

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR LITORAL

ANDRESA CAROLINE DE MORAIS

**A EXPERIÊNCIA DA VIVÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO
CAPS DE GUARATUBA- A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO
ACOLHIMENTO AS FAMILIAS DOS USUÁRIOS**

MATINHOS

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR LITORAL

ANDRESA CAROLINE DE MORAIS

**A EXPERIENCIA DA VIVENCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO
CAPS DE GUARATUBA- A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO
ACOLHIMENTO AS FAMILIAS DOS USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná- Setor Litoral, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Karla Cuellar

MATINHOS

2019

ATA DE AVALIAÇÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

No dia 28 DE JUNHO DE 2019, às 17:00 horas, no Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná, reuniu-se a Banca Avaliadora do Trabalho de conclusão de curso, constituída pela DRA. ANE BARBARA VOIDELO e pelo DR. ANTONIO SANDRO SCHUARTZ, sob a presidência da orientadora DRA. KARLA INGRID PINTO CUELLAR para avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante ANDRESA CAROLINE DE MORAIS, sob o título A EXPERIÊNCIA DA VIVENCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO CAPS DE GUARATUBA- A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACOLHIMENTO AS FAMILIAS DOS USUÁRIOS, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo o estudante sido Aprovada com conceito APL



Orientador(a)
DRA. KARLA INGRID PINTO CUELLAR



Integrante da Banca
DRA. ANE BARBARA VOIDELO
UFPR



Integrante da Banca
DR. ANTONIO SANDRO SCHUARTZ
UFPR



Estudante
ANDRESA CAROLINE DE MORAIS

AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente de agradecer a Deus, por me manter em pé para alcançar meus objetivos e lutar pelos meus sonhos, pois muitas vezes me senti fraca diante das dificuldades mas, hoje estou aqui concretizando mais um sonho, rumo a minha caminhada profissional.

Minha família, a qual devo muito a agradecer, principalmente aos meus pais; que estão presentes em todos os momentos de minha vida, me abraçando, fortalecendo e, mostrando que eu sou capaz de conquistar o que sempre almejei. E, também a minha filha, ela me faz lutar todos os dias para me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus colegas, professores e todos envolvidos nesse meu processo diário de estudo e conclusão do curso, a construção de conhecimentos e aprendizados que obtive com o coletivo foi de fundamental importância para meu crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

O presente trabalho relata a experiência do estágio obrigatório em Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS do Município de Guaratuba-PR, abrange o processo histórico da implantação da saúde mental enquanto política pública, bem como o papel do assistente social na saúde mental, enquanto expressão da questão social. Destaca através de resultados obtidos no relatório de estágio, a necessidade de fortalecer vínculos entre a instituição e as famílias dos usuários, não só mantendo-os como apoio, mas propondo tratar seus próprios sofrimentos, que muitas vezes são causados pela sobrecarga de ser um cuidador, dessa forma, propõe a Terapia Comunitária Integrativa, como uma metodologia alternativa, cujo o objetivo é transformar a relação entre famílias e instituição de tratamento, propondo e valorizando a troca de saberes, a humanização do atendimento, não só possibilitando o fortalecimento de vínculos entre família e instituição, mas também da comunidade que possui lutas e objetivos em comum.

ABSTRACT

This paper reports the experience of the compulsory internship in Social Service at the Psychosocial Care Center - CAPS in the city of Guaratuba-PR, encompasses the historical process of the implantation of mental health as a public policy, as well as the role of the social worker inside of the mental health, as an expression of the social question. It highlights, through the obtained results in the internship report, the needing to strengthen the bond between the institution and the users' families, not only maintaining them as support but proposing to treat their own sufferings, which are often caused by the overload of being a caregiver , thus proposes Integrative Community Therapy, as an alternative methodology, whose objective is to transform the relationship between families and the treatment institution, proposing and valuing the exchange of knowledge, humanization of care, not only enabling the strengthening of bonds between family and institution, but also of the community that has conflicts and objectives in common..

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA- UM BREVE HISTÓRICO SOBRE O TRATO A SAÚDE MENTAL	10
2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil- A Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial.....	13
2.3. A resolução de política manicomial e atenção psicossocial no governo atual.....	15
3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL/GUARATUBA- RECONHECIMENTO INSTITUCIONAL	17
3.1. Relato de estágio obrigatório	19
4. CONHECENDO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	22
5. TCI- ALTERNATIVA PARA FORTALECIMENTO DE VINCULOS ENTRE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS/ GUARATUBA E INSTITUIÇÃO	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
8. ANEXO.....	30

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu no Brasil através de inúmeras reivindicações por parte de movimentos sociais e governamentais em busca de melhorias e humanização no atendimento de pacientes com transtornos mentais.

O CAPS atua com o objetivo de promover autonomia e cidadania dos usuários, dessa forma, o CAPS configura-se como um novo modelo no campo de saúde mental. Os CAPS se diferem a partir de sua capacidade de atendimento e usuário, organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se com CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS AD. É importante ressaltar que este trabalho se refere à atuação do Serviço Social no CAPS I de Guaratuba-PR.

Nesse sentido, faz-se necessário conhecer a Reforma psiquiátrica a fim de compreender como a saúde mental se tornou uma política pública e dessa forma, um campo que necessita da atuação de um assistente social.

O Serviço Social atua nas mais diversas expressões da questão social, no que diz respeito à saúde mental, estas expressões se dão a partir do preconceito, da vulnerabilidade social, nas relações de trabalho, em suma, na violação dos direitos básicos do ser humano.

Segundo CFESS (2009):

compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

Desse modo, busca-se através da atuação do assistente social e após a conclusão do estágio obrigatório em Serviço Social no CAPS Guaratuba,

apontar a Terapia Comunitária Integrativa- TCI como uma alternativa para atender a necessidade de amparo social e psicológico não só dos pacientes da instituição,mas também de seus familiares.

A Terapia Comunitária Integrativa foi criada no Brasil, na década de 90, pelo Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, numa tentativa de unir o conhecimento científico aos saberes populares.

Segundo BARRETO (2005):

"Assim como cada etapa da história do universo é marcada pela invenção do homem de criar uma nova forma, de lutar contra o esfriamento devido a sua expansão, a Terapia Comunitária se propõe ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo"

Nesse sentido, o relato de experiência da vivência de estágio como assistente social no CAPS de Guaratuba, torna-se o ponto principal no texto para a compreensão dos objetivos iniciais da aluna dentro da instituição, bem como os resultados obtidos, que levam a considerar a necessidade de novas alternativas para atendimento direcionado para famílias de usuários.

A escolha da TCI como uma proposta de metodologia que poderia ser incorporada como ferramenta de atendimento no CAPS de Guaratuba, justifica-se pelo seu potencial de mediar diálogos entre o profissional da saúde e comunidade, criando uma relação de troca de saberes e cumplicidade também entre os usuários, fortalecendo vínculos e ao mesmo tempo tratando os sofrimentos.

2. A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA- UM BREVE HISTÓRICO SOBRE O TRATO A SAÚDE MENTAL

O surgimento das políticas públicas no Brasil se deu principalmente através das cobranças da sociedade para com o Estado capitalista. Quando o Estado passou a reconhecer as expressões da questão social, iniciou-se as implementações de dispositivos legais para a gestão das políticas.

Segundo DIAS (2007, p 23), a política setorial da saúde, especificamente a de saúde mental, foi gestada no século XX, ao passo que a formação e consolidação do Estado brasileiro foram acontecendo.

A partir do século XVIII, a sociedade passou a se mostrar menos tolerante com as pessoas vistas até então como “insanas”. Na época, a sociedade escravocrata passou a exigir providência do Estado, pois surgiam vários conflitos sociais resultantes da polarização social, de um lado havia os senhores e seus escravos, de outro, índios, mestiços, negros alforriados, pessoas sem emprego, nesse sentido, a “loucura” passou a incomodar.

As pessoas que sofriam de transtornos mentais ou as que supostamente eram insanas passaram a ser encaminhadas as Santas Casas de Misericórdia, onde eram isoladas do mundo, geralmente amontoadas em porões, mal tratadas e desumanizadas, quando não havia espaço nessas Casas, eram enviadas a prisões, onde recebiam o mesmo padrão de tratamento, inclusive, eram agredidas com freqüência.

As medidas de “proteção” a pessoas com transtornos mentais eram baseadas no modelo europeu: repressão e asilamento, como resposta aos problemas sociais e a preservação da ordem social.¹

O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi construído no século XIX, no Rio de Janeiro, durante o processo de urbanização das cidades brasileiras, o intuito dessa instituição psiquiátrica era uma higienização e controle sobre aqueles que poderiam atrapalhar o trânsito e espalhar doenças, ou seja, mendigos, vadios e loucos.

¹ **As políticas de saúde mental no Brasil: panorama histórico.** Ano:2009,p 43. PUC- Rio de Janeiro. Disponível em:< https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056_4.PDF> acesso em: 08, abril, 2019.

O Hospital D. Pedro II, inaugurado em 1852, tinha capacidade para atender 350 pacientes, já na inauguração abrigava 144 doentes e com menos de um ano de funcionamento, atingiu sua capacidade limite.

As demandas do Hospital D. Pedro II estavam divididas em: sociais, com relação à intranquilidade da sociedade em relação a um crescente número de pessoas na rua (homens livres e desocupados). Clínica: os médicos passaram a denunciar as situações desumanas em que se encontravam as pessoas doentes trancadas em prisões comuns, e a reivindicá-las para o hospital. Caritativa: as irmandades religiosas buscavam amenizar os sofrimentos causados pela loucura.

Segundo Resende (2001), o surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, também contribuiu para a difusão de um pensamento presente no senso comum até pouco tempo, que afirma: “lugar de louco é no hospício”.

Embora os hospitais psiquiátricos fossem vistos como a melhor opção para onde enviar não só pessoas com problemas mentais, mas qualquer um que ousasse perturbar a ordem social imposta na época, o ambiente era de segregação e maus tratos, centenas de pessoas acabavam amontoadas em condições precárias, sem possibilidade de cura e atenção à saúde básica, algumas eram enviadas para essas instituições pela própria família, pois significavam vergonha e inconveniência.

Um novo acontecimento na área da psiquiatria no Brasil, se deu após a Proclamação da República, surgiu então a psiquiatria científica, marcada pela ascensão do saber médico psiquiátrico, o Estado delega ao médico psiquiatra a função de prestar assistência ao portador de transtorno mental num âmbito geral de saúde e psiquiatria.

Nesse mesmo período houve o surgimento das colônias agrícolas, que faziam oposição ao modelo de atendimento fechado, dando a ideia de que o ambiente para atendimento psiquiátrico não precisaria ser de cárcere e isolamento do mundo externo.

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene mental, as medidas de prevenção a transtornos e higiene mental foram materializadas na construção de novos hospitais e colônias agrícolas públicas, voltadas ao atendimento de pessoas portadoras de transtorno mental, hanseníase e tuberculose.

A área da psiquiatria passou a ganhar força no Brasil com o surgimento de novas técnicas, em 1930, os avanços no tratamento de “transtornos mentais” se deram na apropriação das técnicas de Lobotomia e eletroconvulsoterapia.

A década de 30 foi marcada pelo início da industrialização brasileira, durante esse período o Estado passou a redefinir seu papel em relação a questão social, nesse contexto, surgiram as primeiras políticas sociais.

Inicialmente, as políticas sociais, especificamente as que tinham como objetivo uma atenção a saúde, estavam atreladas aos direitos do trabalhador formal, nesse sentido, a saúde passa a ser estruturada em grupos ocupacionais, mais tarde modificados no governo Vargas, em 1937, e transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAPs. É importante ressaltar, que a intenção dessas políticas era garantir a permanência da mão de obra do trabalhador, oferecendo atenção médica individual e assistência hospitalar.

No entanto, a atenção a saúde mental não estava inclusa nesse novo modelo de assistência previdenciária, Resende (2001, p 57), ressaltou:

“Apesar, pois, de a assistência médica já ter se tornado tradicional entre os benefícios de que gozavam os previdenciários, a atenção psiquiátrica só será incorporada às demais especialidades muito mais tarde, na década de 50, e mesmo assim, incipientemente.”

Após a II Guerra Mundial, os Estados Unidos passou a ser a maior potência capitalista e influenciou as demais nações, difundindo seu modelo de assistência médica hospitalocêntrico especializado e tecnologicamente desenvolvido.

Esta influência estadunidense, atrelada ao movimento de higiene mental, culminou a política de saúde mental no Brasil, através do Decreto Lei nº 8.550 de 1946, que estimulou a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais

Com a aceleração da industrialização nesse período, a política de assistência psiquiátrica passou a ser constituída, agregando investimentos a produção de psicofármacos específicos. Embora esses medicamentos tenham

trazido uma melhora significativa no tratamento dos transtornos mentais, a concepção do tratamento em reclusão permanecia.

Durante a ditadura brasileira (1964-1974), houve um aumento das ofertas de vagas em hospitais psiquiátricos, o Estado, para manter-se legitimado investiu em políticas públicas para controle social, utilizando o binômio: repressão- assistência.

Segundo Bravo (2007), até a promulgação da Constituição de 1988, a política de saúde enfrentou diversas dificuldades na ampliação de serviços, os recursos eram escassos e havia pouco interesse do estado em buscar soluções que envolvesse o setor público na promoção da saúde para todos.

2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil- A Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial

Em 1978, iniciou-se de maneira efetiva no Brasil o movimento social que buscava assegurar direitos aos pacientes psiquiátricos, este movimento era formado por familiares de pessoas com transtornos mentais, médicos, pessoas com longo histórico de internamento, uma das primeiras pautas era combater a violência usada como metodologia de contenção e tratamento dentro dos manicômios, o modelo higienista, a desumanização e descaracterização do indivíduo.

A partir da década de 80, passam a surgir as primeiras propostas e ações de reorganização e orientação para a assistência. Em 1987, acontece o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru SP), com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, no mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica teve início, no Brasil, no final dos anos 70, e adquiriu maior visibilidade em 1987, a partir da realização da 1ª Conferência Nacional Saúde Mental e do 2º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP) [...] (MACHADO, 2005, p. 11).

Esse período é marcado pelo surgimento do CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, e a tomada de um processo de intervenção, em 1989, através a Secretaria de saúde de Santos (SP), na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico, conhecido por suas ações de maus tratos e alto índice de morte de pacientes.

Nesse contexto, foram implantadas no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Através da experiência em Santos foi possível evidenciar ao país que a Reforma Psiquiátrica era possível e que traria mudanças significativas no campo dos direitos a pessoas com algum tipo de transtorno mental.

Ainda em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG), propõe no Congresso Nacional o Projeto de Lei que tem por objetivo regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva de manicômios no país, dando início a uma nova etapa da Reforma Psiquiátrica, abrindo espaço para conquistas no legislativo e normativo.

O Projeto de Lei Paulo Delgado inspirou movimentos sociais no Brasil, que buscavam o fim dos manicômios, através da resistência e luta antimanicomial, foram aprovadas em vários Estados as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental.

Entretando, embora as normatizações do Ministério da Saúde, durante a década de 90, regulamentassem os novos serviços de atenção diária a saúde mental, não havia investimentos suficientes para que houvesse a implantação do CAPS e NAPS em todo o país.

A lei Paulo Delgado foi aprovada apenas 12 anos depois de sua tramitação no Congresso Nacional, isto é, em 2001. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental dando importância ao oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais. No entanto, não institui com clareza mecanismos progressivo para a extinção de manicômios, mas,

impulsiona o processo da Reforma Psiquiátrica, sendo um fator motivador para a III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando a política de saúde mental do governo.

O Ministério da Saúde passa a criar linhas de financiamento para amparar serviços que substituem os hospitais psiquiátricos, bem como mecanismos de gestão, fiscalização e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir disso, a rede de atenção diária, passa a alcançar regiões de grande tradição hospitalar no país, onde a atenção a saúde de base comunitária era praticamente inexistente.

Em 2004, acontece o Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo mais de dois mil trabalhadores e usuários do CAPS. A efetivação da transição de um modelo hospitalocêntrico na área psiquiatria para um atendimento comunitário, humanizado com redução de leitos psiquiátricos, foi constituída através de ações do governo federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais que estão em constante busca por melhorias no atendimento e atenção a saúde mental.

2.3. A resolução de política manicomial e atenção psicossocial no governo atual

Em 2017, as entidades do movimento de Reforma Sanitária, a Comissão Intergestores Tripartite- CIT aprovou mudanças na Política Nacional de saúde mental, uma das principais pautas foi não permitir o retrocesso em relação às internações manicomiais.

No dia 14 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Resolução n 32, que veta a ampliação de leitos psiquiátricos e propõe inovações na Rede de Atenção Psicossocial.

Em tese, as medidas propostas tinham também como objetivo fortalecer o atendimento com base comunitária e criar CAPS 24 horas, prevendo equipes de Assistência Multiprofissional de Média Complexidade em Saúde.

Entretanto, é possível encontrar na resolução alguns artigos contraditórios, segundo o Art.5² da Resolução n.32:“vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados”, Já no o artigo 9º traz o conteúdo “I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo; IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital”.

Nesse sentido, o que se vê é uma brecha para transformar hospitais em “mini” manicômios, e o que deveria ser uma ferramenta para extinguir hospitais psiquiátricos, esses recebem um enorme reajuste nas diárias.

Ressaltando que esse texto trata de “contemplar” os usuários do CAPS dentro de qualquer expressão da questão de saúde (transtornos mentais ou dependência química), em 2019, o discurso do Presidente Jair Bolsonaro tem como ponto principal a defesa de casas de recuperação, que tem como método a abstinência e líderes religiosos em sua maioria como coordenadores, propondo mais uma vez o retrocesso ao não demonstrar interesse ao tratamento especializado proposto na resolução de 2017, ressaltando que a maioria dessas casas de “recuperação” ou comunidades terapêuticas são pagas pelos próprios usuários ou suas famílias.

O governante chegou a afirmar que defende a volta de tratamentos antigos, como o uso de eletrochoques, e embora o mandato seja recente, Jair Bolsonaro sancionou a Lei Antidrogas lei (13.840/19)³, que permite a internação compulsória de dependentes químicos, bem como seu acolhimento em comunidades terapêuticas.

Para o assistente social frente à manutenção e gestão das políticas públicas, esta nova Lei significa o fim da política de redução de danos e da

² RESOLUÇÃO N.32. Diário Oficial da união, 2017. Disponível em:<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15> Acesso em:21de agosto,2019

³ Câmara dos Deputados, 2019. Lei que permite internação involuntária de dependentes químicos. Disponível em:< <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SEGURANCA/577878-LEI-QUE-PERMITE-INTERNACAOINVOLUNTARIA--DE-DEPENDENTES-QUIMICOS-E-SANCIONADA.html>> Acesso em: 21 de junho, 2019.

atenção especializada a dependentes químicos, bem como uma violação dos direitos humanos básicos.

Essa nova política vai abrir portas para a ampliação de casas terapêuticas como fonte de renda, contribuindo também para o crescimento do mercado farmacêutico, criando algo como uma “Indústria da Loucura”⁴.

3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL/GUARATUBA-RECONHECIMENTO INSTITUCIONAL

O objetivo do CAPS I é oferecer atendimento à população, realizando diversos atendimentos 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 atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo as internações em hospitais psiquiátricos.

O projeto para implantação do CAPS I no município de Guaratuba iniciou em 2008, com a realização de um concurso público. A idéia de um CAPS em Guaratuba foi da Maria Yochimi Shibata a qual é formada em Serviço Social na UEL em Londrina em 1988; com especialização em filosofia e saúde mental. Porém só em 2011 que houve a efetivação do trabalho em si, com a inauguração em novembro.

No dia 15 de outubro de 2014 foi reinaugurado o Centro em novo espaço físico situado á rua Generoso Marques nº 417 no Centro. O atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira das 07:00 ás 17:00 com encaminhamentos médico da rede pública, hospitais e CAPS de outras cidades.

A equipe não possui quadro completo de profissionais como é considerada na Portaria nº 336 em 19 de fevereiro de 2002 do Art. 4º, no sub 4.1.2- Recursos Humanos, a qual dispõe dos seguintes profissionais:

- 1 médico com formação em saúde mental;
- 1 enfermeiro;

⁴ BOLETIM, Análise de Projeto de Políticas Publicas mo Brasil,2017. Disponível em:<<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>> Acesso em: 21 de junho,2019.

- 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

Sendo que o quadro de profissionais no CAPS Guaratuba é formado da seguinte forma:

- 1 Assistente Social
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Técnica em Enfermagem
- 1 Coordenadora Geral
- 1 Médico Psiquiátrico
- 1 Técnica Administrativa
- 1 Recepcionista
- 2 Psicólogas
- 2 Serviços Gerais

O total de recurso financeiro repassado ao CAPS I é o qual consta na Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Com 28.305 mensais (recursos financeiros fixo para os centros (CAPS) credenciados pelo Ministério da saúde.

O objetivo central do Centro de Guaratuba é realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social de indivíduos com transtornos psiquiátricos graves e persistentes bem como daqueles decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, é uma organização estratégica para a organização da rede de atenção em saúde mental do município.

Os tratamentos são divididos conforme o grau de comprometimento do paciente, os atendimentos podem ser:

- Intensivo: atendimento de 3 a 5x na semana;

- Semi-intensivo: atendimento de 2 a 3x na semana;
- Não intensivo: atendimento no mínimo 1x no mês.

Esses pacientes iniciam no Plano I, percorrido o período de 6 a 8 meses de tratamento. Passam por uma avaliação interdisciplinar; ingressa no Plano II com a perspectiva de trabalhar com o desligamento no CAPS e continuidade de manutenção nas Unidades Básicas de Saúde.

É nesse contexto que foi desenvolvido o estágio obrigatório em serviço social da acadêmica Andressa Caroline de Moraes.

3.1. Relato de estágio obrigatório

A supervisão de campo foi realizada pela assistente social Maria Yochimi Shibata, com quase trinta anos dedicados a profissão, com especialização em filosofia e saúde mental, a qual obteve a principal participação para implantação do CAPS I no município de Guaratuba. Sob supervisão pedagógica fui mediada pela professora Giselle Avila Leal de Meirelles, que nesses meus quatros anos de discência no curso foi a mestre em representar a real essência do Serviço Social em sua plenitude.

O primeiro passo realizado foi o reconhecimento institucional, cujo documento descreve o percurso e a historicidade do CAPS I em Guaratuba. Este tem como prioridade registrar, especificar e identificar o campo de vivência do estágio. Sendo assim juntamente com a técnica administrativa do centro realizamos um levantamento no sistema, com buscas nos prontuários dos pacientes para enumerar a quantidade de pacientes ativos aos atendimentos e classificar de acordo com o determinado transtorno. Mediante essa pesquisa chegamos ao resultado de 122 pacientes, sendo eles; transtornos mentais 15% masculino e 18% feminino, álcool/drogas 13% masculino e 4% feminino.

O principal instrumental técnico operativo na prática profissional que me proporcionou reconhecer e identificar as particularidades da profissão e, subsidiar na escolha do objeto de intervenção foi a observação;

“ A observação consiste na ação de perceber, tomar conhecimento de um fato ou conhecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade objeto do trabalho e, como tal encontrar os caminhos necessários aos objetivos a serem alcançados. É um processo mental e, ao mesmo tempo, técnico.” SOUZA (2000).

Dentre os instrumentais que tive a oportunidade em vivenciar; acolhimentos, entrevistas, visitas domiciliares, encaminhamentos, avaliações e outros, posso apontar as reuniões familiares como outro fator imprescindível para a construção do Projeto de Intervenção, sendo os familiares o objeto de análise. No dia 10/09/2015 citei no relatório uma das participações nesses grupos:

“Ocorreu a reunião familiar, com apenas dois familiares presentes. O primeiro paciente a ser falado se encontra na pré-alta, onde o familiar (marido) relatou que a esposa se encontra muito bem, disposta as atividades e muito feliz com o tratamento; conseguiu um emprego e relaciona-se muito bem com a família, seu transtorno é mental (bipolaridade). Já sobre a segunda paciente o marido relatou que ele está em surto constantemente, não sai mais de casa sozinha e que a mesma é inteiramente dependente do marido. Neste caso a assistente social questionou ao marido sobre uma internação para a paciente devido ao seu estado de surto e, também pelo adoecimento do marido para com esta situação, ele disse que a esposa tem muito medo em ser internada e, relatou sobre o fanatismo religioso da mesma [...]’

Foi também através de diálogos com a assistente social sobre a importância da participação desses grupos que me despertou interesse no assunto.

A família é entendida como parceira no cuidado ao indivíduo que sofre psicicamente, mas também necessita receber o suporte adequado para superar situações de desgaste físico, emocional, mental e psicológico, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação. Os instrumentais usados, especialmente o acolhimento e a escuta, são estratégias fundamentais para efetivar a inclusão das famílias nos serviços. Essas tecnologias fortalecem a

produção de saúde, proporcionam a criação de vínculos que possibilitam ao núcleo familiar o alcance de uma nova organização, facilitando o processo de reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização, pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Sendo eles, os familiares, o elo central que uni o tratamento terapêutico e a equipe técnica ao familiar adoecido, pude observar a grande ausência dos familiares nesses grupos, foi onde me questionei sobre a não participação dos familiares nas reuniões ofertadas no centro, tendo como objetivo geral a ampliação da participação das famílias no CAPS, conscientizando-as de sua importância no tratamento do familiar adoecido. Para que ambas as partes tanto do familiar como do paciente adoecido sejam trabalhadas de forma peculiar, ressaltando a importância da colaboração do familiar no tratamento. Após todos os objetivos traçados, com as observações e diálogos com a assistente social, tracei um outro objetivo central para minha intervenção.

Diante do desenvolvimento da intervenção, reformulei o último objetivo, que seria propor uma reunião a equipe interdisciplinar do CAPS a realizar uma possível reorganização sobre os atendimentos nos grupos familiares, para explorar métodos que possam trazer os familiares a serem coparticipantes no tratamento realizado. Essa modificação ocorreu devido a análise que fiz sobre o atendimento realizado nos grupos familiares, pois o atendimento é ofertado de maneira a propiciar esclarecimentos sobre os sintomas, tratamentos terapêuticos e medicamentoso, bem como o cuidado que se deve dar ao doente, porém grande parte dos familiares não buscam esse atendimento, mesmo com os profissionais os conscientizando nos atendimentos individuais e nas visitas domiciliares para a participação que é fundamental para o processo do tratamento.

Percebo que no início do transtorno, há um maior investimento, as famílias assistem os indivíduos adoecidos mais de perto e estão preocupadas em saber dos resultados. Outros, diante da cronificação do quadro psicopatológico, mostram-se distantes do tratamento. Demonstrem-se cansados e “entregam” o paciente para o serviço, como se fosse o único e exclusivamente papel dos profissionais responsáveis pela assistência.

Após as participações nos grupos familiares, nas visitas domiciliares, nas observações, escutas e, o desenvolvimento do folder informativo; para promover ações que contribuem para a participação dos familiares no atendimento, juntamente com a assistente social, partimos para o objetivo em trabalhar com a solidificação das redes de atendimentos, sendo elas as unidades de saúde básicas do município. Esse trabalho é de propor as redes o acolhimento e extensão do atendimento aos familiares dos pacientes que recebem alta do CAPS, onde são encaminhados á essas unidades para acompanhamento da melhora, sendo assim, após a alta do paciente; os familiares ficam desassistidos de atenção profissional, novamente; sendo eles o elo fundamental para com o tratamento.

Reorganizei o mapa institucional do campo, identificando os bairros/ruas do município e classificando por tipo de transtorno ou álcool/droga, apontando no mapa as áreas de vulnerabilidade social. Após esse trabalho, identifiquei as unidades básicas de atendimento e, junto com a assistente social entramos em contato para dialogar com os profissionais sobre empregar e propor esse tipo de atendimento a essa demanda que é encaminhado á eles e, para realizar a entrega dos folders nas unidades para a conscientização da importância da família no tratamento do familiar adoecido. Essa parceria é fundamental para que não ocorra o empobrecimento no atendimento integral aos usuários do serviço.

4. CONHECENDO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Através das atividades desenvolvidas durante o período de estágio obrigatório em Serviço Social no CAPS de Guaratuba-PR, foi possível evidenciar a dificuldade de familiares dos usuários para manter os cuidados ao paciente, através de relatos em situações registradas no diário de campo ficou explicito que algumas situações vividas por eles , os levam a algum tipo de sofrimento, muitas vezes psíquico.

Estas complexidades reafirmam a importância do profissional do serviço social na instituição, através da necessidade de proposição de alternativas que amparem a comunidade, cabe ao assistente social

contemporâneo conhecer e compreender o meio em que atua a fim de buscar a melhor forma de intervenção.

Segundo Yamamoto (2000, p. 113):

desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. O perfil predominante do assistente social historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais e atua na relação direta com a população usuária. Hoje exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com a sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado.

Nesse sentido, é importante buscar e propor métodos de cuidados com o cuidador, desse modo, vê-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como alternativa para ampliar os cuidados com as famílias dos usuários do CAPS a fim de evidenciar os sofrimentos, tratá-los de forma acolhedora e coletiva, do mesmo modo fortalecendo os vínculos entre instituição e comunidade.

A TCI foi criada na década de 90, pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, brasileiro e nordestino, que buscava metodologias para atender a comunidade de forma que essas não rompessem com os saberes populares.

Segundo Barreto (2010), a terapia é baseada em cinco eixos teóricos: o pensamento sistêmico, o qual afirma que problemas e crises precisam ser previamente estudados primeiramente como fragmentos de um todo, que envolve o corpo, a mente e a sociedade, para que posteriormente possam ser entendidos e solucionados.

A teoria sistêmica propõe uma mudança do modelo linear do pensamento científico (padrão causa-efeito) pelo modelo circular (padrão interativo). Seguindo esse raciocínio, os acontecimentos que envolvem a vida cotidiana não são possíveis de serem explicados pela referência casual ou em função de decisões e ações individuais, mas em decorrência da ação dos sistemas socioculturais, em interação. Sendo assim, os problemas e os desafios do dia-a-dia devem ser percebidos como sistêmicos o

que significa que estão interconectados e são interdependentes em seus contextos (HOLANDA, 2006, p. 25).

A teoria da comunicação, que indica que a comunicação é o elemento que une os indivíduos, que permite compreender que todo comportamento precisa ser valorizado a fim de compreender as possibilidades de sentidos e significados ligados as ações do ser humano.

[...] comunicar significa participar, trocar informações, tornar comuns aos outros, ideias e estados de espíritos, a comunicação pode ainda ser entendida como uma atividade educativa, já que há uma transmissão de ensinamentos, que moldam a disposição mental entre os que se comunicam. Como os homens têm necessidade de estar em constante relação com o mundo, com as informações e notícias, usa-se, então, a comunicação como mediadora na interação e na construção social (HOLANDA, 2006, p. 28).

Outro eixo, a Pedagogia de Paulo Freire, que demonstra que ensinar é dialogar, valorizar a troca de saberes, a empatia.

A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade, ou a perdem, não podem se aproximar do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Nesse lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão buscam saber mais. (PAULO FREIRE, 1983, p. 95)

Sendo assim, uma das propostas mais marcantes da TCI é fazer compreender que só é possível conhecer o ser humano e suas particularidades, bem como sua dor, seu sofrimento, colocando-se no lugar do mesmo, tratando-o de forma acolhedora e propondo escutar e acolher antes de qualquer diagnóstico, ou seja, todo tratamento deve ser baseado na resiliência.

As crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos ao grupo, são utilizados como matéria-prima em um trabalho de criação gradual de consciência social, para que os

indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano.(BARRETO, 2010, p.32).

O quinto eixo da TCI consiste na Antropologia cultural, que permite observar os saberes de um povo ou de grupos sociais

5. TCI- ALTERNATIVA PARA FORTALECIMENTO DE VINCULOS ENTRE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS/ GUARATUBA E INSTITUIÇÃO

O contato com os profissionais da saúde afim de ampliar uma conscientização sobre a importância do apoio a família do paciente com transtornos mentais foi um primeiro passo dado durante o estágio obrigatório, entretanto, após a conclusão dos objetivos no plano de intervenção, foi possível compreender através de relatos de outras instituições, que a TCI pode complementar e facilitar o diálogo entre o CAPS e os usuários, bem como ampliar o atendimento a suas famílias, que são o foco principal desse estudo.

A TCI dispõe de uma série de dinâmicas e abordagens que tem por objetivo despertar interesse do público a quem está sendo direcionada. No caso CAPS de Guaratuba, é possível agregar a Terapia Comunitária Integrativa as reuniões já ofertadas para os pacientes alternando o espaço e o dia desses encontros para receber também os familiares dos usuários.

Para implementar a TCI é necessário que haja um profissional habilitado pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária- ABRATECOM e um co-terapeuta, que não necessariamente precisa de uma formação específica, a metodologia inicial da terapia é simples, inicia-se com uma roda, os participantes são informados de algumas regras: fazer silêncio, falar das próprias experiências, não julgar e nem dar conselhos, mas sugerir histórias, músicas, esta etapa termina com uma dinâmica.

Na segunda fase escolhe-se um tema, o próprio assistente social pode ser o co-terapeuta nesse caso, e nortear esta etapa, recebendo o grupo e dando apoio a partir das relações já construídas nas conversas anteriores a da terapia, o terapeuta, estimula o grupo a falar sobre o que está fazendo-o sofrer,

coletivamente, é escolhido um dos temas para ser aprofundado, após uma síntese dos problemas apresentados.

Cada integrante do grupo pode falar sobre o que sente em relação ao tema escolhido, nesse momento é permitido fazer perguntas para compreender o contexto de cada um, em sequência é feita uma problematização do assunto, o terapeuta faz uma pergunta chave, propondo uma reflexão, assim, as pessoas que tiveram experiências relacionadas ao tema podem pensar sobre como superaram ou vivenciaram o “problema”, a pessoa que teve seu tema escolhido, elege a melhor estratégia para ser utilizada no enfrentamento do sofrimento/situação.

Por fim, formando um círculo, todos dão as mãos, e é nesse momento que se constrói as relações sociais, o momento para fazer perceber que o grupo não está só, que são uma rede coletiva de apoio, que cada experiência, bem como seus atores, tem seu valor.

A Terapia comunitária, propõe algo além de uma escuta técnica, tem por objetivo ampliar a rede de tratamento, transmitindo que a valorização de cada indivíduo através da escuta e da troca de experiências também são métodos de cuidado, partindo do amparo coletivo, onde um cuida do outro, praticando a auto análise a fim de oferecer o melhor de cada um ao grupo, sem pré julgamentos, empregando a ideia de que juntos são mais fortes, transformando a instituição nesse caso, num ponto de encontro e fortalecimento na luta contra os sofrimentos.

É importante ressaltar, que as metodologias da TCI, além de construir laços entre a comunidade e instituição, permitem trabalhar o fortalecimento de vínculos entre usuários e seus familiares, a partir das reflexões, permitindo-os compreender o quanto são importantes no processo de tratamento, e ao mesmo tempo, tratando seus próprios sofrimentos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental no Brasil só ganhou atenção do Estado, quando o tráfego e exposição de pessoas com algum tipo de transtorno mental ou em situação de drogas passou a ser expressivo nas ruas e em hospitais, estas pessoas eram vistas inicialmente como desocupados, vagabundos ou inválidos, que diante de um senso comum, “sujava” a imagem das cidades.

Entretanto, a saúde mental, sendo reconhecida no século XX, como uma expressão da questão social, torna-se mais um campo de atuação para o Serviço Social, que passa a fazer parte do processo de ampliação do atendimento à pessoas com transtornos mentais e outros sofrimentos, e da luta pela inserção da saúde mental como política pública.

O processo histórico de viabilização do tratamento a saúde mental como um direito incluído no Sistema Único de Saúde, bem como a criação de instituições específicas de atendimento especializado, como o CAPS, deixa claro que os familiares das pessoas com algum tipo de transtorno, através de inúmeras reivindicações, tiveram um papel crucial no que diz respeito à transformação de um tratamento higienista para um tratamento humanizado e intencionado de fato a propor o bem estar do paciente.

Nesse sentido, a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social no CAPS de Guaratuba, bem como a conclusão dos objetivos de atuação, propõe refletir sobre o atendimento às famílias dos usuários. Embora tenha sido feita uma ação de “conscientização” aos profissionais da rede pública de saúde do Município em relação a importância da família no tratamento, não foi possível durante o processo de estágio, por falta de tempo hábil, formular e propor uma metodologia que amparasse esta iniciativa.

Desse modo, após a conclusão do estágio, permaneceu a questão: Enquanto assistente social, qual método poderia ser usado para amparar as famílias dos usuários do CAPS, sendo esse eficaz na gestão de conflitos, amenizando sofrimento e fortalecendo vínculos?

Através de pesquisas e relatos de processos de tratamento no CAPS, a Terapia Comunitária Integrativa demonstrou ser um método simples, e com potencial não só para fortalecer vínculos entre a família de usuários, mas também para amenizar seus sofrimentos, permitindo ao mesmo tempo uma troca de saberes entre comunidade e instituição.

A proposta de valorizar o indivíduo mantendo os familiares como uma rede de apoio sem que eles se sintam sobrecarregados e adoecidos, como foi possível analisar no relato de estágio, poderia ser continuada e atrelada a TCI como metodologia de intervenção do assistente social.

Entretanto, o cenário de retrocessos atual, em especial na saúde, leva a refletir: como seria possível propor a continuação de um projeto de atenção à família de usuários, sem fazer parte da instituição e ao mesmo tempo, compreendendo que os recursos estão cada vez mais escassos?

Há uma necessidade de fortalecimento e união dos assistentes sociais, enquanto profissionais que atuam diretamente na promoção e efetivação de políticas públicas e sociais, a fim de buscar novas formas de enfrentamento às injustiças sociais e ao desmonte de direitos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As políticas de saúde mental no Brasil: panorama histórico. Ano:2009,p 43. PUC- Rio de Janeiro. Disponível em:< https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056_4.PDF> acesso em: 08, abril, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. LOAS (1993). **Lei Orgânica da Assistência Social.** Brasília, MPAS, Secretaria de Estado de Assistência Social, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BARRETO, A.P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

BOLETIM, **Análise de Projeto de Políticas Públicas no Brasil**, 2017. Disponível em:<<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>> Acesso em: 21 de junho,2019.

CÂMARA DE DEPUTADOS, 2019. **Lei que permite internação involuntária de dependentes químicos**. Disponível em:<<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SEGURANCA/577878-LEI-QUE-PERMITE-INTERNACAOINVOLUNTARIA--DE-DEPENDENTES-QUIMICOS-E-SANCIONADA.html>> Acesso em: 21 de junho, 2019.

CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro, DIAS, Maria Djair, MIRANDA, Francisco Arnaldo de, FERREIRA, Maria de Oliveira. **Contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) : do isolamento a sociabilidade libertadora**. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 2013.

CFESS: Parâmetros para a **Atuação para o Assistente Social na Saúde**. Brasília, 2009.

HOLANDA, V. R. **A contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes**. Dissertação de Mestrado. UFPB/CCS – João Pessoa, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. 14° Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MACHADO, Kátia. **Como anda a reforma psiquiátrica?** Revista Radio Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2000.

FREIRE, Paulo. **Paulo Freire ao vivo**. São Paulo: Loyola, 1983.

RESENDE, H. (2001). **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In S.A. Tundis & N.S. Costa (Orgs), *Cidadania e Loucura: políticas públicas de Saúde Mental no Brasil* (PP. 15-73). Petrópolis: Vozes.

RESOLUÇÃO N.32. **Diário Oficial da união**, 2017. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15> Acesso em: 21 de agosto, 2019.

SPOSATI, Aldaíza Et.al. **Assistência na Trajetória das Políticas Públicas Brasileiras: uma questão de análise**. São Paulo: Ed.Cortez, 2008.

8. ANEXO

UFPR – Universidade Federal
do Paraná



Curso: Serviço Social

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças a equipe interdisciplinar do CAPS Guaratuba, onde me concederam a oportunidade de campo de estágio.

Em especial quero agradecer a Assistente Social Maria Yochimi Shibata por disponibilizar de seu tempo em transmitir todo seu amplo conhecimento sobre a profissão e, pelo apoio, compreensão e por toda a ajuda nesse percurso até a finalização do trabalho.

À Professora supervisora de estágio Giselle Avila Leal de Meirelles por me compreender em minhas dificuldades e desafios nesse percurso e, pelo vasto aprendizado que obtive nesses anos, os quais foram muito gratificantes na construção do meu conhecimento profissional.

Este Folder é o resultado do Projeto de Intervenção realizado no CAPS I Recomeço de Guaratuba, disciplina: Estágio Obrigatório, ministrado pela professora Giselle Avila Leal de Meirelles, sob supervisão de estágio de campo da Assistente Social Maria Yochimi Shibata.

Guaratuba
2017

**Projeto de
Intervenção
sobre a
Importância da
Família no
Tratamento do
familiar adoecido**

Aluna: Andresa Caroline de Moraes

ANEXO A - FOTO FRENTE FOLDER “ PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO FAMILIAR ADOECIDO”.



Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário que tem como objetivo atender e cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, sendo eles graves, severos e persistentes, bem como os usuários abusivos de álcool e outras drogas.

O tratamento realizado é através de atendimento individual, atendimento de grupos, encaminhamentos, atendimentos familiares, visitas domiciliares e outros.

CAPS

O que é?

Esses atendimentos são realizados pela equipe interdisciplinar composta de: enfermagem, psicólogas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e médico psiquiátrico.

O CAPS de Guaratuba fica localizado na Rua Generoso Marques nº 417, bairro Centro, com o atendimento de Seg, á Sex, das 07:00 às 17:00.

Família, sua participação é fundamental ...

Pois, é o elo central que uni o tratamento terapêutico e a equipe técnica.

A família recebe esclarecimentos sobre os sintomas, tratamentos terapêutico e medicamentoso, bem como o cuidado que se deve dar ao doente. Tornando-se co-participante em reabilitar o membro adoecido e auxiliar nas mudanças efetivas da vida diária.

É de suma importância a sua participação na busca do cuidado a saúde e reabilitação no contexto familiar e social.



ANEXO B - VERSO DO FOLDER