

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL EM UMA CIDADE DO MÉDIO
JEQUITINHONHA - MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI
2017**

**CLEIDIANE ALVES OLIVEIRA SOUZA
RITA MAGNA CARVALHO RIBEIRO**

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

**A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL EM UMA CIDADE DO MÉDIO
JEQUITINHONHA - MINAS GERAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia das Faculdades
Unificadas de Teófilo Otoni, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.**

**Orientador Professor Carlos Roberto Schutte
Júnior.**

**TEÓFILO OTONI
2017**



FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

FICHA DE APROVAÇÃO

O trabalho de Conclusão de Curso intitulado PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL EM UMA CIDADE DO MÉDIO JEQUITINHONHA - MINAS GERAIS, elaborado pelas alunas CLEIDIANE ALVES OLIVEIRA SOUZA E RITA MAGNA CARVALHO RIBEIRO foi aprovada por todos os membros da banca examinadora e aceita pelo curso de Psicologia das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni como requisito parcial para a obtenção do título de

BACHAREL EM PSICOLOGIA

Teófilo Otoni, 14 de dezembro de 2017

Prof. Esp. Carlos Roberto Schutte Júnior
Orientador

Prof. Examinador 1

Prof. Examinador 2

Dedicamos este trabalho a Deus
e aos nossos familiares pela
compreensão, ajuda, esforço e apoio, em
todos os momentos

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, primeiramente, pelo seu amor incondicional e por nos capacitar para a confecção deste trabalho, por nos dar sabedoria, inteligência, força e persistência ao longo desta caminhada.

Aos nossos familiares pelo carinho, amor, compreensão, paciência e incentivo durante esta trajetória.

Ao nosso orientador Carlos Roberto Schutte Júnior pela disponibilidade, atenção, por nos guiar com todo carinho, dedicação e paciência, sempre nos direcionando para o caminho correto.

Ao nosso professor de monografia Lúcio Onofre, por nos orientar na formatação deste trabalho, assim como o coordenador do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, que disponibilizou o material para coleta de dados.

Prefiram a minha instrução à prata, e o conhecimento ao
Ouro puro, pois a sabedoria é mais preciosa do que rubis;
Nada do que vocês possam desejar compara-se a ela.

Provérbios 8:10 – 11

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atendimento Psicossocial – álcool e drogas

CAPS i - Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRE – Centro Regional de Especialidades

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT - Conselho Tutelar

CTA – Centro de Testagem e aconselhamento

ESF- Estratégia Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa Etária e Gênero.....	41
Gráfico 2 – Pacientes que possuem PTS.....	42
Gráfico3 –Atendimento Individualizado, em Grupo e Visita Domiciliar.....	44
Gráfico 4 – Participação da Família nas atividades propostas pelo CAPS i.....	45
Gráfico 5 – Verificação da Hipótese Diagnóstica da Criança ou Adolescente.....	47
Gráfico 6 – Encaminhamentos para a Rede Socioassistencial.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gênero e idade dos usuários do CAPS i 2015 á 2017.....	40
Tabela 2 – Gênero e idade dos usuários do CAPS i que possui PTS nos prontuários de atendimento.....	41
Tabela 3 –Atendimento Individualizado, em Grupo e Visita Domiciliar.....	43

RESUMO

O presente trabalho mostra a importância das famílias dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, tendo como objetivo demonstrar a participação da família no cuidado com a criança e adolescente com transtorno mental grave. Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados como fonte principal os prontuários do CAPS i. Verificou a existência de alguma proposta de participação da família do usuário. Sendo de perfil qualitativo e quantitativo, o método foi escolhido conforme a possibilidade de acesso à informação, a proposta de acolhimento com a família dos usuários, com o propósito de confrontar o que está previsto no projeto terapêutico singular em termos de participação da família e o que se apresenta no prontuário. Sendo assim foram levados em consideração os aspectos éticos, com o cuidado de não expor nenhum usuário e sua história de vida, ou exposição da vida pessoal do usuário ou da família. Os dados identitários desta pesquisa relacionam-se ao sexo e idade; atendimento individualizado, em grupo e em visita domiciliar à família; participação da família nas atividades propostas; hipótese diagnóstica e encaminhamentos para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde à criança e adolescente. Esses dados foram coletados e analisados, com percepção da dificuldade de acolhimento da família e sua participação nas atividades propostas pelo serviço. Levando em consideração a importância do PTS para um atendimento individualizado, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde.

Palavras-chave: Família. CAPS i. Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

The present study shows the importance of the families of the users in the Center of Psychosocial Attention of Minas Gerais, aiming to demonstrate the participation of the family in the care of the child and adolescent with severe mental disorder. For the development of the study, CAPS i charts were used as the main source. He verified the existence of some proposal of participation of the family of the user. Being qualitative and quantitative, the method was chosen according to the possibility of access to information, the proposal of reception with the family of the users, with the purpose of confronting what is foreseen in the singular therapeutic project in terms of family participation and the which is presented in the medical record. Thus, ethical aspects were taken into account, with care not to expose any users and their life history, or exposure of the personal life of the user or the family. The identity data of this research are related to gender and age; individualized, group and home visits to the family; family participation in proposed activities; diagnosis hypothesis and referrals to other services of the Network of Psychosocial Attention in the Unified Health System to the child and adolescent. These data were collected and analyzed, with perception of the difficulty of receiving the family and their participation in the activities proposed by the service. Taking into account the importance of PTS for individualized care, including care and follow-up in clinical health situations.

Keywords: Family. CAPS i. Unique Therapeutic Project.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REFERENCIAL TEORICO	25
2.1 Contextualizando o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) na história da Reforma Psiquiatra Brasileira	25
2.1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	25
2.2 Como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como política pública	27
2.3 A política de saúde mental infanto-juvenil (CAPS i)	29
2.4 O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento Privilegiado no processo de reinserção social não só da criança, mas da família do Usuário do CAPS i	32
2.4.1 Projeto Terapêutico Singular.....	32
2.4.2 A pessoa com transtorno mental e o processo do cuidar	34
2.5 A assistência ao familiar	35
2.6 A importância de um Projeto Terapêutico Singular que contemple a participação da família	37
2.7 O lugar da família no acompanhamento da criança com transtorno mental grave	40
2.8 A importância do trabalho do psicólogo no CAPS i	43
3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TECNICOS DA PESQUISA	47
3.1 Classificação da pesquisa	46
3.2 Caracterização e quantificação	47
3.3 Procedimento de coleta de dados	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 Caracterização dos formulários	49
4.1.1 Caracterização dos formulários quanto ao Sexo e idade	50
4.1.2 Caracterização dos formulários quanto ao atendimento à família, individual, em grupo e em visita domiciliar.....	52
4.1.3 Caracterização dos formulários quanto a participação da família.....	54
4.1.4 Caracterização dos formulários quanto à hipótese diagnóstica da criança ou adolescente	56
4.1.5 Modelo de rede ideal.....	59
4.2 Discussão geral	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APENDICE A	71
AUTORIZAÇÃO	71
APENDICE B	72

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é demonstrar a participação da família no acompanhamento das crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em um serviço de saúde mental, adverso à lógica manicomial, aberto e que assiste à população Infanto-juvenil.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são caracterizados por serem serviços de atendimento comunitário ambulatorial que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, no seu território de abrangência, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e tendo como referência a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

O objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Como observado, os CAPS vêm promovendo um novo olhar sobre as pessoas e como abordado especificamente neste estudo, as crianças e adolescentes com transtorno mental, permitindo a sua existência fora dos muros das instituições psiquiátricas. O que tem-se mostrado fundamental nesse processo é a intersectorialidade das ações, ou seja, a integração entre os diversos setores da sociedade em prol da melhoria das condições de vida desses sujeitos.

Entretanto, apesar de toda sua reestruturação – na qual a criança e o adolescente são tratadas em seu meio social, junto às suas famílias, as Políticas Públicas pouco consideram uma atenção voltada aos familiares. Ainda que se reconheça que um membro doente em casa causa uma sobrecarga na família, traz angústias, muitas dúvidas e até mesmo culpa (MELMAN, 2006).

Diante de tais fatos, nota-se que este Projeto de pesquisa é de fundamental relevância, uma vez que fornece elementos ao leitor sobre a articulação feita entre saúde mental e família de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Pois, mesmo com toda importância reconhecida, é percebido um déficit assistencial voltado para seus familiares, sendo uma área ainda muito carente em termos de

ações mais consistentes. Dessa forma, emerge o compromisso que os profissionais de saúde têm na orientação dos familiares e dos cuidados a serem tomados com os usuários, sem excluí-los ou discriminá-los, trabalhando para que os mesmos possam buscar cuidados para si.

Nessa perspectiva, percebe-se que é de grande valor ações em direção a uma política de saúde mental capazes de responder com efetividade às necessidades de crianças e adolescentes, garantindo a ampliação de estratégias que seja de efetivação, valorizando a articulação de serviços prioritariamente de base comunitária e sob fundamento intersetorial, formando um contínuo de resposta para a efetividade do cuidado em saúde mental infantil e juvenil.

Visto que no campo da pesquisa, os trabalhos sobre o assunto apresentam grandes dificuldades no acompanhamento e articulação com a família, a pesquisa facilita uma reflexão crítica de como está o acompanhamento das famílias dos usuários de saúde mental Infanto-juvenil, assim como, um melhor esclarecimento e verificação da realidade ocorrida dentro destes serviços.

Do ponto de vista metodológico, o presente trabalho consistiu-se de uma Pesquisa Documental. Para o desenvolvimento do estudo utilizamos como fonte principal os prontuários ativos, ou seja, que estão sendo atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i). Atendidos entre 2015 a 2017, o que possibilitou verificar se há participação e acompanhamento da família do usuário e se tais ações são contempladas em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este trabalho foi organizado em três seções:

1. Contextualização do CAPS i na História da Reforma Psiquiátrica;
2. Apresentação do Projeto Terapêutico Singular como instrumento privilegiado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
3. Promoção de uma discussão sobre o lugar da família no acompanhamento da criança e adolescente com transtorno mental grave.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 Contextualizando o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira

2.1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Mesmo sendo fundamentado em modelos internacionais, marcado pela Psiquiatria Democrática Italiana, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento (DELGADO et al., 2007). A sua desinstitucionalização se iniciou cerca de duas décadas após os países europeus, tendo início no fim da década de 1970 e não se deveu apenas às manifestações sociais ou aos avanços científicos (ANDREOLI, 2007).

O foco era a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, para a expansão da rede de serviços substitutivos, integrando os sujeitos nos diferentes espaços da sociedade. Assim o trabalho com estes pacientes não era apenas no interior do hospital, mas efetivada em todo seu contexto. (ANGELA, 2008). Surgindo assim, através da Reforma Psiquiátrica discussões com um novo olhar sobre a saúde e a doença mental, bem como sua relação com a sociedade.

É com Franco Basaglia, na Itália e logo depois com o movimento da psiquiatria democrática italiana que se pode perceber um olhar diferente do que era reservado ao louco até então. (ANGELA, 2008).

Nota-se, portanto, uma preocupação com o tratamento dado aos doentes e, principalmente, a relação de poder estabelecida entre a psiquiatria e a doença mental. O manicômio passa a ser questionado, tendo suas práticas simbólicas e concretas de violência denunciadas (AMARANTE, 1995). Sendo marcado o processo da reforma por uma forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento.

Dentre os diversos atores (instituições, entidades e militâncias) que foram responsáveis por movimentos em prol da formulação de políticas de saúde mental no Brasil, merece destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (ANGELA, 2008). Para Amarante (1995), este é o sujeito político fundamental no

projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O movimento favoreceu para as sugestões de reformulação assistencial, onde se consolidou o pensamento crítico ao saber psiquiátrico fazendo acontecer no Brasil o que já vinha ocorrendo na Itália: o questionamento do poder do hospital psiquiátrico, da psiquiatria como um único saber, das várias denúncias sobre os maus tratos aos pacientes; bem como, dos inúmeros problemas internos das instituições.

Tendo como diferencial a defesa do direito do louco, propondo substituir o modelo hospitalocêntrico por novas formas de tratamento que possibilitassem a reinserção social dos pacientes. Como destacam Alverga e Dimenstein (2006), foram observadas, em todo o território nacional, manifestações no campo da saúde mental que, guiadas politicamente, lutavam pelo resgate da cidadania e direitos humanos do doente mental.

Contribuindo para a desinstitucionalização, propõe a construção de um novo tipo de sociedade através de transformações, pequenas e grandes, tanto da sociedade quanto das pessoas com transtorno mental. Hoje podemos citar como exemplos desses serviços os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, Hospitais-dia, Ambulatórios de Saúde Mental e a criação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (BRASIL, 2007).

Tais serviços obtêm grandes avanços em relação os núcleos de atenção psicossocial, propondo um novo olhar para a experiência da loucura e para aquele que a experiência. O Ministério da Saúde regulamentou-os e garantiu o seu financiamento. Esses progressos também foram observados no campo jurídico a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, de Paulo Delgado, que assegurou ao doente mental o direito ao tratamento e indicou a extinção dos hospícios com a substituição por serviços não manicomial (AMARANTE, 1995).

Atualmente tem-se na Legislação de Saúde Mental Brasileira a garantia de um serviço de saúde que promova a saúde das pessoas com transtorno mental, coadunando com os ideais da Reforma expressos anteriormente na Convenção de Caracas em 1990, que foi o marco do processo de Reforma Psiquiátrica nas Américas (BRASIL, 2004). Esta conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina e Caribe.

Resultado de um trabalho de mais de 20 anos pelo reconhecimento dos direitos dos loucos, cuja proposta é o consenso sobre a conviver de forma mais

harmônica com os diferentes e o reconhecimento das potencialidades dos mesmos, dando o direito de ser inserido em sua comunidade.

2.2 Como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como política pública

Como afirma Oliveira (2010), os CAPS podem ser considerados como um dos primeiros avanços na Legislação Federal de saúde mental, surgindo com a promulgação da Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, que discorre sobre novas alternativas de tratamento às pessoas com transtorno mental e regulamenta a internação psiquiátrica.

A autora, além disso, explicita a composição da equipe mínima para o atendimento em NAPS/CAPS, composta por 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização aos trabalhos): profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. Ressalta-se que em 2002 uma nova portaria entrou em vigor com o propósito de regulamentar os serviços substitutivos na modalidade de CAPS, conhecida como a Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004a).

As leis estaduais e municipais que eram aprovadas enquanto se discutia uma lei federal mais explícita em relação às transformações na assistência em saúde mental, foram de vital importância para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira. Citam-se os estados do Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Pernambuco (1994), Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal (1995) e Espírito Santo (1996) (AMARANTE, 2007).

Após 12 anos de tramitação do projeto de Lei nº. 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, apresentado em 1989, com algumas restrições do que havia sido proposto inicialmente, como a extinção progressiva dos manicômios, é aprovado em 6 de abril de 2001, no Brasil, a Lei Federal n. 10.216, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e prevê a proteção e o direito das pessoas com transtorno mental, bem como reorganiza e redireciona a assistência psiquiátrica no país, ao priorizar o tratamento nos serviços extra hospitalares (BRASIL, 2004a; AMARANTE, 2007).

A partir de 2001 diversas resoluções e portarias vem sendo aprovadas prevendo a regulamentação dos serviços extra hospitalares como o CAPS, Hospital Dia, SRT (Serviço Residencial Terapêutico) e a instituição de programas como o “De Volta Para Casa” e das propostas de reestruturação e diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos. (OLIVEIRA, 2010)

Assim os CAPS vêm surgindo como uma das propostas de tratamento não manicomial e se tornam o carro-chefe da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Eles representam “a encarnação de diretrizes da política de saúde mental” (BRASIL, 2005), propondo um novo tipo de serviço, onde o paciente pode estar junto ao seu familiar e ter um convívio social.

Merhy (2004) aponta os CAPS como lugares onde se é possível perceber as novas formas sociais de lidar com a loucura; ou seja, permitindo um olhar para o sujeito por detrás do sintoma, inserido em seu meio social, com suas relações interpessoais e atividades. Com isso, passa-se a pensar na promoção da saúde mental.

O CAPS é o lugar de referência para tratamento de casos de psicose, neuroses graves e demais casos que precisam de uma atenção mais intensiva e espera-se que ele seja a porta de entrada dos casos de saúde mental. Sendo assim, é um serviço vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que deve estar sempre aberto à comunidade, não podendo se negar a atender ninguém que a ele recorra (BRASIL, 2002).

Desta forma, cabe ao CAPS acolher sempre a realidade do paciente e o contexto no qual ele se insere sendo elementos essenciais para a evolução do caso. Tendo como objetivo promover a reinserção da pessoa com transtorno mental (usuário) na sociedade, que prevê a integralidade da assistência ao doente mental, garantindo o tratamento das pessoas que moram em sua área de abrangência, ou seja, em todo o seu contexto correspondendo a este tratamento o atendimento em regime diário, clínico e a reinserção social do paciente a partir do trabalho, lazer, direito civil e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria nº 366/2002 do Ministério da Saúde, o CAPS só poderá funcionar em área física independente de qualquer unidade hospitalar (Art. 3º). Pode constituir-se em 5 modalidades de atendimento: CAPS I, CAPS II e CAPS III, diferenciando-se apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E outros 2 serviços específicos de

atenção psicossocial: CAPS i (Criança e Adolescente), voltado à atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes; e CAPS Ad (Álcool e outras Drogas), responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas.

Ainda de acordo com a mesma portaria, os atendimentos oferecidos aos pacientes podem ser: intensivo (quando o paciente, em função do quadro clínico atual necessita de uma atenção diária); semi-intensivo (quando o paciente necessita de uma atenção frequente, mas que não necessita ser diária); e não intensivo (quando, de acordo com o quadro clínico, o atendimento pode ter uma frequência menor) (Art. 5º). (BATISTA; APARECIDA 2015)

A partir do que foi exposto, percebe-se que o propósito de fazer do CAPS um dispositivo da desinstitucionalização exigirá, assim, a consideração do cotidiano. A partir da tematização deste “lugar” onde a vida acontece, busca-se acessar tanto a vida institucional e o cuidado ali oferecido, quanto à experiência desses sujeitos nas redes que os constituem e das quais eles se valem para sustentar sua existência. (MARIA; GABRIEL 2007)

Para Merhy (2004) é fundamental essa multiplicidade de ações, pois isso possibilita a produção de novos sentidos para a loucura, dando a oportunidade da inclusão para aqueles que só conheciam a exclusão e a negação de seus desejos. Sendo de extrema importância lembrar que este é um campo que ainda está em construção.

Amarante (1995) afirma que apesar de tudo que já foi conquistado no campo da saúde mental, ainda há muito que fazer, principalmente no que se refere à qualidade dos novos dispositivos de assistência. O autor destaca que o fato de se tratar de serviços independentes dos hospitais psiquiátricos, isso por si só não garante sua natureza não manicomial.

Sendo assim, essa mudança depende da busca por novas práticas e saberes que alcancem todo o campo social, sendo preciso muita cautela para que não haja reprodução das mesmas práticas criticadas anteriormente. BRASIL (2005).

2.3 A política de saúde mental infanto-juvenil (CAPS i)

O importante a destacar na história da assistência em saúde mental prestada às crianças é que durante anos, crianças e jovens sofreram com a oferta de tratamentos inadequados, favorecendo o surgimento de instituições filantrópicas e particulares, de caráter tutelar, tais como abrigos, clínicas, educandários, escolas especiais e institutos para portadores de problemas mentais que, até pouco tempo, eram responsáveis pelo tratamento (BRASIL, 2005).

Visando assistir a crianças e a adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão (BRASIL, 2005).

Após crianças e jovens sofreram durante anos, com negligência de oferta de tratamentos inadequados, era necessária a criação de Políticas em Saúde Mental que estendessem à população infanto-juvenil as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e também os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹, conforme determinado pela Lei 10.216/2001² e pela III Conferência Nacional de Saúde Mental³. Assim, em 2003, o Ministério da Saúde estabelece a construção coletiva e Intersetorial de uma rede de assistência de base comunitária, no âmbito do SUS (BRASIL, 2007), tendo a participação de outros setores da sociedade como (escola, igreja, vizinhos, família e amigos); ou seja, uma parceria do serviço e a comunidade.

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil foi um pilar muito importante para o fortalecimento das Políticas em Saúde Mental Infanto-juvenil criada em 2003, tendo como finalidade “funcionar como um espaço de articulação Intersetorial e discussão permanente sobre as políticas desta área” (Portaria 1608/2003, art. 1º/17) (VIVIENE, 2008).

Servindo como um espaço de debate coletivo, onde estão presentes as instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que têm atuação relevante nesta área, sendo possível a participação de outros segmentos quando necessário (BRASIL, 2005)⁴.

¹Lei 8069 de 13 de julho de 1990 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente.

²Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

³Conferência realizada em 2001, onde o tema discutido foi a remodelação do Modelo Assistencial em Saúde Mental.

⁴Portaria que constituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

No Relatório da Gestão 2003-2006 (BRASIL, 2007) aponta que na ampliação da rede do CAPSi, existiam 75 unidades no país, número que se mostra bastante pequeno em relação ao número de demanda, uma vez que o CAPS i é o local de referência para novos casos e responsável por desenvolver ações de desinstitucionalização. Sendo de extrema importância, mostra que há uma preocupação muito grande com a situação das crianças e adolescentes institucionalizados.

De acordo com a Recomendação 01/20058, além do CAPS I, devem ser criados outros serviços de base territorial como residências-terapêuticas, ambulatórios, moradias assistidas, e casas-lares, ajudando na reinserção social desses sujeitos, juntamente com o fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária.

No entanto, atualmente, existem cerca de 1.670 Centros de Atenção Psicossociais no país distribuídos em 788 unidades de CAPS I, que é o Serviço de atenção à saúde mental em municípios em população entre 20 e 70 mil habitantes; 424 unidades de CAPS II, para atendimento à população entre 70 e 200 mil habitantes; 56 unidades de CAPS III, para atendimento de população com 200 mil habitantes; 268 unidades de CAPS ad, que dispõe de serviço especializado para usuários de álcool e drogas, para população entre 70 e 200 mil habitantes; e 135 unidades de CAPS i, que fornece serviços especializados para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos), numa população acima de 200 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Como observado, há um novo olhar e uma grande evolução sobre as crianças e adolescentes com transtorno mental sobre a nova política de saúde mental. E o que se tem mostrado fundamental nesse processo é a intersetorialidade das ações; ou seja, a integração entre os diversos setores da sociedade em prol da melhoria das condições de vida desses sujeitos. Assim, o cuidado deixa de dizer respeito apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social. As ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive. Por último, percebe-se a articulação de dois

conceitos que em geral operam separados, o conceito de indivíduo e de sociedade (MARIA; GABRIEL 2007).

2.4 O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento Privilegiado no processo de reinserção social não só da criança, mas da família do Usuário do CAPS i

2.4.1 Projeto Terapêutico Singular

Para se ter um maior entendimento do que se entende por Projeto Terapêutico Singular (PTS), analisando a etimologia separadamente em cada palavra, o termo 'projeto' vem do latim *projectu* que significa "lançado". Em português, é um substantivo que significa "plano para realização de algo; esboço". A palavra 'terapêutico' relativa à terapêutica, do latim *therapeutica*, substantivo na língua portuguesa que tem como significado "ramo da medicina que estuda as maneiras de se tratar uma doença". A palavra singular vem do latim *singulāris*, na língua portuguesa tem como significado "único de sua espécie; distinto; ímpar". (AURÉLIO, 2012).

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Projeto Terapêutico tem como propósito a produção do cuidado em equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar, pautada na clínica ampliada, indicando que não se trata de qualquer clínica, mas de um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento (MARIA; GABRIEL 2007).

De acordo com os autores, é possível afirmar que essa clínica diz respeito a um cuidado que é fruto da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente. Não é por acaso que tal relação ganha lugar central nesta perspectiva clínica; afinal, é da relação que se estabelece entre o

sofrimento psíquico apresentado pelo paciente, o serviço e a comunidade, que se produz a intervenção.

Sendo assim, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 147/1994, o PTS como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário, desde a admissão até a alta; bem como instituiu o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, visando compatibilizar a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra referências que permita o encaminhamento do paciente, após a alta, para a continuidade do tratamento (BRASIL, 1994).

O PTS pauta-se principalmente que na saúde coletiva é importante considerar a história de vida de cada usuário, construída no seio familiar e inserida em um meio social, focando na singularidade de cada um, pois cada sujeito é único e tem suas particularidades (MELO, 2012).

Seu planejamento deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e seu familiar, promovendo maior autonomia e compartilhamento de informações e saberes (BRASIL, 2004a).

Portanto é de fundamental importância a organização dos serviços de forma que favoreça um momento de encontro entre os profissionais para pensar a construção do PTS, trabalhando de forma ampliada na avaliação do caso clínico, pois na medida em que um profissional de saúde identifica um problema de saúde, pode, a partir de então, trabalhar com PTS (MELO, 2012).

Com isso, desencadeia-se a produção do cuidado ao usuário em parceria com olhares de outros profissionais e acionando outros serviços necessários, seja em outros serviços sócio assistencial, seja em outros níveis de atenção à saúde (FRANCO, 2006).

Enquanto conjunto articulado de ações a serem efetivadas no cotidiano do serviço, O PTS pauta-se em quatro movimentos, são eles: 1 – Definir hipóteses diagnósticas, partindo de uma visão multiprofissional e da clínica ampliada; 2 – Definir metas, quais ações são demandadas à equipe no cuidado ao usuário; 3 – Divisão de responsabilidade, o que cabe a cada profissional desenvolver a fim de efetivar o que foi pactuado em equipe; 4 – Reavaliação, momento para a retomada

da discussão do caso e alterações necessárias para promover a resolubilidade do caso em questão (BRASIL, 2007b).

Assim, percebe-se a importância do PTS como ferramenta, no sentido de trabalhadores de saúde e usuário, coletivamente com seus familiares, construir uma proposta de cuidado centrado no usuário no âmbito do planejamento, mas com fins a se efetivar no cotidiano dos serviços de saúde; na qual todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

2.4.2 A pessoa com transtorno mental e o processo do cuidar

Segundo Santin e Klafke (2011), o trabalho com as famílias nos serviços, requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar. Ou seja, a equipe volta-se para ouvir como esta pessoa se sente, como está sendo conviver com muito sofrimento psíquico e não foca apenas em questões de como ela pode ajudar seu familiar.

A família tem papel central como meio de suporte no auxílio da recuperação do familiar; no entanto, deve-se reconhecer a necessidade de a família também ter um acompanhamento, visto que há sofrimento acarretado pela convivência com um familiar em sofrimento psíquico (ALVAREZ et al, 2012). Foi avaliada pelo os familiares uma grande sobrecarga física e emocional vinda do seu familiar, pelas exigências impostas pelo adoecimento. Na maioria das vezes, a família elege um membro como responsável pelo cuidado direto de indivíduos em sofrimento mental (WETZEL et al, 2009). Assim, vários fatores da sobrecarga, relatados em estudos sobre a experiência com a doença mental, indicam claramente a necessidade de se desenvolverem intervenções de suporte ao cuidador do familiar com sofrimento psíquico (CAMPOS; SOARES, 2005).

Como perda de controle, mudanças no cotidiano e nos costumes, ter que lidar com os estigmas sociais, ajuda assim numa alteração na dinâmica familiar, levando ao desgaste não só físico, mas emocional (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI 2008). Contudo evidencia-se a necessidade de estratégias de envolvimento da família para que o tratamento ou o processo terapêutico obtenha êxito. (MELMAN, 1998 apud SILVA, p. 207).

São compreendidos pela Psicologia, como ferramenta e principal estratégia de acolhimento nos serviços, o diálogo e a palavra. Nessa perspectiva, se entende família, sob qualquer configuração, como verdadeira unidade básica de saúde, capaz de resolver os problemas do viver cotidiano. Contudo, para desempenhar o papel de provedora de cuidado, ela necessita de uma rede social ampla e resolutive, de preparo, acolhimento, apoio e orientação por parte dos profissionais (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

Segundo Góis (2008), é através dessa troca de experiências que cada sujeito constrói sua subjetividade, sendo a palavra uma exigência existencial, uma vez que o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Assim, os grupos de apoio para as famílias são importante estratégia de cuidado e eficaz suporte terapêutico, um espaço que cuida daqueles que cuidam.

Porém, percebe-se, nos últimos dez anos, que as portarias e resoluções do Ministério da Saúde, Leis Estaduais e a Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, apontam firmemente a necessidade de que a atenção ao portador de sofrimento mental deva ser oferecida, prioritariamente, em serviços não hospitalares, onde se é trabalhado a reinserção do usuário na comunidade, é tida como um desafio.

Essa compreensão da família como um importante elemento que se une aos profissionais de saúde para o enfrentamento e gerenciamento do cotidiano dos pacientes, aliada no tratamento do portador de sofrimento psíquico, sendo contribuinte para a sua reinserção na comunidade; não obstante as grandes dificuldades, uma vez que a intervenção é centrada no adoecimento “psíquico”, subestimando a importância da família no tratamento ou desconsiderando o “sujeito” como participante no tratamento terapêutico (SOARES; MELO; ARAÚJO 2006).

2.5 A assistência ao familiar

Por quase dois séculos, a família foi afastada do tratamento oferecido, pois a sua inserção no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico foi negada devido ao entendimento de que ela poderia prejudicar o processo de cura. Esta situação perdurou desde Philippe Pinel, o principal representante e fundador da psiquiatria como especialidade médica, até as experiências de Reforma Psiquiátrica ocorridas

em meados do século XX. Assim, nas décadas de 1950 e 1960, a família voltou a compor o cenário da assistência, graças à proposta de desinstitucionalização dos indivíduos alocados em hospitais psiquiátricos ocorrida em vários países (SOARES; MELO; ARAÚJO 2016).

De acordo com Melman (2006) o movimento de desospitalização, juntamente com a crítica ao modelo asilar introduziram novos elementos na relação entre a família e a saúde mental, tornando necessária a rediscussão dessa relação.

No Brasil, a participação da família no tratamento está prevista nas novas legislações no campo da saúde mental, dentre as quais destacamos a Portaria Nº 224/1992, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes assistenciais em saúde mental e estabelece normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Posteriormente, foi atualizada pela Portaria Nº 336/2002, a qual redefiniu parâmetros para o atendimento ambulatorial, diversificando as modalidades de serviços substitutivos de atenção diária (SOARES; MELO; ARAÚJO 2016).

A importância da família como parceira no novo modelo de atenção vai sendo reconhecida pelos serviços de saúde mental à medida que se percebe que ela é o principal agente na ressocialização do paciente (PEREIRA, 2003).

Desta forma, observa-se a grande responsabilidade e dever da família com o usuário, bem como a importância de os serviços de saúde voltar a sua atenção também para o cuidado dos familiares. Ângela (2008) aponta que o bom funcionamento social dos pacientes depende de um suporte familiar e para tanto é preciso que se pense em estratégias de envolvimento familiar no tratamento.

Diante dessa nova postura ao tratamento, em que a família é vista como peça chave para o seu progresso, faz-se necessário rever a relação entre os serviços, usuários e seus familiares. Como alerta Pereira (2003):

Nesta perspectiva, ampliam-se as possibilidades de uma assistência mais digna e global, a partir da desconstrução de conceitos, atuando em direção das transformações que se fazem necessárias na relação entre profissionais de saúde mental, os pacientes e suas famílias (p.113)

Melman (2006) argumenta que, no atendimento ao familiar, deve existir a intenção de desmontar os mecanismos de culpabilização dos familiares, devendo as práticas terapêuticas afastarem-se das fórmulas moralizante. O autor enfatiza o cuidado para não generalizar uma forma de atenção aos familiares.

Para que não aconteça essa generalização é necessária uma aproximação entre serviço e o familiar, necessitando de muita paciência e sensibilidade dos profissionais para que se possa, segundo Melman (2006, p.92), “conhecê-los de uma forma mais global e abrangente, em suas múltiplas dimensões existenciais, tentando, desta maneira, desenvolver modalidades de cuidado mais apropriadas às suas necessidades”.

Nessa perspectiva, percebe-se a importância do acolhimento da família pelos os profissionais e o lugar do serviço como mediador das relações nas quais familiar encontre apoio e sustentação para superar as dificuldades, melhorar sua qualidade de vida e, por consequência, de todo o núcleo familiar.

Os profissionais devem inteirar-se sobre as formas com as quais os cuidadores lidam com sua participação no cuidado do outro, pois conhecendo os significados dados por eles, é possível a elaboração de intervenções para aquela apropriada demanda, produzindo alívio da sobrecarga e diminuição dos fatores estressantes (SOARES; MELO; ARAÚJO 2016).

Assim, as intervenções contribuem para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, como também dos receptores de cuidados e na prevenção de possíveis transtornos psicológicos devido à sobrecarga. Há a existência de transtornos desenvolvidos por familiares, o que se configura foco de atenção, reforçando mais ainda a necessidade de atendimento nesses serviços, por parte destes cuidadores (PEGORARO; CALDANA, 2008).

2.6 A importância de um Projeto Terapêutico Singular que contemple a participação da família

Ao se depararem com a doença crônica da criança ou adolescente, os familiares se sentem perdidos, por não saberem como proceder diante da condição desconhecida. Diante destas dificuldades, é importante que os CAPS i tomem como intervenção a assistência às famílias de crianças com transtornos mentais graves e persistentes.

Leão e Barros (2008) apontam que, embora o CAPS seja um serviço destinado a promover a reabilitação Psicossocial, tem enfrentado dificuldades por

centralizar as suas ações ao atendimento clínico e ambulatorial. Pontes (2009) afirma que nos grupos de familiares ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas e é importante que o profissional que coordena o grupo fique atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta e como cada um se apropria deles, ou como fica paralisado diante do momento.

Para dar conta dessa questão importante, há a necessidade da capacitação e da supervisão dos recursos humanos em saúde mental, tendo em vista que, apenas ter em mãos prédios novos e bem localizados não garantem a inclusão social dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

Percebendo essas dificuldades Barbosa et al (2009), em uma pesquisa dos prontuários dos CAPS i no estado de São Paulo a respeito da atuação da família no processo terapêutico das crianças e adolescentes, afirmam que as famílias têm sido pouco privilegiadas nas ações das equipes que compõem os CAPS i. Diante deste panorama é importante a incorporação das famílias junto aos Projetos Terapêuticos Singulares.

Essa interação direciona o trabalho não só com o usuário, mas também com a sua família, escutando suas incapacidades, dúvidas, medos, numa interação que venha acolher ambos. Propondo um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta, o acolhimento, a ética, a autonomia, a inclusão social, focando no contexto que o usuário está envolvido (BRASIL, 2007).

A estratégia de trabalho só se faz concreta e possível se os profissionais assumirem outras posições nos *settings*⁵, assim como a constante avaliação das práticas. O respeito, o relacionamento interpessoal, a validação da identidade dos usuários, o acolhimento, o escutar o outro, o partilhar de experiências vividas aparecem como essenciais no trabalho. É ao redor deste ideário e acordos em comuns que vai proporcionar uma atuação integrada da equipe, em que os diferentes saberes dos profissionais vão auxiliar na definição de propostas de ações para um sujeito individual dentro da coletividade da instituição (BRASIL, 2007; 2009).

⁵O *settings* é estabelecido no momento em que o contato é feito, em que os papéis são distribuídos e especificados, iniciando assim o tratamento.

O direcionamento da equipe torna-se importante ao considerarmos que a família constitui um elo entre o indivíduo e a sociedade, visto que é uma fonte de apoio ao usuário e o estimula à adesão ao tratamento (KANTORSKI et.al., 2008).

Dessa maneira, é importante que a mesma seja integrada nas estratégias de cuidado do usuário de forma que ultrapasse sua atuação para além de mera fonte de informações e trajetórias do paciente (BARBOSA et al. 2009).

Adoecer não implica necessariamente num processo fisiológico, perpassa pelo físico e pelas relações que esse indivíduo tem. Com o acolhimento da família, contribui-se para a saúde do usuário, pois como cita Melman (2006) o bom funcionamento social dos pacientes depende de um suporte familiar, e para isso é preciso que se pense em estratégias de envolvimento familiar no tratamento.

É preciso basear-se em uma tríade: paciente, família e equipe de saúde, não estando apenas limitada ao indivíduo, pois o acompanhamento vai muito além da ausência do sintoma operante. É entender essa subjetividade do usuário e dos grupos familiares inseridos que ultrapassa o estar doente.

Porém, percebe-se a dificuldade dos profissionais de saúde mental, mesmo diante de muitos avanços. Ainda há a necessidade de informações e conhecimentos específico no sistema de atendimento à criança com transtorno mental grave, como apontam os autores, dizendo que:

Romper com essa desinformação técnica-política, promover a intersetorialidade e particularizar o atendimento ao público infanto-juvenil, antes pautado na assistência aos adultos ou deficientes, representa um desafio que se coloca ante as novas formas de lidar com a assistência em saúde mental, principalmente quando se fala de práticas profissionais (GUERRA, 2003; VICTAL E BASTOS, 2003)

Diante das dificuldades citadas pelos os autores, percebe-se que a Desinstitucionalização não é apenas retirar o 'louco' do hospício, mas favorecer uma convivência sadia, no contexto onde o usuário está inserido. O Estado, através das políticas sociais, em tempos neoliberais, preconiza o tratamento das pessoas com transtorno mental junto à família, mas ainda há muitas dificuldades na viabilização desse suporte, necessário para o cuidado do outro, relegando apenas responsabilidade sem nem mesmo prestar as devidas orientações, daí ser tão difícil à família essa grupalidade, responder aos anseios do seu familiar adoecido.

2.7 O lugar da família no acompanhamento da criança com transtorno mental grave

A família, alicerçada no respeito à individualidade, é reconhecida como ambiente privilegiado de socialização, próprio para o aprendizado e o exercício da cidadania e das relações democráticas, além de constituir espaço para as práticas de tolerância, responsabilidade e busca coletiva de estratégias de sobrevivência. (KALOUSTIAN,1998; TAKASHIMA, 1998).

De acordo com esse pensamento, Carvalho (1998, p. 93) cita a família como “o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos”, independente das múltiplas formas e contornos que ela assume, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais. Neste sentido Patrício (1994 p. 97) se refere à família como um:

Sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo o seu processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas.

Portanto, percebe-se a família como um verdadeiro pilar na formação da criança, onde a mesma se sente protegida e acolhida. Contudo, para desempenhar o papel de provedora de cuidado, ela necessita de uma rede social ampla e resolutiva, de preparo, acolhimento, apoio e orientação por parte dos profissionais (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

A vivência com o transtorno mental e suas cobertas desestrutura as formas habituais de lidar com situações do cotidiano. Muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir. Encarando as dificuldades, tentando explicar o aparecimento da doença, essas pessoas mergulham na turbulência de suas dúvidas e conflitos (MELMAN, 2001, p. 19-20).

Elsen et al (1994) chamam a atenção para o fato de que a família entendida como uma unidade na qual o cuidado é prestado, nem sempre é eficiente na execução dessa atividade, bem como pode desenvolvê-lo muito bem em determinadas situações e apresentar dificuldades em outras.

O cuidado familiar é concretizado por meio das crenças, percepções e práticas que a família dispõe e agrega ao longo de sua trajetória. Visto que cada

família é única, o cuidado prestado para a manutenção ou restabelecimento do bem-estar dos seus membros é individual e acontece de maneira diferente de acordo com a fase de desenvolvimento que os integrantes da unidade familiar se encontram. (OLIVEIRA, 2010).

Deste modo, o cuidado familiar se reflete nos valores, nos sentimentos de pertença a um grupo, de sentir-se amado e protegido, o que interfere de maneira positiva no desenvolver-se de qualquer ser humano (ELSEN, 2002).

Para Elsen (2002, p. 17) o cuidado da família objetiva “o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social” dos membros da família individualmente e/ou como grupo, no qual os vínculos são estreitados e solidificados. Esse cuidado pode ser reconhecido por meio de atributos como: proteção, presença, promoção da vida e do bem-estar e orientação. Esse atributo é fundamental para o crescimento e desenvolvimento integral do ser humano na fase de infância e ao vivenciar uma patologia.

A promoção da vida e bem-estar está relacionada à criação ou manutenção de uma ambiência adequada para a promoção, o zelo e a recuperação do estado de saúde. (OLIVEIRA 2010). Por tanto para constituir a primeira rede social do sujeito, a família torna-se elemento imprescindível no cuidado e atenção à pessoa em sofrimento psíquico para que esta possa viver de forma saudável em seu meio social.

Waidman e Stamm (2003) afirmam que isso só será possível se os profissionais conhecerem essas famílias e ajudá-las se nos dispusermos a ouvi-las e entender sua realidade, pois apesar dos muitos problemas vivenciados dentro das unidades familiares serem comuns, cada família possui sua individualidade e peculiaridade na forma de perceber, sentir, conhecer e reagir diante das situações inesperadas. Esses familiares necessitam de esclarecimento a respeito do transtorno mental, do uso de psicofármacos, de orientações sobre relacionamento no domicílio, sobre como enfrentar os problemas socioeconômicos, de acolhimento (OLIVEIRA, 2010).

A longa duração do curso da doença, os episódios de recidivas e as possíveis complicações presentes na enfermidade crônica requerem diferentes intervenções. Isso implica o desenvolvimento de um esquema de cuidados constantes em relação à administração de fármacos, atividade física, repouso, alimentação e higiene,

visando a manutenção do melhor estado de saúde do familiar enfermo e a prevenção das possíveis complicações (OLIVEIRA, 2010).

A família pode constituir uma verdadeira unidade básica de saúde para seus membros, haja vista que está assume a responsabilidade pela continuidade do cuidado (MARCON et al., 2004). Segundo Oliveira (2010) o cuidar da pessoa em sofrimento psíquico representa para a família um desafio, pois esta precisa trabalhar com os sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e com seus próprios preconceitos em relação à doença, o que implica em modificar a forma de ver a pessoa com transtorno mental.

Perceber o ser humano como um ser de possibilidades, capacidades e potencialidades é perceber a pessoa muito além das limitações impostas por sua enfermidade. (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). Pois a agudização dos sintomas psiquiátricos é vista pela família como um momento muito difícil, no qual ela se vê desorientada, insegura, fragilizada, com dificuldade de aceitação e sem subsídios para lidar com a complexidade do comportamento que é apresentado, marcado por imprevisibilidade, descuido com a higiene pessoal, agitação intensa e quadro de agressividade (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

Representando grandes dificuldades e um desgaste ao grupo familiar, isso tudo pode ser ampliado se este adoecer for longo, com manifestações agudas e, sobretudo, se for vivido como incapacitante e estigmatizado (CAVALHERI, 2003).

Em muitas situações os familiares de pacientes psiquiátricos preferem passar noites em claro, as preocupações com o descompasso temporal, o comportamento inadequado apresentado pelo familiar doente, a falta de informação e habilidades necessárias ao convívio com a realidade do transtorno mental, o que implica em dificuldades e desorganização (REINALDO, SAEKI, 2004; MELMAN, 2006).

Sendo necessário considerar que a capacidade de se ajustar a uma nova situação em razão de uma enfermidade crônica como o transtorno mental, depende das fortalezas que a família possui, dos laços de solidariedade que agrega e da possibilidade de acessar apoio de outras pessoas e instituições (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Desse modo, algumas famílias são capazes de construir um modo peculiar de perceber e conviver com os problemas decorrentes da cronicidade do transtorno mental, o que lhes permite administrar seu mundo cotidiano, reduzindo em partes,

os prejuízos que a convivência com essas adversidades possa trazer para os outros membros da família (DELGADO, 2002).

No que diz respeito às relações sociais, não é difícil perceber que o processo de inclusão começa na família, pois ela precisa se dar conta da fragilidade de uma pessoa com transtorno mental, ter um bom relacionamento com sua comunidade, participando da vida normal, integrando-se em grupos sociais diversos. Nesse caso, a aceitação por parte dos pais será o fator fundamental para o desenvolvimento da criança ao longo da vida, estimulando a convivência com os demais membros da sociedade, as atividades culturais, esportivas, de lazer e outros (FGV/IBR/CPS, 2004, p. 44).

Dessa forma, acredita-se para que a família exerça essas funções em sua plenitude, é necessário que o Estado crie condições mais atuantes através dos serviços para que a ela possa cumprir esse papel que lhe cabe na proteção da criança e do adolescente. Sendo integrada nas estratégias de cuidado do usuário de forma que ultrapasse sua atuação para além de mera fonte de informações e trajetórias do paciente.

2.8 A importância do trabalho do psicólogo no CAPS i

De acordo com Cantele; Mônica (2011) A inserção do psicólogo na saúde pública brasileira tem se dado mais nitidamente a partir do final dos anos 70 e início dos anos 80. Segundo Goya e Rasera (2007) ao citarem Dimenstein enfatizam que a entrada de atuação dos psicólogos se deu em consequência das mudanças ocorridas na sociedade brasileira em geral, principalmente na área da saúde. Por um lado, destacava-se a crise econômica e social, afastando os pacientes dos consultórios privados, “forçando os psicólogos a buscarem outros contextos de atuação” (p.1). Já por outro lado, as políticas de atenção em saúde mental geraram a “ambulatorização dos serviços e a multiprofissionalidade na atenção dos portadores de sofrimento psíquico” (p.1).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), dava-se início há uma movimentação tanto da Psicologia quanto das outras profissões envolvidas na saúde, no sentido da ampliação das ações para além dos ambulatórios e hospitais (Cantele; Mônica 2011). Favorecendo para que os psicólogos expandirem suas

práticas, acrescentando atividades referentes à promoção de saúde, agrupando a seus objetivos dados sobre o funcionamento das instituições, desempenhando o projeto de programas conforme as demandas da população, colaborando e adquirindo “saberes” de outros profissionais envolvidos na área, sendo convocado a desenvolver estratégias para a adaptação “de seu instrumental teórico-prático”, viabilizando a “reintegração” e a “ressocialização” dos usuários por meio do cuidado contínuo (Brasil, 2004).

Segundo Cavalcante (2014) outro fator preponderante nessa discussão diz respeito à porta de entrada dos psicólogos no SUS associada à reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, aliada e protagonizada pelos movimentos sociais na luta contra a ditadura militar e em prol da democracia e da garantia dos direitos do homem. É relevante salientar que todo esse movimento acontecia na época da grande virada neoliberal, fator que colaborou na reprodução de modelos elitistas e segregadores.

Para Dimenstein (1998), a partir dessa porta de entrada a Psicologia integralizou seu saber-fazer no contexto da saúde pública do Brasil. Ainda que em relação aos médicos, maior força de trabalho de graduação superior na saúde, o contingente de psicólogos seja ainda pequeno, dados recentes contabilizam 14.407 psicólogos trabalhando no Sistema Único de Saúde – SUS, o que corresponde a 10% dos psicólogos registrados no Sistema Conselhos de Psicologia (SPINK, 2007). Com esse crescimento iniciou-se a reflexão crítica do modelo de atuação reprodutivista do psicólogo, reduzida ao campo da saúde mental dentro do modelo reducionista da clínica clássica, liberal, curativa e individual (CAVALCANTE, 2014).

A reprodução do modelo biomédico é também um impasse na atuação do psicólogo no SUS, o documento “Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011”, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP (2011), ressalta esse aspecto, evidenciando o domínio que esse modelo exerce no campo da saúde e que sua reprodução provoca consequente desagregação dos sujeitos e suas subjetividades, infringindo o princípio da integralidade - base que orienta e compreende o psicossocial (Cavalcante, 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde preconiza a perspectiva da atenção psicossocial, percebendo a dimensão da pessoa que procura o serviço como o morador de um bairro, como um cidadão; enfim, com o

conjunto de dimensões que adquiriu ao viver; ou seja, para a consecução da integralidade, não há de ser considerada a doença, mas a existência e o sofrimento, e isso requer que não haja centralidade do manejo clínico de nenhuma ordem. Deve-se conhecer que as dimensões simbólicas e afetivas, articuladas e orgânicas, derivam do contexto social, o qual é formado por outros indivíduos que têm sentimentos, que têm corpos e que têm inscrições e poder nas relações sociais em um determinado território (CFP, 2011; CAVALCANTE, 2014).

Devendo os psicólogos reconhecer que o conhecimento teórico da Psicologia deve-se colocar, diante de sua prática nos CAPS, como secundário, no sentido de que esse conhecimento deve estar a serviço e submetido ao referencial e às diretrizes orientadoras do processo da Reforma. Ou seja, é necessário perguntar se os referenciais adotados respondem à direção de uma ética inclusiva, libertária e que aponte para o respeito e a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Assim, é um campo ético que delimita os limites dos recursos teóricos e técnicos que podem ser tomados e disponibilizados para o trabalho nos CAPS (CFP, 2013).

Por isso, é necessário recusar referências que reduzem o sujeito à condição de objeto da investigação científica, assim como é preciso recusar perspectivas a partir das quais o saber científico tenha primazia sobre a garantia de direitos dos usuários. Também é preciso recusar teorias que apontem no sentido da normalização e da mera adaptação dos sujeitos. É necessário, no lugar disso, buscar referenciais que subsidiem a perspectiva de atuar para produzir saúde, transformar subjetividades e emancipar os sujeitos. O referencial teórico deve ser capaz de responder a um projeto ético. Esse projeto ético está orientado para a possibilidade da convivência, da diversidade, da sustentação de diferentes existentes, garantida a condição de uma cidadania (CFP, 2013)

Segundo Cavalcante (2014), é notória a participação da Psicologia nesse redesenho terapêutico no Sistema Único de Saúde, atuando de modo ativo e crítico na desconstrução dos paradigmas biomédicos que se empodera do contexto da saúde, modelo este que na maioria das vezes, sanitariza, medicaliza, segrega e destitui o sujeito de sua totalidade biopsicossocial, levando em questão que existem muitos desafios a serem elaborados e resignificados, mas, também temos inúmeras perspectivas e contribuições no campo da saúde pública do Brasil. Metaforicamente,

considerando a historicidade, o SUS ainda é uma criança e a Psicologia uma adolescente.

Nesse sentido, faz-se necessário que a Psicologia e o SUS amadureçam dialeticamente, construindo um “ser-fazer” pautado nos direitos humanos, numa técnica e ética que contemple a integralidade e a humanização, a interdisciplinaridade, a conscientização crítica partindo de uma psico-educação ativa, no respeito, na solidariedade e no compromisso com a busca do cuidado integral, dentro de uma orientação de “trabalho vivo”, em que se fazem necessários o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado, como condutor da prática, rompendo com toda e qualquer forma de reducionismo (MERHY, 2002).

Segundo a Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, sobre diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, não é obrigatório o profissional da Psicologia no CAPS i, pois segundo o artigo, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS i podem ser 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Sendo assim existe uma resistência ainda nos serviços, sendo necessário uma reflexão a grande importância deste profissional no serviços, pois o profissional da Psicologia trabalha justamente com as diferença e com aquilo que não cabe dentro da norma do instituído.

3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA

3.1 Classificação da pesquisa

O presente estudo compôs-se de uma pesquisa de Análise documental, cujo objetivo, segundo (Lüdke & André, 1986, p. 39) é identificar, em documentos primários, informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão de pesquisa. Ainda segundo os autores, por representarem uma fonte natural de informação, documentos “não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornece informações sobre esse mesmo contexto”.

Pois a pesquisa documental segundo Gil (2009, p. 45),

Baseia-se na análise de conteúdo de diversos formatos de documentos, ou de um determinado tipo específico, tais como fichas, mapas, formulários, cartas, bilhetes, fotografias, entre outro, com o objetivo de desenvolver respostas quantitativas ou qualitativas acerca de um fenômeno específico.

No entanto é fundamental a identificação, com o cuidado ético necessário para assim possuir uma pesquisa fidedigna e consistente, no contexto vivenciado.

3.2 Caracterização e quantificação

Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados como fonte principal os prontuários ativos, com objetivo de identificar se há participação da família nas atividades no CAPS i, registrar através de formulários confeccionados com perguntas estruturadas, ordenar as ideias relevantes para o estudo em tese com o preenchimento do formulário, e através deste, verificando a participação da família e qual prontuário contem PTS para o estudo em tese.

Após autorização do Coordenador do CAPS i avaliado (apêndice A), as informações extraídas foram coletadas de 15 prontuários tendo como critério os que apenas continham Projeto Terapêutico Singular (anexo 1). **Isso significa que 84% dos prontuários não contem Projeto terapêutico singular onde se dá ações e estratégias em prol da família.** Tal amostra corresponde a 16% dos 92 prontuários de usuários atendidos entre 2015 a 2017. Para tanto, foi utilizado um formulário (apêndice B) com questões estruturadas para posterior análise dos resultados.

A apresentação e discussão dos dados se deram através da construção de gráficos e tabelas que ilustram os achados da pesquisa documental e foi discutido a luz dos referencias teóricos sobre a participação da família no CAPS i. Os objetivos dos resumos apresentados foram analisados considerando sua proposição frente aos pressupostos da importância da participação das famílias no CAPS i.

Sendo de perfil qualitativo relatados os seguintes conteúdos que relacionam-se ao sexo e idade; atendimento individualizado, em grupo e em visita domiciliar à família; participação da família nas atividades propostas; hipótese diagnóstica e encaminhamentos para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde à criança e adolescente.

E de perfil quantitativo, pois este foi escolhido para verificar estatisticamente a coleta dos dados acima conforme a possibilidade de acesso à informação a proposta de tratamento com a família dos usuários, com o propósito de verificar a participação da família no acompanhamento de crianças e adolescentes com transtorno mental grave no Centro de Atenção psicossocial Infanto-juvenil em uma cidade do Médio Vale do Jequitinhonha MG.

3.3 Procedimento de coleta de dados

Os dados que fizeram parte do referido estudo foram coletados através dos prontuários das crianças e adolescentes atendidas pelo CAPS i, denominado pasta ativa, onde constam informações para responder um formulário, atendendo assim a pesquisa documental, a qual verifica a participação da família no acompanhamento das crianças e adolescente com transtorno mental grave e persistente, uma que este é uma ferramenta necessária para mensurar os usuários que são atendidos na cidade e na microrregião, na qual foi verificado: 1) através da análise do Projeto Terapêutico Singular, instrumento principal da Rede, se houve participação da família da criança com transtorno mental grave; 2) o lugar da família no acompanhamento da criança com transtorno mental grave no serviço; e, 3) a contextualização CAPS i na reforma psiquiátrica.

Sendo assim foram levados em consideração os aspectos éticos, com o cuidado de não expor nenhum usuário e sua história de vida, pois de acordo com as informações coletadas não foi identificado, nem será feita exposição da vida pessoal do usuário ou da família.

Segundo a Resolução Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, em seu Artigo 1:

Que é necessário passar pelo o comitê apenas pesquisas que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações pessoais identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana do sujeito.

Portanto, na formulação da pesquisa não foi exposto nenhum dado acima citado da vida pessoal do usuário ou da sua família, assim reafirmando o porquê da não necessidade de passar pelo o comitê de ética em pesquisa, tendo em vista que os nomes dos envolvidos serão mantidos em sigilo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos formulários

A saúde mental Infanto-juvenil no Brasil tem como principal estratégia de cuidado o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) que representa uma forma de efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e uma importante transformação na rede de saúde mental (SOUZA, 2006), superando a escassa e tardia atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos mentais na agenda das políticas públicas (COUTO, 2008).

Nesta fase do estudo, discutem-se os resultados desta análise documental. Com intuito de caracterizar as estratégias da participação da família no acompanhamento das crianças e adolescentes com transtorno mental grave, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil em uma cidade do Vale do Jequitinhonha, Minas gerais.

No que se refere à caracterização como elucidado na metodologia deste estudo, foram verificados 15 prontuários do CAPSi, que possuem PTS correspondendo aproximadamente a 16% dos 92 prontuários que estão em atendimentos no decorrer de 2015 a 2017, com a proposta de averiguar como acontece a participação da família no acompanhamento da criança e adolescente com transtorno mental grave no CAPS i.

A concepção de projeto terapêutico em muitas experiências no campo da saúde mental está vinculada à noção de profissional de referência. Aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) em um projeto terapêutico em andamento. Na equipe, cada profissional se torna referência para um certo número de usuários inseridos em projetos terapêuticos. Funcionando como dispositivo de responsabilização e de reforço do vínculo (Silva, 2005).

Sendo desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar

a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2007).

Levando em conta que, de 92 prontuários 15 tem PTS, foi possível perceber a dificuldade de articulação da equipe, pois como citado antes a proposta do (PTS) visa o cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas, como, por exemplo, no grupo familiar (BRASIL, 2009).

Sendo feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças (BRASIL, 2007).

Levando em conta essas considerações, mostraremos os dados abaixo e as conseqüências de um serviço que não tem o Projeto Terapêutico Singular (PTS), como principal instrumento de trabalho interdisciplinar que possibilita a participação, reinserção e construção e trazendo como conseqüência a autonomia para o usuário e a família.

Os dados identitários desta pesquisa, relacionam-se ao sexo e idade; atendimento individualizado, em grupo e em visita domiciliar à família; participação da família nas atividades propostas; hipótese diagnóstica e encaminhamentos para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde à criança e adolescente.

4.1.2 Caracterização dos formulários quanto ao Sexo e idade

A Tabela 1 representa quanto ao gênero e idade, de modo geral no contexto dos 92 atendidos. No sexo masculino, tem um total de usuários entre a idade de 04 a 07 anos = 05, há uma equivalência entre a idade de 08 a 11 anos e 12 a 15 anos = 22 usuários cada grupo, e 16 a 18 anos = 16 usuários. Já no sexo feminino, tem um total de usuários entre a idade de 04 a 07 anos = 02, na idade de 08 a 11 anos = 04, de 12 a 15 anos = 11, e 16 a 18 anos = 10 usuários.

Tabela 1 – Sexo e idade dos usuários do CAPS i 2015 – 2017

Idade	Masculino	Feminino
04 – 07	05	02
08 – 11	22	04
12 – 15	22	11
16 -18	16	10
Total	65	27

Fonte: CAPS i em uma cidade da microrregião do Médio Jequitinhonha MG (2017)

No que se refere à identificação quanto ao sexo, nota-se uma diferença bastante significativa com aproximadamente 70,6% sendo masculino e 29,4% feminino.

Já na tabela 2, mostra a verificação dos 15 prontuários analisados com PTS, no sexo masculino com um total de usuários entre a idade de 04 a 07 anos = 02, entre a idade de 08 a 11 anos = 04, 12 a 15 anos = 07, e 16 a 18 anos = 01. Enquanto no sexo feminino, tem um total de usuários entre a idade de 04 a 07 anos = 0, na idade de 08 a 11 anos = 0, de 12 a 15 anos = 0, e 16 a 18 anos = 01 usuários.

Tabela 2 – Gênero e idade dos usuários do CAPS i que possuem PTS nos prontuários de atendimento

Idade	Masculino	Feminino
04 – 07	02	0
08 – 11	04	0
12 – 15	07	0
16 – 18	1	1
Total	14	1

Fonte: CAPS i em uma cidade da microrregião do Médio Jequitinhonha MG (2017)

Nota-se uma discrepância grande entre os gêneros, pois 93,3% são do sexo masculino e 6,7% do sexo feminino.

A apresentação do entendimento de gênero proporciona que se incorpore sexo ao conteúdo, de um lado, gênero à cultura, de outro. Alguns autores, tais como Laqueur (1990), postularam que a própria natureza do sexo deva ser histórica e culturalmente relativizada. Laqueur (1990) discute essa ideia ilustrando historicamente que as diferenciações e atribuições de papéis masculinos e femininos se deram quando se pensava haver um único sexo e as mulheres serem consideradas homens que não se desenvolveram completamente.

Moore (1997) indica que tanto o sexo como o gênero devem ser compreendidos como construções sociais. Assim, ela observa que em diferentes culturas, as diferenças biológicas são vistas de formas distintas, de modo que o binarismo “homem/mulher” não é fixo e natural – por exemplo, em muitas sociedades se acredita que as pessoas são feitas de partes ou substâncias femininas e masculinas.

No entanto, é necessário um entendimento sobre a verdadeira queixa e a causa de maior incidência do sexo masculino ser maior do que o sexo feminino, nos atendimentos no CAPS i, desse modo parece ter causas distintas e bastante latentes tanto na imperfeição dos trabalhos oferecidos pelos serviços, como de comportamento agressivo no seio familiar e nos espaços de comunidade e escola.

4.1.3 Caracterização dos formulários quanto ao atendimento à família, individual, em grupo e em visita domiciliar

A Tabela 3 apresenta como funcionam os atendimentos aos familiares, tanto individual, em grupo ou em visitas domiciliares.

A forma como cada família vai lidar com a doença mental dependerão dos aspectos objetivos e subjetivos de cada integrante, sendo esses aspectos influenciados pelos valores e representações acerca da loucura presente em determinado momento. A forma de olhar o indivíduo doente vai refletir os contextos cultural, religioso, ideológico e econômico no qual estão inseridos (MELMAN, 2006).

Ao falar de crianças e adolescentes com transtorno mental, Cruz (2006) observa que muitas vezes os familiares se mostram despreparados para lidar com

as situações decorrentes da doença mental, principalmente no que diz respeito a auto e heteroagressividade, delírios e alucinações. Estas situações causam muita angústia, e incompreensão diante a patologia mental e, apontam a necessidade de um trabalho com a família, uma vez que diante da notícia os pais se sentem impotentes e sem saber o que fazer.

No entanto é necessário um olhar diferenciado e cuidadoso para com as famílias dos usuários que precisam de atendimento para assim poder cuidar das crianças e adolescentes de forma estável e comprometida com o seu bem-estar.

Tabela 3 - Atendimento para oferecido para família, no âmbito, individualizado, em Grupo e Visita Domiciliar

Período	Tipo		
	Individualizado	Grupo	Visita
Diariamente	0	0	0
Semanalmente	04	0	04
Quinzenalmente	05	02	05
Mensalmente	05	04	06
Outro	01	09	0
Total	15	15	15

Fonte: CAPS i em uma cidade da microrregião do Médio Jequitinhonha MG (2017)

Percebe-se que o atendimento a família precisa de um melhor desenvolvimento das atividades propostas, para que estas sintam a necessidade da participação efetiva nestes espaços aos quais são de grande relevância, em específico o trabalho em grupos, pois se nota uma dificuldade maior para a efetividade e adesão dos familiares neste âmbito, pois era oferecido atendimento grupal com a família quinzenalmente para dar orientação, mais não existe mais.

Os grupos têm a finalidade de oferecer um suporte aos familiares, tanto no sentido de ser um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, como um espaço para que o familiar cuidador possa desabafar, falar das suas angústias e do seu cansaço. Esses são espaços de escuta, acolhimento, construção e manutenção do vínculo entre equipe e família, demonstrando que esses profissionais valorizam a participação da família e entendem a importância de ela ser assistida em suas necessidades. Haja vista que, de acordo com Santin e Klafke (2011), também é necessário falar de si mesmo enquanto pessoa, não

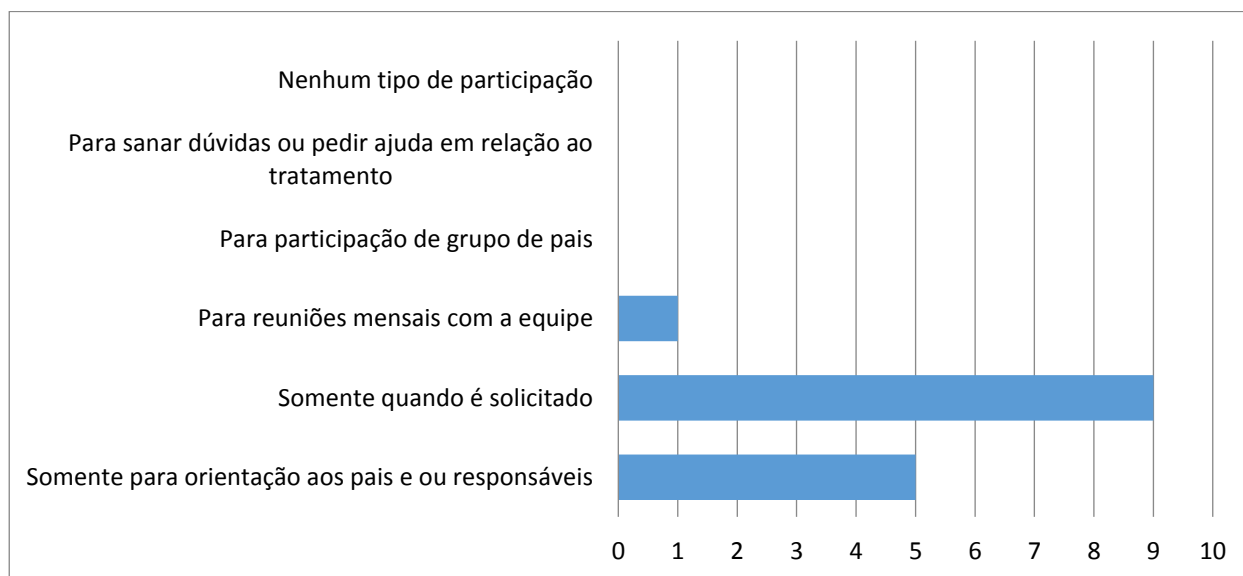
somente enquanto cuidador, focando na qualidade de vida e nas relações pessoais, considerando o público-alvo, bem como sua necessidade e realidade.

O cuidador assume papel importante na reabilitação psicossocial de seu familiar, sendo corresponsável pelo tratamento e cuidado. Por assumir essa tarefa em parceria com as equipes de saúde, torna-se fundamental que os serviços substitutivos estejam preparados para atender as necessidades do núcleo familiar, que é considerado objeto do cuidado em saúde mental (MIELKE et al, 2010). Os encontros possuem uma grande riqueza e grupalizar os familiares propicia “a troca de experiências e mostra que é possível conviver com o portador de transtorno mental de diferentes maneiras” (ROSA, 2005, p.212).

Desde modo reflete-se quanto aos trabalhos oferecidos, hipótese se realmente possuem caráter atraente e acolhedor, para que os familiares possam sentir se confortáveis e não apenas repreendidos, culpabilizados ou martirizados por não estarem desempenhando seu papel efetivo de cuidado no tratamento ou controle sobre a situação que muitas vezes é vista de forma descontrolada e preconceituosa, assim o familiar fica perdido em frente à situação e assim preferem não se comprometerem efetivamente.

4.1.4 Caracterização dos formulários quanto a participação da família

No Gráfico 4 verifica – se como está a participação da família nas atividades propostas pelo CAPS i.



Fonte: CAPS i em uma cidade da microrregião do Médio Jequitinhonha MG (2017)

Diante dos resultados, compreende-se o quão frágil se mostra a participação da família no acompanhamento das crianças e adolescentes no tratamento destes no apoio aos familiares.

O trabalho com as famílias, ainda segundo Santin e Klafke (2011), requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar. Isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família na qual há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele, o paciente, melhore.

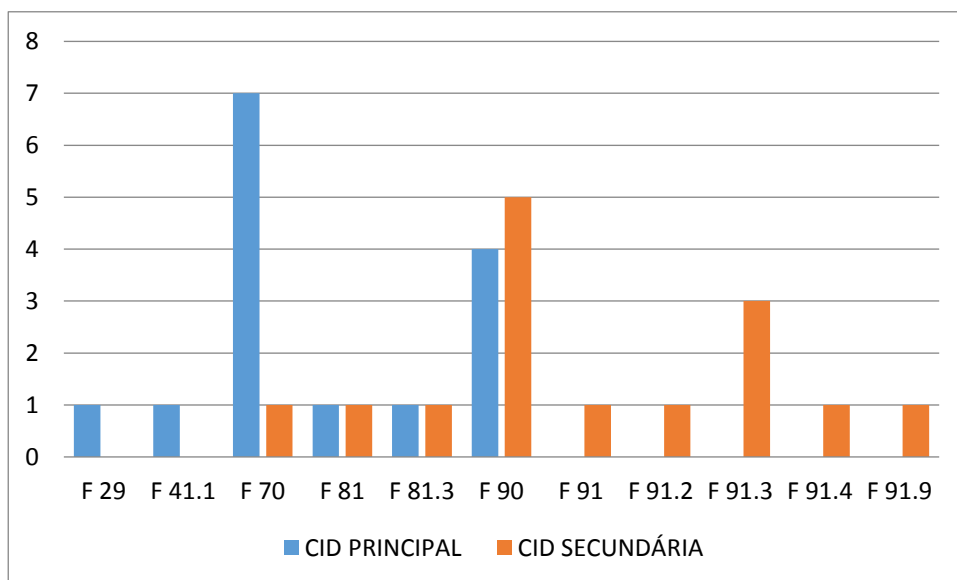
Sendo assim, percebe-se a importância da equipe trabalhar de forma integrada não só com os diversos profissionais mais com a família.

É como se fosse um tripé: Paciente, família e equipe de saúde, não estando apenas limitado ao indivíduo, uma vez que promover mudança na evolução do adoecimento mental é a construção a partir da articulação complexa que se estabelece entre esses elementos. É essa relação que definirá, também, o lugar dos pacientes, dos profissionais e dos familiares/comunidade na promoção do cuidado.

Nota-se uma dificuldade para que a família participe no processo de tratamento da criança ou adolescente, que possui no âmbito de participar deste espaço quando apenas é solicitado 30%, enquanto que para orientação este percentual é de 17%, e bem menor para reuniões mensais com a equipe com 5%, já para sanar dúvidas ou pedir ajuda em relação ao tratamento não houve nenhuma participação. Precisa-se de uma maior articulação do serviço para que de fato aconteça esta participação das famílias/ou responsáveis que poderá significar avanço no processo de reinserção psicossocial do usuário e de sua família, assim estariam de certa forma empoderando estas e articulando para melhor lidar com o processo de adoecimento.

4.1.5 Caracterização dos formulários quanto à hipótese diagnóstica da criança ou adolescente

Gráfico 5 – Verificação da Hipótese Diagnóstica da Criança ou Adolescente



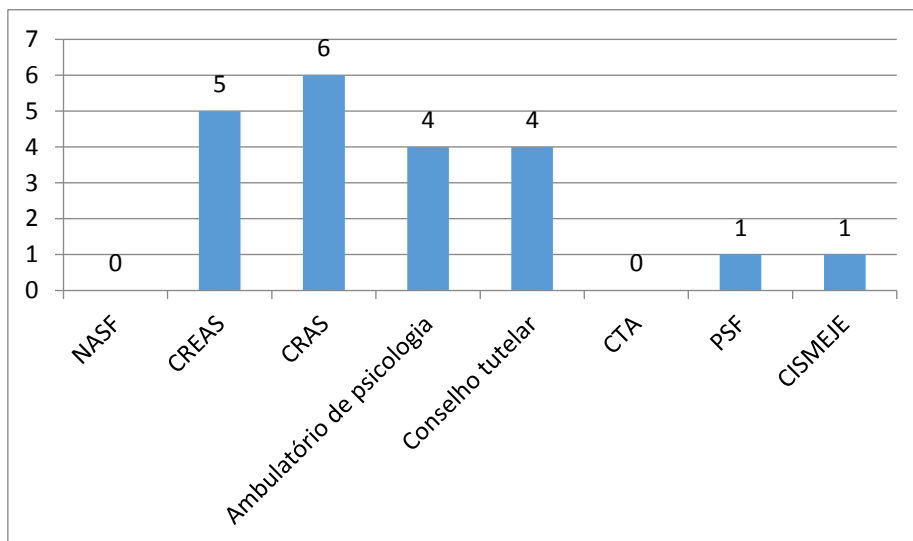
Fonte: CAPS i em uma Cidade da microrregião do Médio Jequitinhonha, MG (2017)

Os transtornos mais frequentes encontrados, segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças - CID10 (OMS, 1993), primário e secundário foram, F 70 - retardo mental leve, F 90 - transtornos hiperativos, F 91 - transtorno de conduta, F 91.2 - transtorno de conduta socializado, F 91.3 - transtorno desafiador de oposição, F 81 - transtorno específicos do desenvolvimento das habilidades escolares, F 81.3 - transtorno misto das habilidades escolares, F 29 - psicose não orgânica especificada, F 41 - transtorno de ansiedade generalizada. Entre esses, os valores de prevalências variaram entre os estudos: retardo mental - 46,6%; 26,6% - transtornos hiperativos; 20% Transtorno desafiador de oposição; e 6,6% - Psicose não orgânica não especificada, Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno específico de leitura, Transtorno misto das habilidades escolares, Transtorno de conduta socializado, Transtorno de conduta, Transtorno de conduta não especificado, Z 91.4 - Transtorno História pessoal de trauma psicológico não classificado em outra parte.

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), as crianças e adolescentes representam respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial. Nessas populações, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão de literatura internacional, a média global da taxa de prevalência de transtornos mentais nessa população foi de 15,8%. A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares foi de 10,2% e entre os adolescentes, de 16,5%³. No Brasil, estudos registraram taxas de prevalência de 7 a 12,7%. Atualmente, estimativas apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresenta algum transtorno mental. (OMS 2012)

4.1.6 Caracterização dos formulários aos encaminhamentos para a Rede de Atendimento Psicossocial assistencial

Gráfico 6 – Encaminhamentos para a Rede de Atendimento Psicossocioassistencial



Fonte: CAPS i em uma Cidade da microrregião do Médio Jequitinhonha MG (2017)

Foram encaminhados do CAPS i para a rede de atendimento, um percentual aproximadamente de: 40% - CRAS; 33,3% - CREAS; 26,6%. Isso significa que a maioria das crianças que tem problemas psicossocial também, tem seus direitos violados, sendo vítimas de violência física, psíquica e sexual, negligência, abandono, ameaças, maus tratos e discriminações sociais, sendo importante um trabalho com

essas famílias. No Ambulatório de Psicologia e CT – 26,6%; e 6,6% - CISMEJE e PSF. Enquanto para os serviços do NASF e o CTA não foi encaminhado nenhuma família sendo curioso o não encaminhamento, pois por ser crianças com problema psicossocial o NASF auxilia no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

Quando se trata de encaminhar um caso, este deve ser feito de forma responsável. O profissional que encaminha deve acompanhar o caso até o seu destino, sendo, muitas vezes, necessário que se faça uma ponte com o serviço para o qual está se encaminhando, para discutir as condições de tratamento. Já a desconstrução da demanda requer uma intervenção junto a outras instituições, que por algum motivo acharam necessário um tratamento em saúde mental (BRASIL, 2005).

Para Bezerra e Dimenstein (2008) a articulação entre os níveis de atenção ocorre com dificuldade, pois, os CAPS centralizam a demanda, articulando-se de forma muito tímida nos territórios e na comunidade.

Portanto, discutir a produção do Projeto Terapêutico e a atenção integral nas redes assistenciais do SUS requer uma análise contextualizada da prática da equipe multidisciplinar que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois estes se configuram como espaços evidentes da atuação na promoção da Saúde Mental. Essa discussão é feita por Franco e Magalhães Junior (2006) quando trazem a imagem de uma “linha de produção do cuidado”, ou seja, esta linha é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e 24 recursos assistenciais.

O usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Nesse sentido, Malta et al (2004) consideram que caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Não se faz esse percurso de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões.

Entende-se por “Rede de Proteção” um padrão operacional que prima pela descentralização na tomada de decisões, pela democracia, flexibilidade e dinamismo

de sua estrutura, pelo alto grau de autonomia de seus membros e pela horizontalidade das relações entre seus elementos (BRASIL, 2006, pg.14). Por conseguinte, a Rede de Proteção não pressupõe um novo conceito ou um novo serviço, mas sinaliza a necessidade de uma concepção que valoriza a integração e a intersectorialidade, pois “Ampliar parceiros, envolver instituições governamentais e não governamentais, são algumas diretrizes que norteiam a Rede de Proteção” (BRASIL, 2006).

4.1.6 Modelo de rede ideal

Cada serviço que compõe a Raps tem uma importância fundamental para a oferta de um serviço de qualidade e respeito ao usuário. Começa na atenção primária com o serviço das ACS, o atendimento e acompanhamento dos casos leves e moderados e o encaminhamento dos casos graves e persistentes, do SAMU e hospital geral nas urgências. E os CAPS na estabilização, acompanhamento e ressocialização desse usuário e sua alta, retornando para a atenção primária (PSF).

A portaria nº 224 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992), traz, dentre outras diretrizes, que as organizações dos serviços de saúde devem ser pautadas nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações em saúde. Tendo-se o funcionamento e a prática da assistência pautada nesses princípios e diretrizes, é ponto fundamental para o funcionamento adequando da Rede de Atenção à Saúde seu conhecimento e entendimento (ADRIANA, 2014).

A integridade é um dos princípios citados. Entende-se por integralidade o conjunto de ações e serviços que devem acontecer de maneira articulada nos diferentes níveis de complexidade do SUS, entre os diferentes âmbitos: serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2007).

Os componentes da Rede de Proteção primam pela horizontalidade das relações entre seus membros, buscando maior cooperação, valorizando a integração e a intersectorialidade, ampliando parcerias e envolvendo instituições governamentais, não governamentais e a comunidade. Além disso, identifica-se uma relação baseada na proposta na qual o usuário pode circular pelos demais

serviços, dispondo de mais ferramentas para o tratamento bem como promoção de vínculos.

4.2 Discussão geral

Mesmo que a amostra do estudo tenha sido analisada pelos 15 prontuários com PTS, trata-se de um grupo pequeno diante do total de atendidos no serviço, que são 92 usuários. Levando em consideração a importância do PTS para um atendimento individualizado respondendo à necessidade subjetiva do usuário, comportando diferentes modalidades incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde.

Além disso, baseando-se nos formulários analisados, percebe-se que os poucos PTS que possuíam registros, na maioria das vezes, não continham todo o preenchimento do documento, nem uma descrição das características e dificuldades do paciente e do acompanhamento do familiar, nem o trabalho feito pela a equipe.

Apesar das limitações, a pesquisa permite observar um pouco da participação da família no acompanhamento de crianças e adolescentes com transtorno mental grave no CAPS i, em uma cidade do médio Jequitinhonha, que atende 06 municípios em um trabalho regional que iniciou em 2002 e que enfrenta dificuldades na adesão da participação da família nas atividades propostas e até mesmo no acompanhamento para melhor instrução do cuidado com o usuário e consigo mesmas.

Percebe-se também, que é necessária a realização de trabalhos pelo serviço para a família, onde possa ser empenhado em questões de como lidar e cuidar da criança ou adolescente adoecidos, atenção e conhecimento da patologia. A participação da família, se mostra frágil e com dificuldade para executar atividades propostas, por falta de adesão destas.

Diante destes dados, foram possíveis algumas reflexões sobre a realização que, a partir deste estudo, permitiu-se fazer acerca da temática do trabalho. A participação da família no acompanhamento da criança e adolescente com transtorno mental grave no CAPS i e da importância do projeto terapêutico singular, com objetivo de ser o “conjunto de propostas que visam ao cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas, como, por exemplo, no grupo familiar (BRASIL, 2009b).

Uma delas é a dificuldade de articulação da equipe com o projeto terapêutico singular, pois de 92 pacientes atendidos apenas 16 tinha o projeto,

É percebido ainda um desafio da desinstitucionalização nos serviços ainda muito complexo, pois os profissionais destes serviços ainda estão presos no cuidado com o sujeito a partir da ideia de que o adoecimento do mesmo diz respeito exclusivamente ao seu organismo, sem levar em conta uma definição desse sujeito como uma relação humano-social.

Sendo percebido na equipe, também a dificuldade de trabalhar com o conceito de clínica ampliada e a proposta do PTS, a entender que o modo de trabalho do mesmo acaba se esbarrando nos limites da clínica tradicional. Pois se toda a equipe do CAPS i fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário e seu familiar, perde-se o verdadeiro sentido do PTS.

Percebe-se um número considerável de encaminhamento para demais serviços da rede assistencial, notando que há números grandes de violência contra a criança e adolescente com transtorno mental, os quais já são bem vulneráveis. Necessitando de um acolhimento e prestação de serviços de maior abrangência e cuidado. A respeito da hipótese diagnóstica, parece haver um maior número de retardo mental e transtornos hiper-cinéticos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho abordamos a participação da família no acompanhamento da criança e adolescente com transtorno mental grave, no CAPS i.

A partir do objetivo e da metodologia usada neste estudo, verifica-se uma carência de um acompanhamento de seus familiares, que pode se caracterizar como de urgência, para que voltem um olhar às famílias que estão cada vez mais sem auxílio diante dos problemas que enfrentam, não obtendo apoio necessário para se fortalecerem e cuidarem das crianças e adolescentes que encontram-se adoecidas.

Diante dos dados apontados, foi possível algumas reflexões que a realização desse estudo nos permitiu fazer acerca da temática do trabalho com a participação da família no acompanhamento da criança e adolescente com transtorno mental grave no CAPS i. Uma delas é a dificuldade de articulação da equipe com o projeto terapêutico singular, trazendo como consequência a dificuldade de atendimento individual ou em grupo com as famílias, onde sua participação no acompanhamento das crianças e adolescentes é extremamente frágil, tendo poucos encaminhamentos, ou nenhum como é o caso do NASF e do CTA. Há uma presunção que o fato de 153 usuários estarem em avaliação para atendimento, apenas 92 são atendidos, enquanto 15 possuem PTS se dá pela ausência, abandono ou falta de acompanhamento desta equipe, com os usuários e seus familiares.

Percebe-se, portanto, na equipe a dificuldade de trabalhar com o conceito de clínica ampliada e a proposta do PTS, pois se não há uma proposta da equipe do CAPS i de se reunir nas discussões dos casos, trabalhando com a família o usuário de forma interdisciplinar, perde-se o verdadeiro sentido não só do PTS mais de clínica ampliada, não levando em conta uma definição desse sujeito como uma relação humano-social.

Sendo assim, mostra-se de fundamental importância o trabalho de equipe com a integralidade das ações em saúde, que é um dos princípios fundamentais do SUS. Devendo acontecer de maneira articulada apontando para um modo de cuidar que trabalhe considerando as diferentes necessidades específicas do indivíduo ou grupos de pessoas. O serviço pouco trabalha com uma atenção voltada para os familiares dos usuários, apontando este cenário para a necessidade de

capacitação e compromisso dos profissionais, na melhoria da inserção do próprio serviço e intervenções voltadas para a inclusão social e apoio matricial. Pois tais fatores favorecem para uma melhor efetividade do tratamento do indivíduo, após serem sanadas estas lacunas existentes.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. *Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados*. Universidade estadual do Ceará centro de ciências da saúde programa de mestrado acadêmico em saúde pública. Fortaleza; 2012. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/alexandremelo_2012. Acessado em: 28 de abril de 2007.

ALINE, B.; LILIA, A.K. *Características dos serviços públicos de saúde mental (CAPS, CAPSad, CAPS III) do estado de Santa Catarina, Saúde debate* vol.39 no.107. Rio de Janeiro Oct.Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000401105

ALINE, B.; LILIA. *A Características dos serviços públicos de saúde mental (CAPSi, CAPSad, CAPS III) do estado de Santa Catarina, Saúde debate*. Rio de Janeiro, v.39 n.107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000401105 Acessado em: 18 de setembro de 2017.

ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; OLIVEIRA, A. M. N.; XAVIER, D. M. *Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v .33, n. 2.102, p. 108. Junho de 2012.

AMARANTE, P. e GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE P, *Organizador. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.113-148.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92 100,2003.

ANDRÉA, C. et al. *O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental*. Revista Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em <http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Materiais/PTS.pdf> Acessado em 01 de abril de 2017.

ANDREOLI, S. B. *Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.

ANGELA, V. *A família e os dispositivos abertos para tratamento Infanto-juvenil em saúde mental*. Rio de Janeiro, v 48, n 1-33. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/AngelaSevergnini.pdf>> Acesso em: 3 de Abril de 2017.

BARBOSA, C. NETO, M. FONSECA, F. TAVARES, C. REIS, A. *Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis juvenis (CAPS i) do estado de São Paulo*. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v.19, n. 2, Ago. 2009.

BORBA, L. de O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. Stress on families living with the reality of mental disorder. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Equipe ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS No 147, de 25 de agosto de 1994. Brasília (DF): MS; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clinica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Série b. textos básicos em saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990 – 2004.5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Brasília: Cortez, 1998.

BEZERRA JUNIOR, B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: NAVARRO, A.; PITANGUY, J. (orgs). Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-111.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. *Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em Saúde Mental*. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, 2005;

CARVALHO, M. do C. B. de. Família e políticas públicas. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). Família brasileira a base de tudo. Brasília: Cortez, 1998. p. 93-108.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G.. *A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 30, n. 4, Dec. 2008.

DAMIÃO, Elaine B. C. e ANGELO, Margareth. *A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 35, n.1, p.66-71, 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=html&id=566>. Acessado em: 27 de abril de 2017.

DELGADO, J. A. *A Família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção*. In: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá, 2002. p. 443-456.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; ET AL. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

ELSESEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSESEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M. R. (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Edu, em, 2002. p. 11-24.

ELSESEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSESEN, I.; et al. (Org.). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. p. 20-60.

EROTILDES, M; PEDRO, G. Clínica e cotidiano: O CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.Psicologia.uerj.br/pdf/Leal.pdf>. Acessado em: 27 de abril de 2007.

FRANCO, T.B.; O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. (Org.) O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; p.161-98, 2006.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em saúde mental infanto-juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (Org.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento - uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 171-189.

KALOUSTIAN, S. M. (Org.). Família brasileira a base de tudo: Cortez, 1998.

LEAO, A; BARROS, S. *As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social*. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2008.

LETICIA, O, B. *Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica*. Universidade federal do Paraná, p.31, 2010.

LETICIA, O. *Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica*. Universidade federal do Paraná, 2010. P. 36.

LETICIA, O. *Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica*. Universidade federal do Paraná, 2010. P. 120.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. *Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 20, n. 2. p. 85-91, 2009.

MARCON, S. S. et al. *Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos*. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 265-283.

MAYARA, S; JAMILE, M; ANA, H; *O trabalho com grupos de famílias no CAPS: reflexões a partir da experiência de estágio*. Caderno de graduação. Vol. 2. N4 p. 7, 2016.

MELMAN, J. *Família e doença mental*. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. *A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares*. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 213-219, out./dez. 2005.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a conscientização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: ELSEN, I.; et al. (Org.). *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. p. 93-119.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PRADO, Danda. *O que é família*. Coleção - Primeiros 50 passos. Editora brasiliense S.A. São Paulo. 1ª edição 1981. 3ª edição. p.12.

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T. *Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011. v.12, 01p.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. *A família e o cuidado em saúde mental*. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 31, 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. *O centro de atenção psicossocial e as estratégias para a inserção da família*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n.1, p. 127-34, 2008.

SOARES; MELO; ARAÚJO. *O trabalho com grupos de família no CAPS: reflexões a partir da experiência de estágio*. *Cadernos de graduação*, vol. 2 n 4, 2016.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família: da vida às leis, uma questão de política. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira a base de tudo*. Brasília: Cortez, 1998. p. 77-42.

WETZEL, C. et al. *A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial*. *Ciência Cuidado e Saúde*; 8 (suplem): 40-46, 2009.

APENDICE A

AUTORIZAÇÃO

Eu João Pedro de Azevedo Neto, abaixo assinado, responsável pelo CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL, autorizo a realização do estudo A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CIDADE DO MÉDIO VALE DO JEQUITINHONHA, EM MINAS GERAIS, conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e/ou CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Itaobim, 18 de Setembro de 2017.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Cleidiane Alves Oliveira Souza

Rita Magna Carvalho Ribeiro

APENDICE B

Formulário para verificação da participação da família no acompanhamento, das crianças e adolescentes com transtorno mental grave, atendidas no Centro de Atenção psicossocial Infante Juvenil em uma cidade da Microrregião do Médio Jequitinhonha, no nordeste de Minas Gerais.

1 – Idade e sexo:

Feminino:

04 a 07 anos _____

08 a 11 anos _____

12 a 15 anos _____

16 a 18 anos _____

Masculino:

04 a 07 anos _____

08 a 11 anos _____

12 a 15 anos _____

16 a 18 anos _____

2 – Atendimento individualizado á família

- a) () Semanal
- b) () Quinzenal
- c) () Mensal
- d) () Outro

3 – Atendimento em grupo com a família

- a) () Semanal
- b) () Quinzenal
- c) () Mensal
- d) () Outro

4 – Atendimento em visita domiciliar para a família

- a) Diariamente
- b) () Semanal
- c) () Quinzenal
- d) () Mensal
- e) () Outro

5 – Qual o tipo de participação da família nas atividades propostas:

- a) () Somente para orientação aos pais e ou responsáveis
- b) () Somente quando é solicitada
- c) () Para participação de grupo de pais
- d) () Para reuniões mensais com a equipe
- e) () Para sanar dúvidas ou pedir ajuda em relação ao tratamento
- f) () Nenhum tipo de participação

6 – Hipótese diagnóstica da criança ou adolescente**7 – Encaminhamentos**

- a) () NASF
- b) () CREAS
- c) () CRAS
- d) () Ambulatório de psicologia
- e) () Conselho Tutelar
- f) () CTA
- g) () PSF
- h) () CISMEJE

ANEXO 1

Modelo de Projeto Terapêutico Singular

PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL – PTI

NOME: _____

CID: _____

DATA: _____

1. Justificativa do tratamento no serviço:

2. Objetivos do tratamento:

3. Previsão do tempo de tratamento no serviço:

4. Regime de tratamento atual:

- () Intensivo () Semi-Intensivo () Não-Intensivo
- Previsão de tempo no tratamento atual:

5. Técnico de Referência: _____

- Frequência do atendimento individual com o técnico de referência:

- Principais questões a abordar no atendimento:

6. Avaliação psicofarmacológica:

- Há necessidade de uso de medicação? () Sim () Não

Quais: _____

7. Participação de atividades no serviço:

- () Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- () Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- () Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou médio;
- () Atendimento à família;
- () Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- () Consulta Psiquiátrica;
- () Visitas domiciliares.
- () Outros. Especificar: _____

8. Cuidados especiais ao paciente:

- () Ajuda na higiene e autocuidados
- () Acompanhamento próximo. Especificar o porquê:

- () Necessidade de cuidados médicos, odontológicos, etc. Especificar:

- () Outros. Especificar: _____

9. Abordagem Familiar:

Aspectos a abordar:

Modo de abordagem:

10. Reinserção social:

- Abordagem de problemas sociais imediatos e garantia de direitos. Especificar:

- Considerando as aspirações e as dificuldades do usuário, o que se pode fazer para promover a reinserção social?

11- Critérios para a alta:

Assinatura / Carimbo / Data