



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I- CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARCELA PEREIRA FERNANDES

**INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS DO CAPS I CUIDAR E VIVER: Entre a
sobrecarga do cuidado e o desafio da autonomia**

**CAMPINA GRANDE – PB
2017**

MARCELA PEREIRA FERNANDES

**INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS DO CAPS I CUIDAR E VIVER: Entre a
sobrecarga do cuidado e o desafio da autonomia**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
social da Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof. Dr^a Tereza Cristina
Ribeiro da Costa.

**CAMPINA GRANDE/PB
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F363i Fernandes, Marcela Pereira.
Intervenção com as famílias do CAPS I cuidar e viver [manuscrito] : entre a sobrecarga do cuidado e o desafio da autonomia / Marcela Pereira Fernandes. - 2017.
41 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.
"Orientação : Profa. Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Saúde mental. 2. Família. 3. Cuidado. 4. Intervenção familiar. 5. Reforma psiquiátrica.

21. ed. CDD 362.1

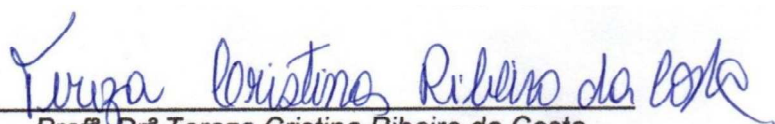
MARCELA PEREIRA FERNANDES

INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS DO CAPS I CUIDAR E VIVER: Entre a sobrecarga do cuidado e o desafio da autonomia

O Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

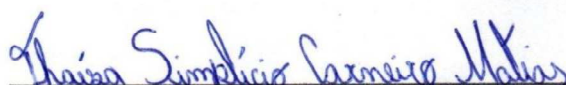
Aprovada em: 11/12/2017

BANCA EXAMINADORA



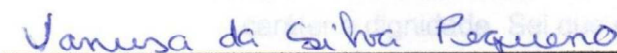
Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Ribeiro da Costa
(Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Me. Thaisa Simplicio Carneiro Matias
(Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Orientadora de Campo: Vanusa da Silva Pequeno
(Examinadora)

Assistente Social CAPS I Cuidar e Viver Dist. São José da Mata

Ao meu avô Elias, (*in memoriam*) exemplo de caráter e dignidade. Sei que está com orgulho de mim. DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus pelo Dom da vida, por me fazer forte perante as dificuldades e por me manter confiante, com fé e perseverança durante minha jornada.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, por estar ao meu lado sempre me apoiando. Sem sua parceria não teria chegado até aqui. Obrigada meu Amor, por tudo.

Aos meus pais que me ensinaram os primeiros passos. Obrigada por me dar os melhores ensinamentos. Também por me incentivar, torcer e por me ensinar a caminhar sozinha desde cedo.

Às minhas irmãs, Ângela e Rosinery e meu irmão Romário. Meus sobrinhos que tanto amo: Déborah Rayla, Antônio Neto e Ana Lis, obrigada pela torcida e pelo carinho comigo.

A duas pessoas especiais, Carlos e Olga. Vocês são os responsáveis na realização desse sonho. Deram-me a primeira força, incentivaram e apoiaram no que precisei. A vocês toda minha gratidão.

A minha Orientadora acadêmica Tereza Cristina, pela competência, dedicação e paciência. Obrigada por compartilhar comigo seu conhecimento.

A minha Orientadora de Campos Vanusa Pequeno. Obrigada por contribuir com minha carreira acadêmica.

A minha turma pelos momentos de amizade, companheirismo e apoio. Em especial a Alcione e a Rafael. Obrigada pela amizade, companheirismo, e parceria. E também, as meninas que vou morrer de saudades Simone, Silvana, Letícia tenho muito carinho por vocês.

E a todos que fazem parte do CAPS I Cuidar e Viver, os funcionários, usuários e familiares. Obrigada pela participação na construção desse trabalho durante o período de estágio.

A todos que contribuíram e torcem por mim. Obrigada!

RESUMO

Este trabalho é fruto da experiência de estágio obrigatório no Curso de Serviço Social realizada no Grupo de Famílias no CAPS I Cuidar e Viver no Distrito de São José da Mata município de Campina Grande/PB. O projeto teve como objetivo geral: Contribuir para o debate sobre a importância da família na reforma psiquiátrica no CAPS I Cuidar e Viver. Já os objetivos específicos foram: 1) Estimular a discussão sobre a autonomia dos usuários; 2) Incentivar o debate sobre o preconceito em relação às famílias e usuários do CAPS. 3) Contribuir e informar sobre a importância da inserção social dos Portadores de Transtorno Mental. Este trabalho apresenta as seguintes discussões: sobre a trajetória das reformas sanitária e psiquiátrica, dos diferentes papéis da família como cuidadora do período da institucionalização da loucura até a operacionalização da política de Saúde Mental nos dias atuais. Abordaremos os rebatimentos na reforma psiquiátrica no que se refere ao familiar cuidador no contexto da contrarreforma do Estado. Apontaremos as demandas do Serviço Social no CAPS Cuidar e Viver e o desenvolvimento e os resultados da intervenção. A metodologia utilizada foi rodas de conversas, palestras, exibição de filmes e entrevistas. Concluímos que há muitos desafios na política da Saúde Mental em relação às famílias cuidadoras. As famílias convivem no cotidiano com a sobrecarga do cuidado e também, dificuldade em lidar com o preconceito. Algumas cuidadoras apresentaram dificuldade em desenvolver a autonomia do familiar, concomitantemente, vivem o dilema de cuidar e também de garantir o direito a ressocialização na comunidade.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Família; Cuidado.

ABSTRACT

This work is the result of the experience of compulsory traineeship in the Social Work Course held in the Group of Families in CAPS I Caring and Living in the District of São José da Mata, Campina Grande / PB. The project's general objective was: To contribute to the debate on the importance of the family in the psychiatric reform in CAPS I Caring and Living. The specific objectives were: 1) To stimulate the discussion about the autonomy of the users; 2) Encourage the debate about prejudice against CAPS families and users. 3) Contribute and inform about the importance of the social insertion of the Mentally Disordered. This paper presents the following discussions: on the trajectory of sanitary and psychiatric reforms, on the different roles of the family as caretaker of the institutionalization period from insanity to the operationalization of Mental Health policy in the present day. We will approach the refutations in the psychiatric reform with regard to the familiar caregiver in the context of the counterreform of the State. We will point out the demands of the Social Service in CAPS Caring and Living and the development and results of the intervention. The methodology used was the wheels of conversations, lectures, films and interviews. We conclude that there are many challenges in Mental Health policy in relation to caregivers. Families coexist in daily life with the overload of care and also, difficulty in dealing with prejudice. Some caregivers presented difficulties in developing the autonomy of the family, concomitantly, they live the dilemma of caring and also to guarantee the right to socialization in the community.

Keywords: Mental Health; Family; Caution.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	10
2.1 A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL	10
2.2 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	12
2.3 OS AVANÇOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE/PB	18
2.4 O CAPS I CUIDAR E VIVER.....	19
3 A FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL	22
4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	26
5 A INTERVENÇÃO: A FAMÍLIA – ENTRE OS DILEMAS DA SOBRECARGA E DA AUTONOMIA	28
5.1 A SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR	28
5.2 ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADO E O DESAFIO DA AUTONOMIA – O GARGALO DAS FAMÍLIAS DA SAÚDE MENTAL	32
5.3 A CONCEPÇÃO DA INSERÇÃO SOCIAL VERSUS PRECONCEITO NA SAÚDE MENTAL	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL	40

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica inicia no Brasil a partir de denúncias de trabalhadores, familiares e usuários que sofreram maus tratos e arbitrariedades cometidas no modelo manicomial.

Um das características do modelo manicomial, hospitalocêntrico é o afastamento dos usuários de sua família e comunidade. O usuário de Saúde Mental para ter acesso ao tratamento era isolado da vida social e de sua família, esse atributo do modelo traz marcas até hoje na relação com a família, mesmo passados 15 anos de implementação da Lei 10.216/01.

Entendemos que a Política de Saúde Mental é de responsabilidade do Estado, com a devida contribuição da sociedade e da família. A operacionalização da referida política é um desafio para todos os municípios brasileiros. Em Campina Grande/PB um dos impasses na execução da política de saúde mental são os dilemas enfrentados pelas famílias, pois, com advento da Reforma Psiquiátrica a família passa a ser o principal cuidadora do usuário.

Este trabalho pretende discutir a nossa intervenção no CAPS I Cuidar e Viver que tem como objetivo geral: A discussão sobre o debate da importância da família na Reforma Psiquiátrica no CAPS I Cuidar e Viver.

Percebemos durante o estágio supervisionado que se coloca muito a importância da família na Reforma Psiquiátrica, no entanto, começamos a perceber que esse é um debate muito importante para discutir junto com as famílias do CAPS, pois observamos que nem todos os familiares têm dimensão da importância do seu papel no processo da Reforma Psiquiátrica. Já nos objetivos específicos: 1) Estimular a discussão sobre a autonomia dos usuários; 2) Incentivar o debate sobre o preconceito em relação às famílias e usuários do CAPS. 3) Contribuir e informar sobre a importância da inserção social dos Portadores de Transtorno Mental.

Foi no grupo de família que desenvolvemos esta proposta. O nosso interesse não foi apenas trazer o debate sobre as famílias, mas também trazer informação de acordo com as demandas que as famílias trouxessem no decorrer do trabalho.

Esses questionamentos são o pano de fundo para o desenvolvimento deste trabalho. Sendo assim, a intervenção nos mostrou os desafios e as perspectivas do familiar cuidador na prática do cuidado. Este trabalho trata-se de uma proposta interventiva desenvolvida no CAPS I Cuidar e Viver no Distrito de São José da Mata.

O desenvolvimento da intervenção utilizamos filmes, palestras, rodas de conversas sempre relacionadas com o tema em discussão, a fim de facilitar e aprimorar o debate e as informações prestadas aos sujeitos. Os sujeitos que contribuíram para a mostra desse estudo foram às famílias (responsáveis) pelos os usuários que frequentam o grupo de família do CAPS I Cuidar e Viver.

A realização do estágio em todas as suas etapas nos possibilitou enquanto estagiárias do curso de Serviço Social vivenciar várias possibilidades, experiências e desafios.

Conhecendo a rotina do CAPS I e suas demandas foi possível apreender na prática com a Assistente Social de campo e com os usuários do mesmo, interligando a teoria e a prática, compreendendo o nosso fazer profissional nas suas competências e atribuições.

O trabalho está estruturado em cinco partes. Na primeira parte fizemos um resgate dos principais acontecimentos da luta na Reforma Sanitária até a consolidação do Sistema Único de Saúde. Na segunda parte abordamos um breve histórico na trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os avanços na efetivação da Política de Saúde Mental na cidade de Campina Grande/PB, após a aprovação da Lei 10.216/01. Já na terceira parte fizemos um panorama da relação entre a família e usuário do período da institucionalização da loucura aos dias atuais. A quarta parte faz uma discussão do Serviço Social na Saúde Mental e as demandas da Assistente Social no CAPS I Cuidar e Viver. E na quinta parte fazemos uma análise e discussão da experiência de estágio e os desafios enfrentados no cotidiano das cuidadoras que estão vulneráveis ao preconceito social, à sobrecarga no processo do cuidado, dificuldade de desenvolver autonomia e a ressocialização do familiar dependente do cuidado.

2 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

2.1 A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

A Reforma Sanitária no Brasil se intensifica na segunda metade dos anos 1970, período marcado por grande repressão no âmbito político, mas com grande favorecimento no âmbito social em que houve grandes iniciativas de abertura democrática com vários movimentos sociais que reivindicavam o fim do Estado autoritário e cobranças de direitos políticos e sociais.

Neste contexto, o movimento de reforma sanitária nasce das mobilizações e reivindicações por melhorias no campo da saúde. “Entendo o movimento de reforma sanitária como um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários, ou não, articulado ao redor de um projeto” (ESCOREL, 1988:5 apud FLEURY). A reforma sanitária traz um novo debate para a saúde com totalidades de mudanças no sentido mais amplo, e também reconstruindo um novo paradigma sanitário, considerando um conjunto de mudanças ideológicas, políticas e teórica e cultural.

Para Scliar (2007), a mudança será política porque envolvem sujeitos sociais em situação, portadores de diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Tem uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção as necessidades de saúde da população, implicitamente opta por nova concepção de processo saúde-doença. Mudança cultural, pois, possui um novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter e na dimensão teórica, exigência de produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os supostos políticos e ideológicos do projeto da produção social da saúde.

O Centro de Estudos Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES) foi criado no mesmo período que se intensificou as lutas pela reforma sanitária e trouxe mudanças progressivas para a saúde no país. Teve como eixo principal a democratização da saúde. No ano de 1979, o CEBES, apresenta um documento no 1º Simpósio com o tema, Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, no qual reivindicavam mudanças na Reforma Sanitária, conforme explicam (CEBES, 1980, apud PAIVA; TEXEIRA 2014, P. 24).

O documento aprovados no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde princípio centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como

o direito universal à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do estado em relação ao mercado de saúde a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, participação popular, o controle democrático e fundamentalmente a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública.

Neste sentido, o CEBES foi fundamental para os avanços na Reforma Sanitária trazendo novos debates sobre a saúde coletiva. Os primeiros debates partem do questionamento sobre o “dilema preventivista” uma teoria social defendida pelo médico Sergio Arouca, em 1975, que se fundamentou numa perspectiva que a doença e a saúde não ocorrem de forma natural, mas acarretada de práticas sociais. Entendendo prática social como conjunto das práticas que se interdeterminam dentro de um todo social dado

Desse modo, toda essa discussão resultou na 8ª conferência Nacional da Saúde, realizada no ano de 1986. A conferência contou com a participação dos profissionais da saúde, de gestores e da sociedade civil, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. “Aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único”. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014. p. 25)

A 8ª conferência trouxe o debate sobre conceito de saúde no seu sentido mais amplo, ou seja, a saúde não é mais vista só como ausência de doenças, mas, deve considerar os seus determinantes e condicionantes que são: As condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, e, sobretudo, da forma de organização da produção e reprodução na sociedade e das desigualdades nela existentes.

O SUS é aprovado na Constituição Federal de 1988 e estabelece que “a saúde como direitos de todos e dever do estado” (BRASIL; CONASS, 2003). A normatização do SUS é regulamentada pela Lei Orgânica 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. E pela Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Estas leis são regulamentadas em todo território nacional. O SUS esta materializado em princípio, organizativos e doutrinários.

O princípio organizativo da universalidade estabelece o acesso a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação. Princípio da Equidade estabelece o atendimento de acordo com as necessidades de cada um, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. A equidade é um princípio de justiça social. O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Princípios organizativos doutrinários hierarquização Regionalização, Descentralização e participação popular: A Hierarquização deve além de proceder à divisão de níveis de atenção, da baixa, media e alta complexidade dos serviços, deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para cada caso. A Regionalização soma a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema e deve ser organizados em níveis crescentes de complexidade, de uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Descentralização é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. A Participação Popular é estabelecida pela participação da sociedade através do controle social dos conselhos de saúde em todos os níveis de governos, conferências municipais, estaduais e federais.

O SUS estabelece a participação do setor privado de modo complementar, quando o setor público mostre incapaz de atender tais demandas. A Política de Saúde é executada através de ações e serviços, programas e projetos para atender as necessidades da população na área da saúde para a efetivação do SUS.

2.2 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil o Movimento de Reforma Psiquiátrica teve inicio 1978, e foi influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária, no período da Ditadura Militar e se inscreve no período de redemocratização do país. Neste sentido, esses movimentos nascem das grandes manifestações populares que lutavam contra o autoritarismo militar e reivindicavam um Estado de direitos sociais, políticos e civis.

Os movimentos na área da saúde defendiam que a saúde era um dever do Estado e direito do cidadão. Uma das bandeiras de lutas era “saúde é democracia, democracia é saúde” (PAIM, 2008, p. 626).

Até então, o Movimento de Reforma Psiquiátrica caminhava junto com Movimento de Reforma Sanitária como explicam ROSA (2003) e AMARANTE (1995), mas, passou a ganhar mais independência, identidade própria, visibilidade e autonomia em relação ao Movimento de Reforma Sanitária com o estopim conhecido como a “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação das políticas no subsetor Saúde Mental. Os profissionais da DINSAN composta por “estudantes universitários ou graduados “bolsistas” das diversas áreas da saúde.

A crise da DINSAM é deflagrada a partir da denúncia realizadas por três médicos bolsistas [...] que trabalham em condições precarizadas, em clima de ameaças e violências a eles e aos próprios pacientes destas instituições. Essas denúncias tiveram grandes repercussões e assim outros movimentos apoiaram as reivindicações dos trabalhadores (AMARANTE, 1995 p. 52).

Com a crise na DINSAM instaurada nasce com o forte envolvimento e militância o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que protagonizou o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil AMARANTE (1995), movimento múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, como a participação de profissionais de todas as categorias assim como os simpatizantes não técnicos da saúde, a participação dos familiares, usuários sindicalistas, profissionais integrantes do Movimento da Reforma Sanitária, membros de associações entre outras organizações.

Esse movimento culminou com várias denúncias, a precarização de trabalho dos profissionais, e conseqüentemente as condições subumanas que viviam os portadores de saúde mental nos hospitais psiquiátricos. Houve uma forte crítica ao modelo hospitalocêntrico. Foram várias denúncias em busca de melhorias no modelo da assistência psiquiátrica.

- Denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos hospitais foram identificados como verdadeiros campos de concentrações;
- Denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- Denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;

- Primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços. (VASCONCELOS, 2002, p. 23).

O MTSM foi um movimento forte e decisivo para o início das mudanças na Reforma Psiquiátrica em que os profissionais possuíam uma postura política, na defesa da ruptura do paradigma na assistência psiquiátrica naquele momento e começaram a pensar em alternativas para o fim da visão hospitalocêntrica.

Para BRASIL (2005); AMARANTE (1995); ROSA, (2003) o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi inscrito num contexto internacional com as experiências e reflexões de Franco Basaglia, um psiquiatra Italiano que promove uma ruptura com o paradigma clínico psiquiátrico, e desconstruindo os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e políticos. Basaglia critica o modelo asilar como espaços de violência aos portadores de transtornos mentais e começou a constituir a criação de novos serviços de portas abertas em que o portador de transtorno mental pudesse receber um tratamento em liberdade e inserido no meio social.

Para AMARANTE (1995) Basaglia e outros mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria do Movimento Psiquiatra Democrática Italiana visitam o Brasil em 1978, no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que ficou conhecido posteriormente como a “Feira da Psicanálise” neste congresso houve grandes debates ao denunciar o caráter elitista do evento e da Psicanálise.

Esse grande passo dado pela Itália influenciou o Brasil, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental, da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social na comunidade e na família.

A década de 1980 é marcada por vários encontros nacionais, com a participação significativa de segmentos das MTSM, entre os principais está II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde, em Bauru, São Paulo e neste momento foi construído o lema “por uma sociedade sem manicômios” estabelecendo o 18 de Maio como dia Nacional da Luta Antimanicomial AMARANTE (1995) com a perspectiva que seja extinto todos os manicômios do país.

Este congresso é um marco na luta para uma nova forma de lidar com a loucura e sofrimento psiquiátrico, desmitificando a idéia que os “loucos” são perigosos e abordaram a importância do convívio familiar com o usuário em

sofrimento mental e a necessidade da ressocialização. É nessa trajetória que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em que busca substituir os hospitais psiquiátricos.

Em 1989, é lançado no Congresso Nacional o projeto de Lei 3.657/89 “Projeto Paulo Delgado” do deputado Paulo Delgado que propõe a extinção progressiva dos manicômios do país, no entanto, só foi aprovado 12 anos depois, quando foi totalmente reformulado transformando-se num no Projeto de Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), que garante os direitos e a proteção dos Portadores de Transtorno Mental e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Os usuários passaram a receber atendimentos mais humanizados, com mais liberdade e autonomia. Os serviços são oferecidos nos CAPS, com a participação dos profissionais, usuários, familiares e a comunidade.

Para AMARANTE (2000), esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, nos campos, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural.

Portanto, o modelo de assistência após a desinstitucionalização traz mudanças significativa, o indivíduo não é mais pensando isoladamente, mas como participante de grupos sociais, entre eles a família. É assim que esse processo introduzirá a família como elemento central no enfrentamento à problemática dos indivíduos em sofrimento.

Para BRASIL (2005), na década de 1990, contribui para a Reforma Psiquiátrica a assinatura a Declaração de Caracas, realizadas pelas organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais da saúde, legisladores e juristas que se reuniram na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde que aconteceu na Venezuela realizada em 14 de Novembro de 1994.

Em 2002 é criada a Portaria/GM 336/02, atualizada no ano de 2011 pela Portaria/GM 30.88/11 que amplia os serviços da saúde mental e estabelece as modalidades dos CAPS de acordo com as diferentes necessidades de cada território, como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPSI I; CAPS ADIII. Com a criação desses serviços substitutos, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2011). Os diferentes tipos de

CAPS que compõem a rede de Saúde Mental em cada modalidade e de acordo com as diferentes necessidades de cada território a saber:

- a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;
- d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. serviço de Saúde Mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- e) CAPS AD III: atende adultas, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;
- f) CAPSI I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc. e oferecem diversas atividades terapêuticas: individuais ou em grupos, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias.

No ano de 2003, foi criada a Lei Federal 10.708/2003 sancionada pelo presidente Inácio Lula Da Silva e a criação do Programa De Volta para Casa que foi reivindicado desde II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992.

O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, p.17, 2005)

A desinstitucionalização dos manicômios juntamente com as políticas públicas, os programas, voltados para garantir os direitos dos usuários de saúde, propondo mais autonomia, cidadania e inserção social dos usuários de Saúde Mental no convívio social que serão prestadas pelo Estado, familiares e a sociedade. Portanto, a Reforma Psiquiátrica traz esse processo de mudança e cada vez vem modificando e aprimorando os serviços substitutivos na saúde mental aos hospitais psiquiátricos evitando internações desnecessárias.

Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial através da Portaria de nº 3.088/2011 com a finalidade de ampliação e articulação dos serviços do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas. A rede tem o objetivo de expandir os serviços para outras unidades de saúde, para melhor atender as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e os casos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e dos familiares com mais flexibilidades, aproximando os serviços na comunidade em que vive os usuários atendendo às necessidades do usuário de saúde mental.

Então, é necessário, a articulação dos serviços de saúde básica e as diversas complexidades juntamente com serviços de saúde mental que a reforma psiquiátrica propõem uma rede de serviços substitutos.

De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para atividade terapêutica.

2.3 OS AVANÇOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE/PB

O município de Campina Grande/PB vem acompanhando esse processo de mudanças e é destaque em nível nacional na Reforma Psiquiátrica. Foi a primeira cidade na Paraíba, no ano de 2002, após a aprovação da Lei nº 10.216/2001 a criar uma Lei Municipal da Saúde Mental de nº 4.068, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa e sancionada pela prefeita Cozete Barbosa, que dispõe sobre a promoção e da reintegração social do portador de sofrimento mental e determina a implantação dos serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos no referido município.

Neste mesmo ano é implementado o primeiro CAPS, o CAPSII Novos Tempos, em 18 de Dezembro de 2003.

Neste período, o município de Campina Grande tinha uma população de aproximadamente 400 mil habitantes tinha uma assistência à Saúde Mental de cunho hospitalocêntrica, visto que o hospital era responsável pela grande demanda de Saúde Mental da região através de dois hospitais psiquiátricos: o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) conhecido com o nome do seu proprietário Dr. João Ribeiro e o outro hospital psiquiátrico Dr. Maia. Com o novo programa de fiscalização foi denominado a espécie no Hospital João Ribeiro e diante das irregularidades constatadas, foi indicado ao descredenciamento com o SUS.

Após sucessivas avaliações negativas do Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria) começa a tomar curso o processo de desintitucionalização. [...] O hospital João Ribeiro em abril de 2005 que, após avaliações constantes negativas realizadas pelo PNASH/Psiquiatria, passou a sofrer interdição legal. [...] E o hospital Dr. Maia continua funcionando após algumas pequenas mudanças solicitadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005 apud JUVENTINO, SILVA, SILVA, p.05, 2011).

Após o descredenciamento do hospital psiquiátrico João Ribeiro do SUS, no entretanto, o referido hospital ficou funcionando apenas no setor privado até seu fechamento. O município avançou na Política de Saúde Mental estruturando uma

rede de serviços substitutivos ao antigo modelo de hospitocêntrico. Souza (2013) aponta que atualmente possui oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS II Novos Tempos, CAPS Ad, CAPS Ad-III Infanto-Juvenil, CAPS III – Reviver CAPS Infantil - Viva Gente, CAPSI I e mais dois CAPS I: um localizado no distrito de São Jose da Mata (Cuidar e Viver) e em Galante (Bem Viver), sendo três CAPS adultos, dois CAPS infantis, e dois CAPSAD

Além destes serviços possui seis residências terapêuticas são três femininas e três masculinas segundo a Secretaria de Saúde de Campina Grande são casas localizadas para responder as necessidades de moradores de pessoas com transtorno mentais graves, que vivenciaram longos períodos de ou enclausurados em hospitais psiquiátricos.

Há também, um Leito Especializado em Saúde Mental (LESM), funcionando em um prédio anexo dentro no Hospital Municipal Dr. Edigley, mas diante das recomendações do Ministério da Saúde esse serviço passe a funcionar junto ao hospital, o objetivo dessa mudança e inserir a Saúde Mental nos outros serviços sem discriminação, mas, continuando os serviços com uma equipe especializada em Saúde Mental. O município implantou ainda um Centro De Convivência Cultural “Artes e Ofícios” e um Chalé De Artesanatos De Saúde Mental.

2.4 O CAPS I CUIDAR E VIVER

O CAPS I Cuidar e Viver em Campina Grande faz parte dos serviços de Saúde Mental do SUS, referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares e pessoas dependentes do uso de álcool e outras drogas.

Tem como objetivo acolher, encaminhar, acompanhar a evolução do usuário, considerando a territorialidade para a facilitação do acesso ao serviço de rede, parceira do atendimento com outros serviços de Saúde. Foi fundado em junho de 2008, com o objetivo de oferecer à assistência aos usuários da Saúde Mental no distrito de São José da Mata.

A equipe de profissionais é composta por apenas sete profissionais de nível superior: 01 Enfermeira, 01 coordenador (psicóloga), 02 psicólogas, 01 fonoaudióloga. Os funcionários da instituição são na maioria contratado, já que apenas um funcionário é efetivo. Esse número de funcionários é insuficiente para atender o quantitativo de usuários que se aproxima dos 400 usuários em todas as

faixas etárias que estão distribuídos nas atividades do CAPS que são Grupos terapêuticos, famílias adolescentes, idosos, crianças medicação, oficinas álcool e outras drogas e atendimento individual.

Os funcionários trabalham semanalmente com cargas horárias diferenciadas, cumprindo 30 horas semanais, com exceção do médico que cumpre apenas 8 horas semanais, o que podemos observar neste contexto é a relação de poder entre os profissionais da saúde no qual o médico não cumpre a mesma carga horária que os demais profissionais e também não participa das atividades que fazem parte da instituição, como visitas domiciliares, reunião de equipe entre outras.

Os usuários do CAPS são residentes dos distritos de São José da Mata e Lagoa de Dentro em que faz parte do município de Campina Grande e também atende através de pactuação com a cidade de Puxinanã.

Os usuários possuem dificuldades de transporte para chegar até o CAPS, pois a maioria é de baixa renda e não possui transporte, a prefeitura não disponibiliza o transporte para a locomoção até o serviço. Há casos que o usuário deixar de frequentar ou participa com menos frequência atendimento não por ordem médica, mas pela falta de transporte. O programa Passe Livre que garante o direito aos usuários com deficiência a locomoção gratuita no transporte é um programa seletivo e não beneficia todos os usuários, principalmente aqueles que não possuem o diagnóstico definido ou até mesmo os possui transtornos leves.

São realizadas diversas atividades no CAPS Cuidar e Viver com os usuários e os familiares com uma equipe de profissionais multidisciplinar, ou seja, são diversos profissionais de diversas áreas atuando na perspectiva de integrar os usuários e familiares a comunidade.

O acolhimento é realizado diariamente com os usuários/familiar em seu sofrimento psíquico, realizando uma escuta para posteriormente ser discutido em equipe o encaminhamento de cada caso. Os atendimentos individuais são realizados em todas as especialidades: Psicologia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Serviço Social e Médica. São realizados vários grupos terapêuticos semanalmente como: grupos de idosos, criança e adolescentes, famílias, grupo dos usuários adultos com transtornos leves graves e moderados, grupo de álcool e outras drogas.

As Oficinas Terapêuticas são realizadas oficinas recreativas e oficinas de Arte, terapia conduzidas por um psicólogo, junto ao Assistente Social, onde estimulam a criatividade, socialização e interação entre os membros do grupo.

Grupo de medicação para os usuários que fazem parte do serviço e que estão em uso de medicamento psicotrópicos participam de acompanhamento médico psiquiátrico periodicamente. Em relação à demanda infanto-juvenil, quando necessário são encaminhados para atendimento neurológico no CAPSI em Campina Grande.

As Visitas domiciliares e institucionais são realizadas para acompanhamento ou encaminhamento de alguns usuários que necessite. As Assembleias são com usuários e equipe que tem como objetivo discutir assuntos pertinentes ao funcionamento do CAPS estimulando um individuo critico, com opinião.

Quando há necessidade os usuários são encaminhados para os serviços da rede de Proteção Básica e Especial, serviços de saúde, educação e demais serviços da rede de atendimento em Saúde Mental. A organização das atividades do CAPS são todas desenvolvidas na perspectiva de atender as necessidades dos usuários e seus familiares, viabilizando direitos e a ressocialização na comunidade.

As demandas do Assistente Social se dão através de acolhimento dos usuários com transtorno mental, abrangendo todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Com transtornos leves, moderados e graves.

Um das maiores dificuldade no CAPS é a estrutura física da instituição sendo insuficiente para comportar todos os usuários, de modo que garanta conforto e sigilo no momento do atendimento não apenas para o espaço do Serviço Social mas também as outras demandas da instituição.

3 A FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL

Durante a instituição da loucura, a família desempenhou diferentes papéis em relação à sua importância ou não da família no tratamento daqueles considerados loucos. No período chamado pré-capitalista, a família era a instituição responsável pelos cuidados daqueles considerados loucos (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2003), pois, neste período o louco era da alçada de sua família. Apenas na ausência da família ou impossibilidade de controlar o louco, tornava-se questão pública ou deliberação do rei.

A partir do XV os loucos, prostitutas, mendigos foram enclausurados nas santas casas e hospitais gerais, esses sujeitos provocavam a desordem e por não compartilharem da nova sociabilidade que era imposta pela classe burguesa.

[...] o louco ficava à margem do contrato por não partilhar da mesma racionalidade burguesa. Com esse paradigma, fundam-se pilares ideológicos que legitimam a exclusão e a segregação do louco pelo Estado. [...] a loucura é, antes de tudo, uma forma de improdutividade (ROSA, 2003, p. 44).

A prática de colocá-los em lugares alienantes de “portas fechadas” retirando do convívio social foi vista pela sociedade e pela medicina de forma naturalizada como a melhor forma de tratamento.

Já nos séculos XVII e XVIII que de acordo com Rosa (2003) esse período foi marcado com a essência do Iluminismo, que consiste em libertar o homem da ignorância, dos mitos, fortalecendo o saber e o uso da razão como instrumento emancipatório de autogoverno humano. É neste período da Revolução Francesa que a psiquiatria se estabelece como medicina com o trabalho de Phillippe Pinel. Ele estudou a loucura como medicina que até então, era visto pela filosofia como doença do corpo e da alma.

A Revolução Pineliana apontava a possibilidade da cura sobre a intervenção da loucura, com o tratamento moralista realizado pela disciplina médica conseguiria recuperar a razão do louco e defendeu que os loucos precisavam se libertados das santas casas (local onde habitava os sujeitos que estavam à margem da sociedade) e que a cura era possível com o internamento asilar.

[...] o louco torna-se um igual, com o qual é preciso se comunicar. Isto é, o louco mantém o seu estatuto de humanidade. O asilo reproduziria o ideal igualitário dos revolucionários numa concepção de que o ambiente molda o homem. Daí a justificativa do enclausuramento no asilo como “isolamento terapêutico”, necessário para romper com os focos de influência sem controle, situados no meio, particularmente na família (ROSA, 2003, p.47).

Neste período o louco estava isolado do convívio social e a família é tirada de cena, pois a cura é especialidade de cunho científico, de modo que a medicina estava apta ao processo de cura.

Para Amarante (1995), a própria família sentia-se desvalorizada em seu saber, envergonhada e culpada por não saber “educar”, “moralizar”, ou seja, cumprir o seu papel na sociedade. Para se curar o “louco” precisava-se de internação, pois neste contexto a família não consegue lidar com a loucura.

No século XVIII e XIX com as novas formas de tratar da loucura, asilamento do louco, alienismo e com o modelo médico, o afastamento da família foi mais uma vez negado, por entenderem que a presença da família podia prejudicar a cura e, ao mesmo tempo o louco poderia ser uma ameaça aos familiares. A presença só era permitida no caso de visitas ou informações necessárias sobre a história da sua enfermidade.

[...] a relação da família do portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregados da cura, da custódia e da assistência. Há, portanto, a ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar, bem como a organização asilar implementa uma pedagogia que centra sua ação sobre o louco, excluindo de sua abordagem. A família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia (ROSA, 2003, p. 52).

No século XX, com a Evolução da Psicanálise e o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil ampliam-se a discussão sobre direitos. A família foi ganhando espaço e passou a exercer seu papel na participação direta no tratamento do seu familiar em sofrimento mental.

Foi a partir da década de 1970 que a discussão da humanização da saúde mental efervesceu, período de grandes lutas de movimentos sociais, lutas pela redemocratização do país, a Reforma Psiquiátrica e Movimento Nacional de Luta Antimanicomial foram marcante nas últimas décadas. Nestas lutas as famílias dos usuários em sofrimento mental deram sua grande contribuição nas conquistas dos direitos, participando ativamente dos movimentos.

No século XXI a política de saúde mental foi consolidada com grandes conquistas. Com aprovação da lei 10.216/01, que garante os direitos e a proteção dos Portadores de Transtorno Mental e redireciona o modelo assistencial de saúde mental.

Com a implementação dos novos serviços e novo modelo de assistência na Saúde Mental, a família é incluída no tratamento do familiar participando ativamente do cuidado. Neste sentido, a família é elemento central no enfrentamento as diversas demandas que envolvem o usuário e como provedora do cuidado possuem o papel de ressocializar e resgatar sua cidadania em parceria com os profissionais.

Rosa, Silva e Silva (2014) apontam que Política de Saúde Mental, no contexto atual das demais políticas sociais, passa por processos de transformações resultantes, principalmente, do movimento de Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, o qual busca incluir a família como principal parceira dos serviços, fortalecendo e apoiando frente ao seu papel de proteção e cuidados, bem como fortalecendo a convivência comunitária destes sujeitos.

Em meados da década de 1990 começa os primeiros rebatimentos das políticas sociais no Brasil com a chamada ofensiva neoliberal. Período marcado pelas contrarreformas do Estado sob orientação de organismos internacionais com destaque para o Banco Mundial, como expõem as autoras Bravo e Correia (2012) propõe a descentralização como deslocamentos de responsabilidades para a sociedade e esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade”, ou seja, o Estado transfere o que é de sua competência para a sociedade. Outros impactos do ideário neoliberal são o processo de privatização, focalização e seletividade das políticas sociais, portanto o Estado está voltado aos interesses do mercado na contramão dos direitos sociais.

Desta forma, o Estado passa a ser apenas regulador e financiador e não mais executou das políticas públicas. Todas essas estratégias do projeto neoliberal trazem implicações para a Política de Saúde Mental como explicam ROTINELLI, *et al* (1990 apud ROSA, SILVA, 2014), no entanto, chama a atenção para o fato de que a direção do processo desinstitucionalização não está dada a priori, exigindo vigilância constante acerca de seus rumos, haja vista que propostas orientadas por setores de esquerda e progressista podem ser apropriadas e redirecionadas pelo ideário neoliberal, levando à desresponsabilização do Estado com a proteção social.

Desse modo, é preciso nos atentar ao fato de que o processo de desinstitucionalização ocorreu no período da ofensiva neoliberal e neste contexto as políticas sociais são negligenciadas pelo Estado, podendo afetar através da mesma pelo Estado para a assistência às novas demandas das famílias cuidadoras dos usuários da saúde mental.

A inserção do usuário de saúde mental no seio familiar traz mudanças no cotidiano em vários aspectos desde emocional, financeiro, até mesmo no modo de lidar com o usuário no momento da crise, outra dificuldade é lidar com o preconceito existente na sociedade perante os usuários/família na saúde mental. “Haja vista que nenhuma família está preparada para cuidar de uma pessoa com transtorno mental em seu meio” (MELMAN, 2001 apud ROSA, SILVA 2014, P. 256). Todas essas dificuldades abarcam uma sobrecarga a família. Vale destacar, que geralmente apenas um membro da família é o que carrega toda a responsabilidade de cuidar do usuário.

Nesse sentido, que se faz necessário um questionamento acerca da responsabilidade estatal no provimento de cuidado às pessoas com transtornos mentais, diante da desinstitucionalização em saúde mental. Há aqui o reconhecimento dos avanços quanto aos serviços trazidos pela reforma, através dos Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, dentre outros, embora ainda se perceba que muito tem que ser aprimorado para que, de fato, seja garantida a cidadania das PCTM e de seus familiares (ROSA, SILVA, 2014, p. 07).

Desta forma, é preciso mais efetivação do Estado na Política de Saúde Mental, pois a responsabilização dos usuários de saúde mental não seja apenas, da alçada da família, mas haja mais participação do mesmo. O processo de desinstitucionalização propõe fechar as portas dos hospitais psiquiátricos, abrindo um leque de possibilidades de direitos, oferecendo serviços de portas abertas, com o direito a ressocialização, cuidados no seio familiar, direito a cidadania, ou seja, os usuários passam a viver com mais dignidade a partir de uma nova racionalidade do cuidado. Entretanto, para garantir esses direitos é necessária a participação conjunta do Estado, família e a sociedade para efetivação da Política de Saúde Mental.

4 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O movimento da Reforma Psiquiátrica ampliou a atuação do Serviço Social na Saúde Mental. O CAPS é um dos espaços sócio-ocupacionais do Assistente Social devido à formação social e política desse profissional.

Esse Movimento influenciou o agir profissional, que passa a dar novos encaminhamentos metodológicos ao trabalho profissional, com a possibilidade do assistente social intervir de forma efetiva nas expressões da questão social no campo da saúde mental (BISNETO, 2009 apud GUIMARÃES, PEREIRA, 2013, P.05).

O serviço social faz parte da equipe multidisciplinar do CAPS I Cuidar e Viver. No entanto, atuação do serviço social na instituição é algo mais recente, pois, desde a abertura do serviço no ano de 2008, apenas em 2013 foi inserida na equipe de profissionais.

O atendimento da equipe multidisciplinar na saúde amplia as dimensões do saber, pois envolve o conhecimento de cada profissional que atenda as necessidades dos usuários e familiares, considerando não apenas, o conhecimento Psicológico e Patológico de outros profissionais, mas também, as demandas estruturais e sociais no qual atua o Assistente social. De acordo com o CFESS (2010), o Assistente Social, ao participar de trabalho em equipe na saúde dispõe de ângulos particulares de observação particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações que deferencia dos outros profissionais da saúde.

As demandas da Assistente Social no CAPS I Cuidar e Viver atua na viabilização dos direitos dos usuários e familiares, informando sobre o direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ao Passe Livre nos transportes públicos, orientando como conseguir esses benefícios para os usuários que possui perfil para receber esses direitos. A Assistente Social realiza visitas domiciliares e de acordo com o CFESS (2010) as visitas domiciliares são importantes instrumentos utilizados pelos Assistentes Sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários que envolvem a situação de moradia e as relações familiares e comunitária. Atua na busca ativa dos usuários faltosos,

sempre preocupada com os motivos que levaram a faltar. Realiza acolhimento e traça junto com outros profissionais o projeto terapêutico para cada usuário.

Realiza também, os grupos terapêuticos, individuais e oficinas e famílias junto com a Psicóloga. Os grupos de famílias são realizados apenas com a Assistente Social sendo necessária a participação também de um Psicólogo, pois percebe-se através de relatos, depoimentos dos familiares que estas precisa também do atendimento com o Psicólogo.

Para GUIMARÃES; PEREIRA (2013), o Assistente Social que atua na área da saúde mental deve seguir os Princípios do Código de Ética buscando a cidadania da pessoa com transtorno mental e de sua família, lutando contra o estigma social e os preconceitos em que a pessoa com transtorno mental se encontra, colocando-se, em suma, na perspectiva dos interesses e das necessidades desses sujeitos sociais.

A proposta do Serviço Social no CAPS I Cuidar e Viver é atender as necessidades dos usuários e familiares mantendo a visão crítica da realidade e promovendo ações para desburocratizar o acesso a cidadania e na ressocialização.

5 A INTERVENÇÃO: A FAMÍLIA – ENTRE OS DILEMAS DA SOBRECARGA E DA AUTONOMIA

Inicialmente, vamos apontar algumas questões metodológicas, referentes à execução do projeto de intervenção. O projeto de intervenção foi definido, após vivenciarmos vários grupos, ações e espaços na instituição no período de observação no período de estágio curricular obrigatório.

As ações interventivas do projeto aconteceram semanalmente todas as quartas-feiras. Foi no grupo de família que desenvolvemos o nosso projeto de intervenção com as seguintes preocupações iniciais primeiro foi contribuir e informar as famílias sobre sua importância no processo da reforma psiquiátrica. Segundo trazer um debate sobre o preconceito com os usuários do CAPS perante o julgamento da sociedade, e apontar a importância da inserção social do familiar e do usuário dependente do cuidado.

Foram realizados 05 encontros, todos registrados em nosso caderno de campo. O Primeiro encontro teve como objetivo de discutir com eles o projeto e planejar os encontros posteriores. Assim, a abertura do encontro se deu em uma roda de conversa, com a presença de 12 cuidadoras (a grande maioria delas é a genitora, mas em alguns casos é a madrasta, ou tem outro grau de parentesco, assim preferimos usar o termo de cuidadoras) no qual apresentamos a proposta do projeto de modo bem sucinto, justificando os motivos da escolha do tema e o grupo de família no período do projeto.

Apresentamos também para o grupo de famílias para o grupo o slogan do grupo “*espaço cuidar dos que cuidam*”, relatando que o foco do projeto é o cuidador e teve esse espaço dentro do CAPS Cuidar e Viver para trocar experiências vivências, superação, medos angustia e que iremos tratar de alguns assuntos que são importantes.

5.1 A SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR

Após o momento de apresentação do projeto, a discussão sobre o cuidado passa a ser tema de cinco encontros, apontando a demanda de fala das cuidadoras. No primeiro encontro, diante da excitação em torno do tema já lançamos a

provocação (que evidentemente, já tinha sido planejada nos encontros de planejamento do projeto junto à supervisão de estágio e a supervisora de campo):

- **O que vocês entendem por cuidado? ¹**

As respostas expressam o cotidiano de cada família, cada uma, dentro da realidade que vive.

Cuidar não é só da comida e medicação. É dar amor, carinho. Deixo ela a vontade ela não faz nada. Ela acorda quando quer, dorme quando quer e come quando quer. Se eu “apertar” aí pronto, aí que ela não faz nada. As pessoas dizem que ela é assim porque mimo ela, mas não é verdade (CUIDADORA PAULA).

No relato da cuidadora² é possível observar a superproteção com a filha e a falta de autonomia. Esse foi um dos questionamentos abordado com as cuidadoras, mostrando a importância de liberdade ao familiar com transtorno mental, mas também ter a percepção que eles precisam “andar com os próprios pés” dentro dos seus limites e possibilidades.

Meu cuidado é dar banho, comida remédio. Cuido mais deles do que o pai, [...] Não recebo ajuda de ninguém da família. Eles não têm paciência com ela (CUIDADORA SILVANA).

Meu cuidado é vigiar ela, senão ela bate no irmão de 22 anos ela é muito agressiva, tenho que tá de olho. (CUIDADORA EDUARDA)

Nestes depoimentos fica explícita como a sobrecarga do cuidado afeta mais as mulheres que os homens. Este fato, não é um caso isolado do CAPS Cuidar e Viver vem se repetindo ao longo da história desde os primeiros grupos e comunidades em que as mulheres são culturalmente as responsáveis pelo cuidado doméstico.

Os homens, ao longo dos séculos, foram condenados à provisão material, ao fazer, à razão e ao anonimato da rua e as relações na esfera pública. Às mulheres, o cuidar, o sentir, a emoção e o compromisso pessoal, na casa, ou seja, na esfera privada e no âmbito da reprodução social (ROSA, 2003, p.15).

No grupo de família do CAPS, as mulheres relatam que sacrificam seus projetos pessoais e profissionais para total dedicação ao familiar em sofrimento

¹ Apêndice A

² Os nomes das cuidadoras são fictícios com o intuito de preservar a identidade das mesmas.

mental, ou mesmo quando consegue fazer algo voltado para sua vida pessoal se sente culpada e não confia em deixa a responsabilidade com outra pessoa.

Para Rosa (2003) a mulher é, então, pressionada socialmente a tomar para si o tal encargo que com frequência assume como desejo, embora tenha relativa autonomia para renunciar a ele, o que raramente ocorre, posto que a expectativa da maternidade seja ainda traduzida como sendo o cerne da identidade feminina.

Cuidado é preparar para a vida, sempre deixo fazer as coisas que qualquer outra pessoa da idade dele faz, claro respeitando os limites. Deixo-o tomar a medicação, sozinho. Mostrei a ele onde fica guardado e a quantidade. Mesmo que depois eu vá conferir se ele tomou. Fui deixando, deixando, hoje ele já sabe o horário certo de tomar sozinho sem precisar de eu estar no pé, isso é cuidado. Para ir a escola ele ia acompanhado comigo, agora teve dois dias que deixei ir sozinho, só que teve um dia que ele desviou. Hoje o acompanho até o ônibus quando o ônibus chega vou embora, ou seja, vou libertando aos poucos vou cuidando para que ele viva nessa sociedade sem mim. A gente vai cuidando orientado dando as diretrizes para ele viver sem mim. [...] até então aprendi com o CAPS, sempre escutando (das profissionais) seu filho tem potencial, acredite no seu filho. Teve um tempo que eu queria desisti, achei que não tinha mais solução. Mas foi no CAPS que passei a investir nesses cuidados. [...] “passo confiança para que ele possa caminhar sozinho”(CUIDADORA ALINE).

Durante a discussão, a cuidadora mostra o seu modo de cuidar e a transformação no seu modo de pensar em relação ao filho. De início, ela não acreditava no desenvolvimento dele, enquanto sujeito independente para seu auto cuidado, mas através das ações desenvolvidas pelo CAPS que seu olhar mudou. Nesta perspectiva ROSA (2003, p. 296) assevera:

Os cuidadores que melhor obtiveram o consentimento do PTM no tratamento/cuidado são aqueles que consegue desenvolver algumas qualidades relacionais positivas com ele. Para tanto, construíram uma relação baseada na paciência, no amor, no respeito, no conhecimento sintomatológico, na confiança, qualidades referenciadas historicamente na mulher.

Ambas as experiências vivenciadas pelas cuidadoras demonstram o modo de cuidar de modo bem particular. No cotidiano elas criam estratégias para melhor lidar com as dificuldades e com o transtorno mental.

Nos segundo e o terceiro encontros, continuamos abordando a temática do cuidado, mas um cuidado voltado para elas, enquanto mães, mulheres. No segundo encontro continuamos com a provocação e fiz a seguinte pergunta:

- **Como se sente no papel de cuidadoras?**

Eu acredito que desempenho bem meu papel de cuidadora, mas também, todo tempo que tenho é para ela (CUIDADORA SUELI).

Eu acredito que estou direcionando ele no caminho certo [...] não é fácil cuidar com responsabilidade. Às vezes, esqueço até de mim (CUIDADORA ALINE).

Eu vivo mais para eles do que pra mim. Lá em casa só quem tem paciência com ela sou eu (CUIDADORA PAULA).

As cuidadoras trazem em seus argumentos a renúncia a si mesma e total entrega ao cuidado. Para Rosa (2003), a abnegação, a renúncia aparece como um sentimento introjetado entre as mães, que assumem o provimento de cuidado como destino imutável, que a leva a se preocupar e querer administrar o futuro do PTM até sua morte.

A sobrecarga do cuidado no cotidiano é predominantemente relacionada por cansaço, peso emocional, físico e psicológico.

Falta-me paciência, tem horas que da vontade de deixar tudo e sair correndo (CUIDADORA AMANDA).

Nossa, é muito estressante (CUIDADORA SUELI).

Eu não gosto da vida que levo. Só cuido deles porque se eu não cuidar quem é que cuida? (CUIDADORA EDUARDA).

A presença de um sujeito em sofrimento mental no grupo familiar, muda a rotina, hábitos, comprometendo o descanso, o sono e o lazer. As cuidadoras muitas vezes, procuram o CAPS em busca de orientação com profissionais para sanar algumas dificuldades com o usuário.

O terceiro encontro foi discutido assunto sobre a sobrecarga do cuidado. Como já estava evidente que elas vivem no seu dia a dia uma sobrecarga de responsabilidades. Foi um momento em que elas puderam refletir sobre as situações em que vivem. Neste encontro pontuamos algumas orientações para que amenizem essa sobrecarga: Procurar dividir as tarefas com outras pessoas da família, como também estimular a pessoa que precisa de cuidados a fazer tarefas de acordo com as possibilidades e procurar outras redes de serviços que ofereçam atendimento aos familiares dos usuários de saúde mental, exemplos UBSF, NASF entre outros serviços.

A discussão foi muito produtiva. As mães relataram quando descobriram que os filhos iam precisar de um cuidado mais especial delas. Muitas se emocionaram ao

relembrem. No grupo de 14 cuidadoras, apenas uma mãe recebe ajuda de outros membros da família “pegar a medicação e nas compras” (CUIDADORA PAULA).

Uma mãe relatou ter medo de perder o filho; “tenho medo das crises dele, dele não resistir e morrer” (CUIDADORA SUELI).

O cansaço emocional, físico e o estresse relacionado à sobrecarga as cuidadoras relatam que adquiram outras doenças físicas como gastrites, vitiligo. “mim sentia a heroína, mas só eu sabia o que passava, meu corpo respondeu de com outra forma vieram vários sintomas” (CUIDADORA ALINE).

5.2 ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADO E O DESAFIO DA AUTONOMIA – O GARGALO DAS FAMÍLIAS DA SAÚDE MENTAL

No quarto encontro, estava planejado que chegava à hora de passar a discutir a autonomia. Elegemos um filme para iniciar uma discussão tão polêmica e controversa. Nesse encontro houve a participação de 10 familiares. Levamos o filme “*Como se fosse a primeira vez*”, para trazer a discussão da autonomia, sobrecarga e da inserção social na comunidade. Logo após, iniciei falando que o filme é uma comedia romântica, mas que apresenta uma historia de reflexão e lançamos a pergunta: *Vocês perceberam alguma semelhança no filme que tem a ver com o dia a dia de vocês?*

Uma parte das cuidadoras relata que sim, outras não compreenderam a mensagem do filme. “O filme mostra que o pai quer proteger a filha e representa o nosso cuidado com nossos filhos” (CUIDADORA EDUARDA).

No entanto, iniciamos um debate sobre o filme. O pai passou por aquilo que vocês vivem hoje, a sobrecarga do cuidado. A rotina é a mesma, sempre os mesmos afazeres e a rotina de sua filha também, até a mesma blusa ela vestia todos os dias. Todos os dias frequentava o mesmo local. Então, trazendo para a nossa realidade, é isso que acontecem no nosso dia a dia. Precisa-se conhecer algo novo, não apenas comer, tomar a medicação e dormir, porque viver assim é muito sem graça. Ou seja, os “dependentes” dos cuidados precisam sair do comodismo ir vivenciar coisas que eles são capazes de viver.

Quando estávamos debatendo esse ponto uma das cuidadoras falou “o pai tinha toda uma rotina com a filha e veio um cara e mudou toda a historia dela, e fez ela fazer coisas que nunca tinha feito”. A cuidadora passou a refletir sobre a

realidade que vive com a filha que muitas vezes, não consegue desenvolver a autonomia da mesma.

Foi importante discutir o filme com elas por que mostramos de forma mais clara que é possível trabalhar mais autonomia dos usuários e que elas enquanto cuidadoras podem permitir que outras pessoas possam ajudar nos cuidados.

No filme o pai não contava a filha de sua doença para não magoá-la e para proteger a filha de um sofrimento, mas que na verdade estava impedindo ela de viver coisas diferentes. Em seguida pontue para elas que não é porque os filhos de vocês possuem certa limitação que não possam viver novas experiências como namorar, casar e ter filhos. Deixe ser o que quiserem outras pessoas também podem amá-los e cuidá-los. Uma das cuidadoras relata “Interessante, que já tinha assistindo esse filme várias vezes, mas nunca tinha visto o filme por este lado. Gostei muito”.

5.3 A CONCEPÇÃO DA INSERÇÃO SOCIAL VERSUS PRECONCEITO NA SAÚDE MENTAL

No quinto encontro buscamos trabalhar o debate da inserção social e o preconceito. Realizamos uma roda de conversa e logo após, apresentamos uma palestra. Na roda de conversa iniciamos a discussão perguntando se alguém já tinha sofrido preconceito por frequentarem os serviços do CAPS?

Sim. As pessoas acham só porque trago ela aqui, pensa que ela é doída (CUIDADORA PAULA).

A minha mãe mesmo trata ela com diferença. Não a tratar como os outros netos (CUIDADORA AMANDA).

Meu filho esta sendo excluído pelos os outros colegas da sala, ninguém que fazer trabalho em grupo com ele, ele sempre sobra (CUIDADORA ALINE).

No discurso das cuidadoras percebemos que a dificuldade da reinserção social dos usuários de Saúde Mental está ligada ao preconceito que esta arraigada na sociedade, mas precisamos desconstruir os estigmas que sofrem os usuários de Saúde Mental. Iniciamos a palestra após ouvir o depoimento das cuidadoras com os seguintes pontos:

- O preconceito não é apenas exclusivo da sociedade, mas os próprios usuários e os familiares muitas vezes, são preconceituosos e sentem vergonha de sair na rua.
- Os profissionais da Saúde Mental também sofrem preconceito.
- A melhor forma de enfrentar o preconceito é mostrar a sociedade que os usuários da Saúde Mental são pessoas normais e está procurando cuidar da saúde igual outro problema de saúde qualquer.
- Não podemos deixar os usuários trancafiados em casa, pois estaríamos retornando os modos antigos da Saúde Mental.
- A reinserção social é um direito do usuário de Saúde Mental e que foi adquirido com a desinstitucionalização dos manicômios.
- Em seus 12 artigos, a Lei 10.216/01 estabelece que o tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais visará como finalidade permanente à reinserção social do paciente em seu meio social.

Trazer informação, aos usuários é um dos deveres dos Assistentes Sociais. No CAPS há dificuldade das famílias e dos usuários no que tange a inserção social devido o preconceito sofrido pelo fato de ser usuário do CAPS. O estigma do preconceito com os profissionais e os usuários vem desde muitos séculos atrás, pois se afirmava que todo “louco é perigoso”, que “todo usuário do CAPS é doido”.

A execução do projeto de intervenção no grupo de famílias trouxe a discussão de início sobre a importância da família no processo da reforma psiquiátrica.

Portanto, durante o desenvolvimento das oficinas foi notório as novas demandas no cotidiano das cuidadoras ao lidar com usuário dependente do cuidado. Diante dos questionamentos colocados pelas famílias precisamos mudar a direção da discussão, pois durante os depoimentos das famílias observamos o quanto essas famílias estão sobrecarregadas ao cuidar de usuário da saúde mental depende do cuidado. Outro ponto perceptível foi o quanto as cuidadoras e os usuários estão vulneráveis ao preconceito que está presente na sociedade em relação à Saúde Mental. Foi possível perceber que o preconceito interfere na ressocialização social dos usuários e também dos familiares.

Para as cuidadoras é desafiante vivenciar a sobrecarga do cuidado e ao mesmo tempo desenvolver a autonomia dos usuários. A cada encontro realizado

com o grupo de famílias e de acordo com a exposição das informações, as cuidadoras trouxeram essas demandas.

Durante o desenvolvimento da intervenção foi possível perceber que os rumos dos objetivos foram adquirindo uma nova discussão, pautada na responsabilização da família com o usuário e o desafio de lidar cotidianamente com a sobrecarga do cuidado e a dificuldade da autonomia, assim como também, de conviver com o preconceito de modo que impeça as famílias de garantir o direito da ressocialização social que está garantido na lei 10.216/01.

Nossa contribuição no grupo de famílias não se restringe apenas as cuidadoras, mas nos proporcionou trocas de saberes enquanto estagiários de serviço social. A metodologia utilizada facilitou a troca de conhecimento. As discussões foram de suma importância para as cuidadoras, pois assim, contribuímos de modo reflexivo, dinâmico e crítico em algumas situações que são entraves na política da Saúde Mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estágio supervisionado no CAPS I Cuidar e Viver foi possível compreender e analisar, através das demandas dos usuários no cotidiano da instituição a realidade social que são de competência e atribuição do Serviço Social.

Acompanhamos a Assistente Social no desenvolvimento das atividades do CAPS na realização de visitas domiciliares, buscas ativas de usuários faltosos mediaram alguns grupos terapêuticos, participamos de reunião de equipe, assembléias e eventos entre outras demandas. O estágio nos proporcionou vários pontos positivos. O primeiro tornou-nos conhecedores da trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica e dos vários desafios na execução da política de Saúde Mental.

O segundo foi perceber e intervir nos dilemas vivenciados pelas cuidadoras dos usuários na garantia dos direitos dos usuários e das próprias cuidadoras. E também, articulamos o conhecimento teórico relacionando com a prática do Assistente Social respeitando os princípios estabelecidos no Código de Ética Profissional do Assistente Social, como fundamentadores do fazer profissional do Assistente social.

Apontamos que podemos vivenciar através do estágio e do projeto, as múltiplas demandas vivenciadas pelo Serviço Social na instituição, a intervenção do serviço social na saúde mental no CAPS I Cuidar e Viver está pautada na garantia dos direitos dos usuários. Como apontamos, anteriormente, o trabalho da Assistente Social tem como direção social o atendimento das necessidades dos usuários e familiares a partir de visão crítica da realidade e construindo ações para desburocratizar o acesso a cidadania e na ressocialização.

Um trabalho que podemos requer muitas mediações, lutas e discussões cotidianas. Observamos também que o trabalho, muitas vezes, é dificultado pelo processo de precarização que tem sido vivenciado na saúde como um todo, seja pelos vínculos precários, seja pelo quantitativo insuficiente de profissionais.

No grupo de famílias durante a execução da intervenção, foi possível desenvolvemos atividades e ações que possibilitou-nos desafios e possibilidades na Política da Saúde Mental no que tange aos questionamentos levantados no projeto de intervenção. Nos depoimentos das cuidadoras foi notável que o cuidado está a sobrecargas que são expressas fisicamente, emocionalmente e psicologicamente. A

discussão sobre a sobrecarga foi de grande relevância para as cuidadoras, pois discutimos e orientamos na execução da intervenção, sugestões que podem amenizar as demandas da sobrecarga. Uma orientação sugerida foi definir estratégias para desenvolver a autonomia do familiar em sofrimento mental fazendo dele um aliado e ao mesmo tempo dar oportunidade para que os usuários desenvolvam atividades que conseguiram resolver dentro das possibilidades.

A discussão do preconceito e da inserção social ainda é um desafio que necessita ser trabalhado cotidianamente com as cuidadoras, pois nem todas compreendem e/ou não estão preparadas para lidar com o preconceito. Deste modo, o preconceito traz implicações na garantia da ressocialização das famílias e dos usuários. De modo geral, as famílias se mostraram participativas e interessadas sobre os temas discutidos. A execução do projeto teve um caráter esclarecedor, desmistificador, mostrando estratégias e experiências vividas por outras cuidadoras.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P., org. **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection. 316 p. ISBN 978-85-7541-319-7. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/htgj/pdf/amarante-9788575413197.pdf>. Acesso em: 10/09/2017

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAVO. Maria Valéria Costa; BRAVO. Maria Inês Souza. Desafios do Controle Social na atualidade. São Paulo. Serviço Social e Sociedade. n° 109. p. 126-150, jan/mar. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde; SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde mental**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>. Acesso em 03/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde **Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 30/09/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 30.88/2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01/10/17.

CFESS, Conselho Federal de Serviço SOCIAL. **Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

COMO se fosse à primeira vez. Peter Segal. EUA. 2004. Disponível em: <http://www.megatorrentshd.com>. Acesso em: 30/03/17 (Filme).

FAMILIARES. Parceiros do Cuidado. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jV1-5OzsvVQ> Acesso em: 20/03/2017.

FLEURY, Sonia. **Saúde e Democracia**: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos. 1997.

GUIMARÃES, Simone de Jesus, PEREIRA, Sofia L. Barbosa **Serviço Social e Saúde Mental**. São Luiz do Maranhão: VI Jornada Internacional de Políticas Sociais. 2013.

JUVENTINO. Jaqueline Bezerra; SILVA. Cristiana Carla da; SILVA. Chris Stefanny. **A reforma psiquiátrica e o atendimento prevaiente a crise no município de Campina Grande-PB.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2011. Disponível:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_REFORMA_PSIQUIATRICA_E_O_ATENDIMENTO_PREVALECENTE_A_CRISE_NO_MUNICIPIO_DE_CAMPINA_GRANDE_PB.pdf. Acesso em 01/10/2017.

PAIM. Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: Dialogando com hipóteses concorrentes.** Rio de Janeiro: PHYSIS Rev. Saúde coletiva. 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro; Fiocruz. v 21, n.1, jan-mar. 2014, p.15-35.

SCLIAR, Moacir. **Historia do Conceito de Saúde.** Rio de Janeiro: PHYSIS Rev. Saúde Coletiva. 2007.

ROSA, Lucia Cristina dos santos; SILVA Ellayne Karoline Bezerra. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** 17. ed. Florianópolis, Revista Katálysis. 2014.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

- 1) Como se sente no papel de cuidadoras?
- 2) Como se sente no papel de cuidadoras?
- 3) Já tinha sofrido preconceito por frequentarem os serviços do CAPS?