância da família no acompanhamento do tratamento do usuário, a inserção da família em um contato direto, a troca de informações é essencial para evolução do tratamento. E caso não haja essa parceria torna-se inviável a continuidade do tratamento. O desafio da família de conviver com uma doença no ambiente familiar são inesperados e desesperador, visando à gravidade que pode ser apresentada na trajetória do usuário.

Em vista disso, a descoberta da doença estreita os caminhos e laços afetivos, pois na tentativa de evidenciar o modelo de cuidado que muitas famílias procuram ajuda numa perspectiva de melhora. Mas, quando o transtorno mental atinge crianças, tomam-se outros rumos, e tende a ser mais delicado, pois muitos abandonam o cenário escolar, deixam de efetivar as atividades rotineiras, ceifando a infância, e rompendo as necessidades básicas. Com base nisso, que é fundamental o apoio da família, pois, o resgate desses costumes e atividades, traz um significado bastante proveitoso, pois, o contato com outras pessoas, sendo elas portadoras de transtorno ou não, se torna uma ajuda para uma melhor qualidade de vida, uma

efetivação de fato na reinserção ao meio social. Desse modo, Rosa (2008, p.267) afirma que [...] uma relação mais íntima e referenciada quanto aos filhos, tendem também a receber maiores e melhores atenções, sobre tudo em termos afetivos. Ainda podem falar e censura de seus sentimentos.”

Cabe à família, compreender os cuidados e evidenciar as necessidades impostas pelo portador de transtorno mental, que muitas vezes tendem a ser interpretados, pois, a forma de mostrar necessidade de cuidados é através de sinais. Diante dos tipos de transtorno.

### **A Prática do Assistente Social: Fundamentação do Campo de Estágio**

O referido capítulo tratar acerca da prática do Assistente Social no campo de estágio, sendo esse o CAPS infanto-juvenil que visa entender o modo pelo qual se dá o lócus do estágio e as formas como se efetivam suas ações junto a família dos usuários e o seu papel na instituição. Na busca efetiva de compreender o modo em que as famílias dão continuidade ao tratamento.

### **O CAPS infanto-juvenil e sua estrutura**

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) da cidade de Cajazeiras, teve sua inauguração no dia 16 de fevereiro do ano de 2009, na gestão do Prefeito Leonid de Sousa Abreu ( Léo Abreu) junto a Secretaria de saúde. No primeiro momento estava situada a Rua: Teotônio Vilela, nº 30, no Bairro Jardim Oásis. Na busca de melhorar a estrutura física, a fim de proporcionar uma melhor acomodação aos usuários, que se mudou para a Rua: Tenente Arsênio, centro, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58900-000. Mas, diante das necessidades e demandas, que se procurou aprimorar os serviços e assim mudando sua localidade para a Rua: Tabelião Antônio Holanda, também no Centro de Cajazeiras. Nessa perspectiva de melhor comodidade aos seus usuários, que houve a necessidade de um local mais amplo e isso foi determinante na escolha do mesmo. Desse modo até os dias atuais encontra-se nessa localidade, propiciando aos usuários e equipe multiprofissional uma melhor efetivação na elaboração de atividades, reuniões, planejamentos e até mesmo o fácil acesso.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) é um serviço que atende diariamente as crianças e adolescentes entre os três anos aos dezessete anos e onze meses (17 anos e 11 meses). É nessa perspectiva que o serviço do CAPSi está revertido para atender crianças e jovens acometidos de algum tipo de impossibilidade psíquica e intelectual, ou seja, o perfil que ora é atendido pela instituição está expressa em alguma área, seja esta na linguagem verbal, oral, corporal, comportamental, ou que se manifeste em outro tipo de sintoma, e assim essas relações são considerados de “média complexidade” e que se faz necessário o uso diurno, não seria caso de internação.

Sabe-se, que a proposta da Reforma Psiquiátrica é reversão da violência asilar, uma vez que visa reinserir o doente mental na sociedade e na família. Essa propositura é reflexo do amplo movimento social de luta pelos direitos

das pessoas com transtornos mentais em nosso País, e através desses movimentos, surgem denúncias de maus tratos dentro dos manicômios, mercantilizarão da loucura e a hegemonia da rede privada. É nesse contexto histórico que surgem os CAPS no Brasil.

O trabalho na referida instituição envolve questões afetivas, familiares, de saúde e educação, assistência de caso específico, comunitário, além de jurídica. Os serviços internos no CAPSi são voltados para as triagens, atendimento de grupo e individual, familiar, oficinas terapêuticas e socioeducativas, visitas domiciliares, encaminhamentos, atividades sobre inserção, dentre outras. A equipe profissional da instituição pretende sempre trabalhar com interlocução junto a outros profissionais da área de saúde, e desse modo procurar uma melhor forma para se desenvolver as atividades e os serviços oferecidos.

Assim, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, trabalha as habilidades dos usuários promovendo-os para as realizações das atividades diárias e autonomia para convívio na sociedade, oferecendo-lhes serviços institucionais para a realização dessas atividades. Essas ações têm como objetivo, visar o modelo de assistência e educação de crianças e adolescentes com algum tipo de transtorno mental, bem como a realidade em que esses vivem e a forma que a família auxilia junto ao tratamento.

Percebe-se, que o agudizamento das condições de vida e trabalho, nas últimas décadas do século XX, tem deixado crianças e adolescentes expostos a condições perversas e privações sociais, que refletem ou até mesmo provocam o seu adoecimento mental.

A esse respeito (ROSA, 2008, p. 244.) acrescenta que:

*“Quanto mais sintomatologia se aproxima do comportamento social aceito, como em geral acontece com os diagnósticos leves, sobretudo neurose e depressão, mais a normalização se intensifica, a ponto de comprometer a sobrevivência física do portador de transtorno mental [...]. A normatização pode ser explicada como um mecanismo de defesa porque a família compartilha dos valores da sociedade [...].”*

Quanto ao CAPSi de Cajazeiras, lócus da nossa prática, é acompanhar a família e de certo modo prestar uma assistência, procurando sanar qualquer dúvida e estreitar a problema existente, e com isso se desenvolve quinzenalmente reuniões com as mães dos usuários do serviço. Essas reuniões são organizadas e realizadas pela assistente social do CAPSi, junto aos estagiários de Serviço Social, porém a cada nova reunião busca-se tratar de assunto de relevâncias para a família, formando contextos diferentes, afim de novas informações sobre o cotidiano de cada um dos usuários. Com a formação desse grupo de mães a intenção sempre é a mesma, trazer novas informações, formar debates e dessa forma compreender as dificuldades enfrentadas, os avanços e principalmente a opinião acerca do suporte oferecido a família.

A instituição é administrada por um coordenador geral, além do coordenador administrativo que cuidam da instituição na sua organização administrativa, funcional e estrutural. Conta também com uma equipe

multiprofissional, que é composta por Dois monitores que auxiliam no cuidado das crianças dentro das dependências do CAPSi, duas recepcionistas que realizam um primeiro contato, marcando consultas, dos usuários, Uma agente administrativa encarregada pela questão referente às documentações, e assim desempenhando burocrático. Uma Enfermeira e duas Técnicas de Enfermagem, que auxiliam junto a Psiquiatra caso seja necessário, Uma farmacêutica responsável pela entrega e verificação da medicação disponível na instituição, Uma pedagoga e uma psicopedagoga que visam desempenhar atividades com algumas crianças que necessitem de seus serviços. Dois voluntários, sendo um deles artesão que desenvolve pinturas, artesanatos e construção de brinquedos com material reciclado, dentre outras terapias ocupacionais para as crianças. Uma cozinheira que está responsável pela alimentação das crianças e dos funcionários, três auxiliares de serviços gerais que são encarregados pela limpeza do ambiente, Uma assistente social que cuida das demandas que chegam até a instituição, uma Psicóloga que atende as questões psicológicas das mães e crianças usuárias do serviço; uma Psiquiatra que semanalmente atende os usuários em consulta ambulatorial, e por fim um guarda que fica na portaria, realizando a função de observar a saída dos usuários.

Quando se fala de estrutura física da instituição, na recepção encontra-se cadeiras de espera para melhor acomodar as famílias dos usuários e de mais acompanhantes, uma televisão, dois ventiladores, cadeiras, um gela água e um arquivo de guardar prontuários. Na sala da coordenação, onde fica a agente administrativa possui um computador com uma impressora, e um arquivo de guardar documentos, além de duas cadeiras. Na sala da enfermagem contém um birô com três cadeiras, um ventilador, um arquivo de guardar remédios dentre outras coisas, um mostruário fechado de colocar os equipamentos de trabalho dos enfermeiros e farmacêuticos, como estetoscópio, objetos de curativos, e um tênsiometro. Na sala de terapia ocupacional ou sala de brinquedos está ocupada por uma mesa grande, com seis cadeiras, um ar condicionado, três mesinhas pequenas cada uma com quatro cadeirinhas, uma televisão, um DVD, inúmeros brinquedos e jogos interativos. Sala médica tem: um sofá, um birô com três cadeiras, um ar condicionado, um tapete almofadas e brinquedos. Na sala da psicóloga: um birô com três cadeiras, um ar condicionado. Na sala da assistente social tem: um birô com três cadeiras, um arquivo, e um ventilador. Por fim, uma cozinha onde são preparados as refeições, e conta com uma dispensa que é usada para armazenar produtos, duas geladeiras, um fogão simples, um fogão industrial, uma mesa para acomodar as refeições dos funcionários, dentre outros eletros domésticos que auxiliam na produção das refeições.

### **O Serviço Social na instituição**

O serviço social teve sua origem na instituição desde sua implantação em 16 de fevereiro de 2009, trabalhando junto à equipe profissional do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, realizando ações de reinserção da criança com impossibilidades que atinjam o seu intelecto. O serviço social tem por perspectiva junto

ao CAPSi, proporcionar a reinserção das crianças, inabilitadas pelas limitações ocasionadas por transtornos mentais. Trabalhando pela luta de uma sociedade sem manicômios visando à luta ante manicomial e por uma assistência social ancorada na humanização do atendimento psicossocial refletindo na criação do SUS. É necessário enfatizar também a importância de caminhar junto à família, realizando visitas, acompanhando o desenvolvimento do tratamento e forma pelo qual as famílias se portam diante da doença, sabendo que é fundamental o papel do cuidador. Mediante isso é primordial está sempre atento, e acompanhando o modelo de cuidado e o papel que é exercido cotidianamente pela família.

Desse modo, a proposta de intervenção profissional para o Assistente Social realiza triagens, encaminhamentos ao CRAS, CREAS, BPC, NASF, Escolas e passe livre. As Atividades em grupos com mães e filhos, atividades em datas comemorativas com usuários do CAPSi, parecer social e relatórios sociais de visitas domiciliares e atendimento familiar. Conversas informativas, documentações, Reuniões, observações, entrevistas, fichas de cadastro, encaminhamentos, e acompanhamento social, são algumas atividades exercidas pela Assistente social no campo do Serviço Social, no CAPSi.

O serviço social junto as estagiárias desenvolveram um plano de reuniões com as mães dos usuários da instituição, junto a outros profissionais do CAPSi e de outras instituições, na qual realizam quinzenalmente uma reunião informativa para as mães, as reuniões contam com a participação dos profissionais da saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, além de profissionais da educação inclusiva, e previdência social. Essas reuniões são pautadas por assuntos de relevância para a sociedade, tem por auxílio de Datashow, panfletos, cartazes, mini livros informativos, distribuição de lembranças e lanches ao final de cada palestra ou reunião.

A principal demanda dos usuários para o serviço social são crianças que tem algum tipo de transtorno mental, os mesmo são excluídos da sociedade escolas e lazer. O que pode se relatar acerca disso é que, como são crianças e adolescentes com transtorno mental, eles participam apenas das atividades lúdicas como jogos, pinturas e atividades educativas, bem como atendimentos psiquiátricos e psicológicos. Podemos destacar também algumas mães, que participam das reuniões do grupo, realizada pela Assistente Social e Estagiários de Serviço Social, e desse modo, as mães expõem todos seus desejos, e críticas, além de atendimentos individuais e triagens. Se faz necessário também que as mães despertassem o interesse de perguntar e interagir não só com o serviço social, mas com as outras profissionais, a exemplo da Psicóloga, Psicopedagoga, que realizam um acompanhamento semanalmente com as crianças usuárias do serviço. E desse modo estreitava-se os possíveis vínculos com os demais profissionais.

### **Propostas de intervenção profissional**

A saúde Mental ela pode ser definida de várias maneiras dependendo da conjuntura que estará relacionada, havendo um consenso de que a saúde mental

é mais do que a ausência de transtornos psíquicos, tornando abrangente o bem-estar, a auto eficácia, a autonomia, a competência, a auto realização intelectual e emocional de cada pessoa.

Desse modo, segundo Miles (1982 apud ROSA, 2008, p. 243) Define como:

*Assim, em principio, a estratégia de normalização dos sintomas, ou seja, manutenção da rotina habitual integrado a mudança do portador de transtorno mental como fato corriqueiro figura como uma primeira forma de enfrentamento do problema para uma família que consegue obter o controle comportamental do portador de transtorno mental, construindo outras explicações que fogem das classificações e da linguagem médica [...]*

Além dos avanços da neurociência e da medicina do comportamento, é esclarecido que fatores psicossociais tais como: pobreza, sexo, idade, vivencia de conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais tem impacto na saúde mental e ocasionam determinações a prevalência, do início e para evolução do variados transtornos mentais.

Conforme (ROSA, 2008, p.237) Percebe-se que:

*O impacto abrange um amplo aspecto e seus desdobramentos variam de um grupo familiar para outro, em virtude da sua localização na estrutura social de sua singularidade, de sua biografia particular.*

Portanto, além de categorias diagnósticas, a saúde mental se mostra como um fenômeno psicossocial isso significa que as pessoas com transtornos mentais necessitam de atendimento clínico, comunitário, familiares e de reabilitação as quais devem se observadas e propiciadas como parte integrante de seu tratamento.

Como forma de trabalhar os aspectos sociais da doença mental com os responsáveis pelos usuários da CAPSi foi elaborado o projeto de intervenção intitulado “A arte de Cuidar e Amar”, pois a aproximação com a referida instituição como estagiária do curso de serviço social da FAFIC, no período de Agosto de 2012 á Julho de 2013. Possibilitou perceber, que uma das maiores fragilidades se dava pelo não devido esclarecimento dos responsáveis acerca dos aspectos psicossociais que envolvem as crianças com transtorno mental, bem como a proteção social do Estado para com esse público alvo. Logo, percebeu-se que essa lacuna contribuía para uma frequente ociosidade no que se refere ao atendimento médico, por parte dos usuários e seus responsáveis que se tornou numa aglomeração de familiares/acompanhantes que se torna rotineiramente toda as terças- feiras dia este que ocorre atendimento da Médica Psiquiatra e as demais especialidades oferecidas pela instituição. É sabido que com a criação de uma aglomeração gera desconforto em parte para as pessoas que esperam para ser atendidos e também para a equipe multidisciplinar que vem desempenhar o trabalho. Foi elaborado um projeto para intervir nesta realidade exposta com a criação de um Grupo de Mães e acompanhantes, cujo objetivo deste

projeto e a orientação sobre vários temas relevantes para a sociedade.

Partindo deste pressuposto o projeto de intervenção aqui exposto tem como objetivo central e primordial o atendimento as familiares e acompanhantes dos usuários do serviço de saúde mental CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infante – Juvenil) localizado na Rua Tenente Arsênio s/n, Bairro centro no Município de Cajazeiras na Paraíba.

O projeto visa em uma maior participação dos familiares no tratamento dos usuários, pois serão esclarecidos sobre sua importância no tratamento contaram com uma orientação sobre os temas relevantes na sociedade abrindo ênfase para a mulher que tem maior efetividade em acompanhar seus filhos.

### Aspectos metodológicos da intervenção profissional

De acordo com o tema abordado, visa buscar refletir com os (as) acompanhantes das crianças em atendimento no CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infante-juvenil da cidade de Cajazeiras- PB, temas relevantes que envolvam a compreensão acerca do universo que constitui o transtorno mental, como também os seus direitos e a violação destes.

Para tanto, adotou-se como espaço privilegiado para ação a criação de um grupo, com reuniões quinzenais, nas quais será voltado o público já mencionado durante o atendimento dos seus filhos ou envolvimento destes em outras atividades.

Percebe-se, que a proposta, em tela, é de extrema relevância uma vez que visa discutir temáticas que envolvem o universo particular da criança e dos seus responsáveis numa perspectiva de ampliar, esclarecer, refletir sobre o processo saúde doença, bem como os instrumentalizando quanto ao conhecimento dos seus direitos.

A metodologia adotada foi à realização de ciclo de palestras, rodas de conversas, abertura para debates, apresentação de vídeos, entrega de material impresso, visando uma melhoria na eficácia e envolvimento dos responsáveis pelos usuários no tratamento. Com isso, fazendo com que as famílias possam se engajar bem mais no tratamento, para que a cada novo encontro possa ser discutido novo temas, novas informações do cotidiano de cada usuário, a fim de promover uma melhor qualidade no desenvolver do tratamento.

Tem por objetivo central inserir as famílias dos usuários do CAPSi da cidade de Cajazeiras-PB no tratamento e possibilitar o envolvimento dos pais no engajamento das propostas ofertadas pela Instituição para as crianças usuárias do serviço. É nessa perspectiva que busca verificar se o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional possibilita o envolvimento da família no tratamento das crianças. Identificando qual a percepção dos pais acerca do tratamento recebido pelos filhos na instituição, e assim promover uma inserção da família junto a instituição, a fim de proporcionar aos mesmos uma melhor eficácia no tratamento. Com a proposta de analisar quais são as ações psicossociais proposta pela instituição para com as famílias e por fim verificar quais os desafios encontrados pelas famílias ao longo do tratamento.

Assim, percebe-se a viabilidade da proposta, uma vez que torna-se possível um entrosamento maior entre as mães, fazendo com que elas tornem-se parceiras do profissionais do CAPSi, e dessa forma trazendo a realidade do dia-dia dos usuários para conseqüentemente sejam usadas na melhoria do tratamento e qualidade de vida.

É sabida da importância da família no acompanhamento do tratamento do usuário, a inserção da família em um contato direto, a troca de informações é essencial para evolução do tratamento. E caso não houver essa parceria torna-se inviável a continuidade do tratamento, e a partir das observações que adotou-se a ideia de criar uma sala de espera para as mães e acompanhantes.

Conforme, Rosa (2008, p.236):

*Todavia, o que foi possível identificar é que embora alguns sentimentos e relações se mostrassem enrijecidos e cristalizados após muitos anos de provimento de cuidado, e por isso, se apresentassem acompanhados do desejo de repassar para a instituição o exclusivismo no cuidado do PTM [...]*

### Relato e análise das atividades desenvolvidas

Com o objetivo de atender o propósito do projeto de intervenção “A arte de Cuidar e Amar” foram desenvolvidas algumas atividades, que de acordo com a análise dos envolvidos no projeto seriam relevantes para o espaço.

Primeiramente, observou-se que o público alvo era composto por mulheres, pobres, sem vínculos empregatícios, usuárias de programa assistenciais do governo social e ,portanto, vulneráveis socialmente.

Destarte, sabe-se que as mulheres são por excelência as usuárias do SUS ou para o seu atendimento, ao para seus filhos, companheiros e etc. Assim, observou-se que as mulheres estavam tão imbuídas no tratamento dos filhos que se esqueciam do cuidado com a sua própria saúde. Para suprir essa lacuna realizou-se no dia 13 de Agosto de 2013, uma palestra sobre Saúde da Mulher no Alvo do Câncer de Mama, cujo objetivo foi orientar e prevenir doenças que possam ser detectadas no dia-a-dia com ajuda do autoexame e exames rotineiros oferecidos pelo SUS, a exemplo da mamografia. Nesse dia contou com a participação de vinte mulheres. Os aspectos enfatizados no momento foram à prevenção e o autoexame, a importância que se deve empregar a saúde após dos quarenta anos, que a amamentação é fundamental para não existência de nódulos futuros, e a higiene pessoal é de suma importância.

Por fim, os participantes avaliaram como essencial as reuniões, que trouxessem sempre assuntos relacionados à saúde e bem estar família, notou-se que as mães interagiram com o assunto abordado é nessa perspectiva que se procura sempre manter esse espaço para que as mesmas possam opinar.

Logo após, segue o com a palestra Autismo “Universo Particular”, que será ministrada pelas Estagiárias e a Assistente Social do CAPSi, Gabriela Maria. Foi realizada no dia 27 de Agosto de 2013, contou

apenas com a participação de quatro mães, pois muitas se negaram a participar e de certo modo não aceitam a proposta oferecida, já que é relevante destacar que o estigma e a não aceitação do transtorno mental faz parte do universo particular das mães das crianças atendidas no CAPS. A meta era mostrar as diversas formas de identificar o Autismo, o modelo de tratamento adequado e procurar entender o modo que as famílias reagem com a descoberta. Mesmo com a participação de poucas mães foi exposto vídeo, ofertado panfletos que mostra as diversas formas de identificar e como lidar com essa descoberta. Segundo ROSA (2008, p.245) retrata que “A coisa mais difícil é a família admitir que a criança sofra de algum tipo de doença mental, é tudo menos doença mental, [...] Aceitar o problema é muito difícil, aceitar sem muitos porquês [...]”. Por fim podemos dizer que ainda existe uma lacuna entre as famílias e as patologias, pois não é aceito que seu filho ou algum parente seja um portador de algum transtorno ou doença mental.

Seguindo com as apresentações no dia 10 de Setembro 2013 com o auxílio mais uma vez da Assistente Social do CAPSi, foi ministrada uma reunião cujo a abordagem foi o Conceito de Família em Uma Nova Sociedade. Nesse dia contou com a participação efetiva de todas as mães e acompanhantes, objetivou-se mostrar as diversas formas e como estão constituídas as famílias nos dias atuais. Onde o modelo padrão imposto pela sociedade não é o mais frequente, pois, o casamento tornou-se dissolúvel e o formato de família passou a ser formado unitariamente, ou seja, mulheres e homens podem viver de forma independente e assim ter filhos no formato de produção independente, que em outras palavras seria cuidar dos filhos sozinhos. Foi nessa perspectiva que se procurou enfatizar a importância da família no tratamento do portador de transtorno mental, seja ela em um ambiente formado por outras pessoas ou de forma unitária.

De acordo com Chodorow (1990, p.33 apud ROSA, 2008, p. 276) diz que:

*A maternagem, embora seja uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres, é internalizada por ela durante seu processo de socialização como seu ser. Desta forma, a mulher tende a assumi-la ao ponto de tal de comprometer sua individualidade, pois, socialmente, a maternagem foi associada ao despojamento, à renúncia e ao auto-sacrifício da individualidade feminina.*

Mas, em outras linhas ROSA (2008, p. 276) traz outra concepção acerca do modo de cuidar, onde ela diz que: “[...] pelos estudos feministas que o ‘amor materno’ é um mito, uma construção social, pois é um sentimento que qualquer pessoa de qualquer sexo pode desenvolver [...]”. Sendo assim, foi concluído que a abordagem desse tema seria de relevância para as mães e acompanhantes, pois sabe-se que muitas daquelas pessoas que frequentam as reuniões se encaixam nesses modelos de família moderna.

Dando continuidade as palestra ministradas nos encontros com as mães e acompanhantes, o tema “O papel da família na trajetória escolar” foi abordado no dia 24 de Setembro 2013, objetivando cumprir a meta de mostrar o papel da família na Educação e a importância da família

na participação na trajetória escolar. A escolha do tema foi com base em observações durante o estágio, onde notou-se muitas queixas por parte dos pais com relação a aceitação das escolas, o comportamento das outras crianças com o usuário com transtorno mental, a não participação das crianças nas atividades escolares, a dificuldade na aprendizagem das atividades visando a metodologia adotada pelas escolas. Contudo, sabe-se que existe o Atendimento Educacional Especializado (AEE) que busca apoiar o desenvolvimento ao aluno com deficiência na aprendizagem, transtornos gerais de desenvolvimento e altas habilidades, procurando adequar e produzir materiais didáticos e pedagógicos na perspectiva de atender as necessidades específicas. Tendo como público alvo as crianças com algum tipo de deficiência, seja ela intelectual ou sensorial. A abordagem desse tema foi pensada com o intuito de sanar as dúvidas e tentar romper as barreiras existentes entre a família e a escola, e o objetivo foi alcançado, pois, foi satisfatória a participação das mães e acredita-se que as dúvidas também tenham sido esclarecidas, uma vez que procurou também entender as propostas ofertadas pelas escolas.

No dia 08 de Outubro de 2012 de 2013 realizou-se mais um encontro com as mães e acompanhantes dos usuários do CAPSi, e procurou abordar a proposta central do projeto que é “O cuidado da Família e atenção com o usuário do CAPS Infanto-Juvenil”, contou com a participação da Assistente Social, e estagiarias de Serviços Social. Tinha como objetivo enfatizar acerca do compromisso com Instituição, a importância de que é cuidar da medicação, da higiene pessoal da criança, da alimentação, e principalmente de está dialogando com a Assistente Social, junto a equipe multie profissional do CAPSi, pois, as informações do cotidiano, o modo de vida que se segue se faz necessário no tratamento, como melhoria na qualidade de vida. Sempre na tentativa de entender o modo como a família cuida e encara os desafios do portador de transtorno mental.

Com base nisso Perrusi (2005, apud ROSA, 2008, p. 258) diz:

*O contato entre a família bem como a troca de informações e experiência permitidas por meio de reuniões grupais permitiram observar que as famílias comparam as vivências entre si e avaliam suas diferenças hierarquizando os ‘sintomas’ – comportamento desviante.*

Logo, é nessa perspectiva que (ROSA, 2008) vem afirmar o que já fora abordado, quando diz que: “[...] dentro dos padrões comportamentais socialmente aceitáveis, a família tende a reintegrá-lo sem grandes dificuldades no cotidiano [...]”. Desse modo que a família tem ainda certa dificuldade de admitir que o usuário seja PTM, e assim procura sempre dialogar de outra forma, utiliza-se de artifícios morais e adjetivos populares, e trata a doença como ‘encosto, farsa, mau olhado’. E mesmo os usuários vindo acompanhados, seus responsáveis não se mostram totalmente engajados na busca de melhoria. Por fim, os resultados esperados dessa reunião foram mostrar a realidade da necessidade do cuidado com o usuário PTM, e exigir uma atenção contínua.

Para finalizar a aplicabilidade do projeto de intervenção, no dia 22 de Outubro de 2013 realizou-se a última reunião com as mães e acompanhantes dos usuários, trazendo para debate uma palestra sobre Estatuto da Criança do Adolescente – ECA enfatizando os direitos das crianças e adolescentes seja ele portador de transtorno mental ou não. Logo, para a apresentação do tema as estagiárias de Serviço Social, realizaram e fala e abriu um espaço para que as mesmas pudessem expor dúvidas e trazer alguns fatos cotidianos que sejam ligados ao tema. A participação das mães e acompanhantes foi de certa forma um pouco reduzida, pois não existia um grande número de mães na instituição, e desse modo não se efetivou de forma esperada o encontro grupal. Mas, ao longo de todas as reuniões a visão geral foi permanecida, a observação mais clara é que existe uma preocupação com a participação da família, sendo esta de uma forma mais orientada, quanto ao tratamento do portador de transtorno mental.

Desse modo, Rosa (2008, p.240):

*Procura identificar antes de qualquer coisa o acolhimento. Segundo, acolher a família, frequentemente com diversos e complexos problemas, em sua realidade, maneira de ser e necessidades. [...] integrando a diferentes políticas sociais no sentido de organizar as famílias, prestando-lhes uma atenção integral, o que permite uma nova visão e relação com o PTM, possibilitando sua reinserção social.*

Destarte, conclui-se que os encontros com as mães e acompanhantes foi de suma importância para que pudesse entender o modo pelo qual se efetiva o cuidado com o usuário PTM, e assim fica claro que o modelo de acolhimento e rodas de conversas com abordagens que sejam de relevância para o tratamento, tornou-se um eixo de ligação para estreitar os vínculos entre a equipe multiprofissional e a família. Logo, se sabe que em meio à falta de informação e conhecimento, torna-se necessário esse contato, para que seja sanado as dúvidas que existam no percurso do tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental, no Brasil, tem passado por um processo de reformas, que culmina na década de 2000, com a consolidação da reforma psiquiátrica e a adoção de um novo modelo de atenção à saúde pautado na desospitalização, tem como foco os Centros de Atenção Psicossocial, como o espaço privilegiado para a promoção do cuidado da saúde mental.

Vale destacar, que na contemporaneidade as mais amplas ações e grupos etários são foco central das ações em saúde mental, como é o caso do público infanto-juvenil, pois sabe-se que o processo de adoecimento mental encontra-se intimamente associado as condições de vida e trabalho á que estão expostos os sujeitos sociais. Sendo assim, o agudizamento das expressões da questão social incide sobre o adoecimento mental cada vez mais precoce.

Logo, o presente estudo ao focalizar as ações voltadas aos cuidadores das crianças em atendimento no

CAPSi, centrou-se em ações sempre voltadas para mulheres, pois historicamente essas são as responsáveis pelo cuidado e acompanhamento dos seus filhos a escola, nos serviços de saúde e etc.

Destarte, ao desenvolver um trabalho com os pais para que eles compreendam o tratamento recebido pelos filhos na instituição, promoveu-se assim uma inserção da família junto à instituição, a fim de proporcionar aos mesmos uma melhor eficácia no tratamento. Foram propostas ações psicossociais para que sejam desenvolvidas na instituição para com as famílias, trabalhando os desafios encontrados pelas famílias ao longo do tratamento.

Foi inicialmente procurado entender os motivos da problemática, e buscar bibliograficamente as respostas embasadas e que pudesse ajudar na construção da contextualização histórica da Saúde Mental, os desafios encontrados ao longo do tempo, e como se deu a institucionalização do CAPS e sua abrangência até a implantação do CAPSi, e assim poder construir esse trabalho.

O acompanhamento realizado pelas famílias perante aos usuários do CAPSi, não correspondem as propostas impostas pela Instituição. Uma vez que o CAPSi se compromete com o cuidado clínico e personalizado, promovendo assim uma inserção social através das ações Inter setoriais.

Desse modo, partimos da compreensão de que as famílias interajam mais com as ações do CAPSi e procurem concretizar os vínculos, afim de articular melhor as ações futuras que serão desenvolvidas. Quando há uma interação entre a família e a instituição, propicia-se um ambiente mais favorável a viver numa estabilidade emocional, pois, diante do adoecimento da criança, a família encara esse novo desafio de forma mais cautelosa, em alguns casos chega a se negar a cuidar. E o Serviço Social se contrapõe a prestar esse suporte, trazendo a família o auxílio necessário, numa busca de reinserir a pessoa com transtorno mental nas suas atividades cotidianas e sanar as barreiras impostas pela sociedade.

Concluimos que as ações desenvolvidas foram de extrema relevância o que sinaliza para a importância desse trabalho, pois a temática é de extrema importância para se entender o modo de cuidar e as barreiras enfrentadas pelas famílias junto ao diagnóstico precoce do adoecimento de crianças, pois, o usuário acometido pela fragilidade de saúde mental, enquanto criança e adolescente necessitam de um cuidador e um amparo estrutural. Logo, as discussões levantadas visaram construir o universo particular vivenciado por pais e filhos na busca de atendimento voltado para a saúde mental do seu filho. Percebe-se, que por mais que se trabalhe para romper com os “rótulos” da loucura os pais ainda estigmatizam a doença mental, buscando não admitir ou ofuscar os sintomas que os filhos apresentam.

Destarte, as questões aqui tratadas estão longe de esgotar o entendimento das nuances que envolve a abordagem com os/as cuidadores na saúde mental, mas traz pistas para um maior aprofundamento teórico acerca do assunto.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BISNETO, José Augusto. Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRAVO, Maria Inês Sousa. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- CARVALHO, Maria Irene de. Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor, 2012.
- GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. Caderno de Pesquisa, São Paulo, n.91, nov. 1944.
- MACHADO, Kátia. Como anda a Reforma Psiquiátrica? Rev. Radis Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2005.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni. Saúde Mental e Cidadania. 2.ed. São Paulo: Mandacaru, 1990.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo: Hucitec,1993.
- MENDES, Eugênio Vilaça. org. Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3.ed.São Paulo: Hucitec,1995.
- ROSA, Lucia. Transtorno Mental e o Cuidado na Família. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In Revista de Serviço Social. nº 103. p. 453 – 475. Jul/Set 2010. São Paulo.