



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

JOSINALDO DE ALBUQUERQUE DINIZ

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UM DEBATE NECESSÁRIO

**CAMPINA GRANDE, PB
2017**

JOSINALDO DE ALBUQUERQUE DINIZ

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UM DEBATE NECESSÁRIO

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial de obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Thaisa Simplício Carneiro Matias

**CAMPINA GRANDE, PB
2017**

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

D585s Diniz, Josinaldo de Albuquerque
 Serviço social e saúde mental [manuscrito] : um debate
 necessário / Josinaldo de Albuquerque Diniz. - 2017.
 36 p.

 Digitado.
 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
 Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
 Sociais Aplicadas, 2017.
 "Orientação: Profa. Ma. Thaisa Simplício Carneiro Matias,
 Departamento de Serviço Social".

1. Reforma psiquiátrica. 2. Serviço social. 3. Família. 4.
Assistência social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

JOSINALDO DE ALBUQUERQUE DINIZ

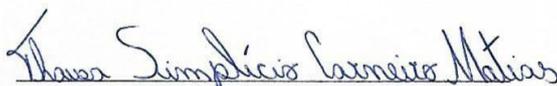
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UM DEBATE NECESSÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 11/08/2017.

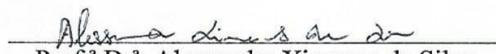
Média: 8,0

Banca Examinadora



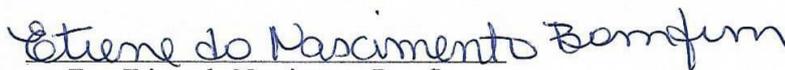
Prof.^a. Me. Thaisa Simplicio Carneiro Matias
(Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba(UEPB)



Prof.^a Dr.^a. Alessandra Ximenes da Silva
(Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba(UEPB)



Esp. Etiene do Nascimento Bomfim
(Examinadora)

Assistente Social CAPS II Campina Grande

CAMPINA GRANDE – PB

2017

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de uma longa caminhada, na qual não trilhei sozinho, então, quero agradecer fundamentalmente ao meu Deus, por sua infinita bondade e amor. Agradeço também a minha família, por todo amor em cada sorriso, em cada abraço e em cada carinho, a vocês, o meu muito obrigado mais que especial, pois sem vocês nada disso seria possível.

As melhores amigas que alguém pode ter Audair Silva, Edinaide Costa e Silvana Melo, vocês fazem parte de cada passo que dei ao longo dessa caminhada. Audair, agora a vida nos distanciou, mas ainda te sinto perto. Com vocês, aprendi que a diferença está nos olhos de quem vê e não no coração de quem ama. Também aprendi a praticar a paciência e a compartilhar... Aprendi a sentir saudades, mas também aprendi que a distância encurta quando estamos ligados através do amor de verdade.

A minha querida e especial Professora Orientadora Thaísa Simplício, pela dedicação, paciência, sabedoria e tranquilidade que me contagiou através de suas sábias palavras. Professora, muito obrigado por todo carinho até aqui. Foi uma honra ser seu orientando.

À Banca Examinadora deste trabalho, pelas ricas contribuições de Etiene Bonfim, que vem acompanhando da minha formação profissional desde o estágio no CAPS II, na condição de supervisora de campo; e à Professora Alessandra Ximenes, neste momento de defesa da monografia.

Ao longo desses anos, pessoas maravilhosas dividiram comigo expectativas, angústias, sucessos e alegrias, a vocês, Cida, Sandra Maria, Admir, Danielle, Francineide, Mércia, Taise, Nilda e Leônia, muito obrigado.

A toda equipe do CAPS II Novos Tempos, profissionais e usuários que me receberam de braços abertos e muito contribuíram para minha formação, à Coordenadora do serviço Enedina, por ter nos recebido bem e ter sido fundamental nesta trajetória. Em especial, à Assistente Social Etiene Bonfim, pela confiança e dedicação. Gostaria de agradecer também a minha querida Professora Alessandra Ximenes por participar dessa minha jornada de muito aprendizado.

Por fim, minha incondicional gratidão a essa Universidade e ao Departamento Serviço Social que mudaram muitos dos meus posicionamentos, e concepções, reafirmaram a minha concepção de projeto de sociedade que sempre acreditei, e que

hoje construo no meu dia a dia e sei que o farei através da minha profissão com muita propriedade, pois sou fruto dessa formação tão comprometida com a equidade social e a legitimação de direitos em todos os níveis. E toda a vivência na Universidade Estadual da Paraíba que foi incrível, os meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABESS – Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

COI – Centro de Orientação Infantil

COJ – Centro de Orientação Juvenil

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG – Organização Não Governamental

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

SRT – Serviços Residências Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UEPB – Universidade Estadual d Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA TRAJETÓRIA NO BRASIL	9
3 O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA	18
3.2 FAMÍLIA: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL	21
4 AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO ÀS FAMÍLIAS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL: O 15º CBAS E A REALIDADE DO CAPS II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
ABSTRACT	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO.....	36

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UM DEBATE NECESSÁRIO

Josinaldo de Albuquerque Diniz¹

RESUMO:

Este trabalho é fruto de uma revisão bibliográfica e que tem como objetivo discutir sobre o trabalho do assistente social com famílias que tem portador de transtorno mental no âmbito do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) e na experiência de participação no CAPS II Novos Tempos Campina Grande, durante o estágio obrigatório em Serviço Social. O presente trabalho justifica-se pela necessidade de suporte à família pelo sofrimento existente ao conviver com um portador de transtorno mental. A escolha do CBAS se deu pelo fato de ser um importante canal de produção intelectual do Serviço Social. Em uma perspectiva crítica-dialética, este estudo de natureza qualitativa e de caráter exploratório partiu do pressuposto de que a família sofre um processo de centralidade, responsabilidade e também de sobrecarga na política de saúde mental a partir da reforma psiquiátrica. A partir da discussão sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no país, bem como articulando a importância da família nas políticas sociais e no trabalho profissional do assistente social na saúde mental. Assim, identificamos reflexões e orientações sobre o tema, como também, ações profissionais a partir de relato de experiências. Para compreender essas ações, é necessário chegar na essência da discussão sobre família e como esse tema está sendo rediscutido no CBAS, focalizando na saúde mental.

Palavras-chaves: reforma psiquiátrica, saúde mental, família.

1 INTRODUÇÃO

O processo da Reforma Psiquiátrica direcionou a construção de uma nova política de saúde mental, possibilitando um novo modelo de atenção psicossocial no Brasil. Nesta perspectiva, o objetivo era a desinstitucionalização e a inclusão dos portadores de transtorno mental nos diferentes espaços da sociedade e principalmente no núcleo familiar.

Diante disso, surgiram novas discussões e formas de pensar as políticas públicas direcionadas para a saúde mental. Assim, os debates refletiam sobre as práticas profissionais e suas relações de trabalho, para com isso possa ter uma melhoria na qualidade de atenção em saúde mental.

¹ Aluno de Graduação de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba - Campus I.
E-mail: nandotaylor@hotmail.com.

Bisneto (2009) diz que existe a necessidade de pesquisar as ações específicas das áreas de atuação profissionais, no sentido de aproximar os objetos institucionais do serviço social com as particularidades dos diversos lugares de atuação profissional.

A normatização do processo de criação de uma nova rede substitutiva para saúde mental se deu no ano de 1991, com aprovação da Lei Nº 3.657/91 e de autoria do Deputado Paulo Delgado. Essa nova rede é composta por: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais gerais e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), entre outros dispositivos. Tudo isso apoiado pela Lei N 10.216/01, que dispõe sobre o direito dos portadores de transtornos mentais.

Nesse contexto, em que os direitos civis e sociais são garantias mínimas e que todo portador de transtorno mental tem que ter acesso, resguardando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, este estudo objetivou discutir o trabalho do assistente social com famílias de portadores de transtorno mental nas publicações do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), como também, analisar como o grupo de família do CAPS II Novos Tempos Campina Grande auxilia os familiares na redução da sobrecarga e reforçando o compromisso da mesma na continuidade do cuidado com o usuário no seio familiar. Para tanto, discuti sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no país, bem como articulou a importância da família nas políticas sociais e no trabalho profissional do assistente social na saúde mental.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e tipo exploratório, no qual inicialmente foi realizada uma revisão de literatura sobre a temática em destaque (família e o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira), bem como de aproximação com artigos selecionados, identificando as ideias principais dos textos, através da seleção das palavras chaves e em seguida foi feita uma leitura, onde foi possível fazer uma revisão dos artigos estudados. Nessas análises, verificamos que o conteúdo dos trabalhos apresentados nas edições do CBAS em destaque não diverge significativamente uns dos outros sobre a abordagem da saúde mental (pautado na perspectiva da desinstitucionalização) e que essa análise justifica-se pela falta de produção na área de saúde mental pelo Serviço Social.

Observamos que a presença dos trabalhos no CBAS é um dado importante, pois com esses dados podemos identificar que, em sua maioria, as publicações são de

profissionais/assistentes sociais inseridos nos mais diversos espaços sócio ocupacionais, e que os mesmos são os sujeitos quem tem elevado os números de trabalhos sobre o tema da saúde mental por meio da experiência vivenciada nos espaços de trabalho.

Para melhor compreensão, iremos fazer um panorama da Reforma Psiquiátrica e a importância da família nesse processo e a contribuição do assistente social como profissional da saúde. Em seguida, discutiremos acerca dos trabalhos publicados sobre o tema proposto para, abrirmos o debate com as considerações finais.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA TRAJETÓRIA NO BRASIL

Ao longo da história, a loucura já teve várias explicações, como por exemplo, manifestação de poderes espirituais, castigo dos deuses ou possessões demoníacas. Já na Idade Moderna, o louco passa a ser visto como um descumpridor das normas sociais e nesse sentido nasce a relação da periculosidade com a questão da loucura. Tratar o portador da doença mental foi então sinal de exclusão, reclusão e asilamento, estabelecendo um modo de excluir aquele que não segue o padrão estabelecido pela sociedade.

Na sociedade capitalista, o louco era visto como anormal descumpridor das leis e da ordem. Nesse processo, na qual essas pessoas que eram vistas como improdutivas a exemplo de idosos, aleijados, crianças e loucos, foram estigmatizados, e assim eram isolados e esquecidos em hospitais gerais. No qual Foucault (1972, p.40-50) analisa:

O Hospital geral não é um estabelecimento médico. É antes uma instituição semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. [...]. O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a política e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão.

Alves (2009) endossa a supracitada afirmativa, analisando que tais hospitais se constituíam, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão, ou seja, onde o cuidado e a segregação se confundem. Neste mesmo contexto, que começaram a surgir alguns movimentos de críticas ao modelo hospitalocêntrico.

Uma luta pertinente da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao processo de desinstitucionalização, que se configura na própria reforma e visa de forma humanitária o melhoramento do sistema de saúde mental, por meios da redução de leitos e a ampliação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. De acordo com Amarante (2013, p.87):

Para efeito da referida investigação está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamento apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e as instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

Após a repressão do regime militar emergem movimentos sociais no país, inclusive questionando o modelo hegemônico no setor saúde, dentre os quais destacamos. O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que conseguiu inserir um novo direcionamento à assistência ao portador de transtorno mental, às famílias e a sociedade civil organizada colocando em pauta a questão psiquiátrica.

Foi a partir do final dos anos 1970 que a Reforma Psiquiátrica começou a se desenvolver no Brasil, apontando falhas no modelo que fundamentou a psiquiatria clássica², que tinha como única alternativa os manicômios para o tratamento do portador de transtornos mentais, facilitando a exclusão dos mesmos. Sobre o referido movimento, Vasconcelos (2002, p.23) analisa que:

O MTSM constitui o resultado de articulação prévio em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas que ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 189, que estabelece o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália.

Esse movimento passa a fazer duras críticas e denúncias contra a forma em que os manicômios cuidavam das pessoas com transtornos mentais, evidenciando a violência das instituições psiquiátricas e tinha como principais reivindicações:

² Psiquiatria clássica tem-se uma forte influência de Emil Kraepelin, psiquiatra alemão. A teoria que denomina e orienta os psiquiatras da época está baseada no arco-reflexo e tem como fundamentos novas classificações substituindo, por exemplo, a terminologia “Alienação Mental” por “Psicose” (STONE, 1999).

melhorias nas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; denúncias contra a indústria da loucura nos hospitais privados e reivindicações pela expansão dos serviços ambulatoriais em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi, portanto, um movimento de caráter político, social e econômico influenciado por vários grupos ligados nos segmentos de saúde mental. Naquela mesma década foram registradas várias denúncias em relação à política privatizante da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população.

Na dimensão política, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu no processo mais amplo no interior do movimento de Reforma Sanitária e teve como principal objetivo a desinstitucionalização do modelo manicomial fazendo uma substituição progressiva dos manicômios por uma rede de saúde mental na qual as práticas terapêuticas e a cidadania do portador de transtorno mental sejam discutidas entre a sociedade e os profissionais de saúde mental.

Segundo o conceito defendido pela Reforma Psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo e assistencial como a aplicação de recursos na criação de novos serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico, político e sociocultural, exigindo que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES, 2001).

Já na década de 1980, o MTSM programou ações para o cumprimento das reivindicações do movimento, de modo que esse objetivo só foi possível por um processo denominado de co-gestão entre o Ministério da Saúde e o da Previdência para a administração dos hospitais públicos, assim, possibilitando um espaço para a discursão política para o MTSM e com isso facilitando a implementação gradual do modelo sanitarista, chamado de “Ações Integradas de Saúde” (BRASIL, 2005).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi um marco para a realização desse processo, na qual o movimento assumiu a bandeira de descentralização, pleiteando a formação de um sistema único de saúde que fosse igualitário, descentralizado e participativo. Já no ano de 1987 aconteceu o II Congresso Nacional do

Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru- SP, iniciando o movimento nacional da luta antimanicomial e a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos-SP.

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado criou um projeto de Lei 3.657/89 no Congresso Nacional, que tinha como objetivo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o fim gradativo de todos os manicômios do Brasil (BRASIL, 2005).

Neste caminho, fortaleceu na disputa política o tensionamento para redirecionar os investimentos públicos para outros dispositivos assistenciais tornando obrigatória a comunicação oficial de internações feita contra a vontade do paciente oferecendo pela primeira vez um instrumento de defesa dos direitos civis dos portadores de transtorno mental. Nesse mesmo ano foi criado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS - que funcionava 24 horas) e as cooperativas e residências para os usuários que passaram por longos períodos de internações, perderam o vínculo familiar e viviam em condições desumanas (BRASIL, 2005, p. 7).

Nessa mesma década temos a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que a saúde, assistência social e a previdência integram a seguridade social, assim, a saúde passa a ser direito de todos e um dever do Estado.

Com a referida Carta Magna é previsto um sistema de saúde próximo do que seria posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal sistema prevê uma articulação das esferas federal, estadual e municipal. Essa conquista só se tornou possível pelas mobilizações e reivindicações assertivas do movimento pró Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS 2009).

A regulamentação de fato do SUS ocorreu através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis 8.080 e 8.142 as duas de 1990 e tem como pilar três princípios fundamentais para funcionalidade do SUS: Primeiro princípio o da universalidade que garante por parte do Estado direito à saúde para todos os brasileiros, sem preconceito e nem discriminação, fortalecendo assim a concretização da democracia. O segundo princípio, o da integralidade parte da ideia de que o indivíduo para ter saúde, não basta apenas a ausência de doença, mas tem que existir ações integradas envolvendo a saúde do indivíduo e da coletividade como lazer, habitação,

esporte, cultura e etc. O terceiro princípio o da equidade, tem uma relação direta com o conceito de justiça e igualdade, o atendimento aos sujeitos é de acordo com as suas necessidades.

[...] direito a saúde significa, garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. [...] esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização pelo texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (AMARANTE, 1994, p.77).

É necessário apontar também as diretrizes organizativas, que buscam garantir um bom funcionamento do sistema do SUS na qual podemos apontar alguns: a hierarquização dos serviços, a descentralização, a regionalização e a participação da sociedade, através do controle social dos serviços do SUS. Segundo Paim (2009, p. 29),

[...] pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendraram a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva.

O SUS teve um papel importante para a intervenção na política de saúde mental, conforme as lutas impostas por movimentos da Reforma Psiquiátrica, e com articulações de redes no que tange ao trabalho multidisciplinar, fator importante na atuação da referida área.

Já no ano de 1990, é digno de nota atentar para o fato de que foi realizada a Conferência de Caracas, que possibilitou o consenso entre os governos latino-americanos e resultou no documento intitulado Declaração de Caracas, embora abrangendo de uma forma genérica e pouco precisa, aceita e orienta o ajustamento nas legislações sociais para atender na perspectiva de direitos dos portadores de transtorno mental.

Nessa mesma década o cenário político do Brasil passou a assumir um caráter neoliberal, gerando assim retrocessos no que se refere às conquistas estabelecidas na constituição de 1988.

O modelo de atenção à saúde tinha dois projetos em disputa: o privatista marcado por característica de ação benemerente fiscalizadora e assistencialista; o segundo projeto, o da Reforma Sanitária, exigia dos serviços e programas, analisar a política de saúde em âmbito universalista, com atendimento humanizado, interdisciplinar e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009).

Em 2001 foi regulamentada a Lei 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No ano de 2002, a política nacional de saúde mental, apoiada pela Lei 10.216/01, teve como objetivo firmar um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária e aberto, garantindo a liberdade de ir e vir das pessoas com transtornos mentais pelos serviços na comunidade e na cidade, oferecendo também, cuidados com base nos recursos de cada realidade sociocultural (BRASIL, 2011).

Em 2004, precisamente em 19 de agosto, o Ministério da Saúde comunicou uma medida importante, que como base nos dados apontados pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), regulamentou a implementação de uma rede de atenção à saúde mental que está estruturado em:

- Leitos psiquiátricos em hospitais gerais;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): São dispositivos geridos pelo o poder municipal, dividindo o atendendo por regiões. Dependendo do tipo de CAPS, são oferecidos atendimento diário, 24 horas por dia. Os CAPS se subdivide em: CAPS I - com municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona de segunda à sexta-feira das 08:00 as 18:00 horas; CAPS II - que atende adustos com sofrimentos psíquicos graves, com municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona de segunda à sexta-feira das 08:00 as 18:00 horas; CAPS III - presta atendimento em regime de atenção diária, município com população acima de 200 mil habitantes, funciona 24 horas todos os dias, feriados e fins de semana; CAPS i- atende crianças e adolescentes

em municípios acima de 200 mil habitantes de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas e o CAPS AD - destinado ao atendimento de pessoas dependentes de álcool ou outras drogas em municípios acima de 100 mil habitantes e funciona de segunda à sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas.

- Serviços de Residências Terapêuticas (STR): são residências que atendem egressos de hospitais psiquiátricos e custódia, estando localizadas no perímetro urbano tendo como função dar suporte as pessoas portadoras de transtorno mental, regulamentada pela Portaria 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000.
- Atendimento à saúde mental na atenção básica: o atendimento ao portador de transtorno mental na atenção básica acontece através de profissionais da saúde mental nos centros de saúde, também pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Centro de convivência e cultura: constituem espaços que se destinam a sociabilidade do sujeito com transtornos mentais, proporcionando a articulação entre a cultura, sociedade e sujeitos com transtornos mentais.
- Programa de Volta para Casa: que são incentivos financeiros para as pessoas que passaram por longos períodos de internação em tratamentos psiquiátricos regulamentado pela Portaria 2077/GM, de 31 de outubro de 2003.

Em pleno processo de Reforma Psiquiátrica, é necessário refletir acerca dos dispositivos ofertados para substituir os leitos psiquiátricos. Dessa forma, é preciso analisar sua organização na rede de saúde e o seu funcionamento perante a efetivação das políticas de saúde mental. Ou seja, garantir que a Reforma Psiquiátrica para além da desospitalização, efetive a cidadania, autonomia e liberdade do sujeito.

Para fazer esta análise de forma consistente há que se considerar o impacto do neoliberalismo no Brasil no contexto da Reforma Psiquiátrica, pois, o primeiro, além de sucatear as relações de trabalho, visa o desmonte das políticas públicas, com a perspectiva de Estado mínimo para o social e máximo para o capital, parafraseando Neves (2010). Assim sendo, reduzem-se os leitos psiquiátricos e não se criam serviços substitutivos suficientes para responder a demanda da população. Contraditoriamente, o governo faz o repasse do dinheiro público para os empresários do ramo psiquiátrico, inclusive para as indústrias farmacêuticas.

O projeto de Reforma do Estado vem desde o governo de Collor dos anos de 1990, e é a partir daí que começa os ataques contra a política de saúde e contra o recém-

criado SUS, querendo assim a implantação do projeto privatista para reduzir os direitos conquistados na Constituição Federal vigente.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), a contrarreforma do Estado e os ajustes na economia se realizaram de maneira ainda mais agressiva e sobretudo organizada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado na qual defendia a ideia que a saúde não seria uma responsabilidade exclusiva do Estado, portanto, sendo possível a prestação de serviços por organizações sociais(OS).Segundo Behring (2008), o referido projeto se atrelou às recomendações do Banco Mundial(BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), inserido na dinâmica da fase de capitalismo contemporâneo.

Observamos que com o neoliberalismo houve uma inversão na proposta discutida, ou seja, o que deveria ser complementar é hegemônico hoje, é o que predomina nos hospitais e policlínicas, por exemplo, a maioria é conveniada, dando brecha para ocorrer uma mercantilização da saúde, fortalecendo assim o grande capital (BRASIL, 2007).

Luís Inácio Lula da Silva, eleito presidente em 2002 e reeleito em 2009, criou uma grande expectativa para a população brasileira em torno da saúde, esperando a retomada do processo da Reforma Sanitária brasileira e da efetivação do SUS, no entanto, ocorre o contrário, pois houve um fortalecimento das políticas neoliberais e subfinanciamento da seguridade social. Em seu segundo mandato, Lula nomeia José Gomes Temporão para assumir o Ministério da Saúde, militante histórico em defesa da RSB. Surge, mais uma vez, a esperança de melhorias na saúde, uma vez que o mesmo participou da formulação do projeto de Reforma Sanitária, mas o que ocorre, apesar de ter um discurso sanitário, é uma adesão a ideologia neo-desenvolvimentista, que não muda o formato das políticas sociais, estas continuam com o formato focal seguindo as diretrizes dos organismos internacionais.

Bravo (2009) enfatiza que durante o governo neo-desenvolvimentista de Lula da Silva (2002-2010), houve aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990, como a focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, entre outros. Além do desfinanciamento na área e formas mascaradas de privatização entre as quais se destacam as OSs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entre outras.

Em 2011, Dilma Vania Rousseff assume a Presidência da República, sendo a primeira vez na história do país em que uma mulher assume o comando da nação. Ela, porém, segue o mesmo direcionamento do governo Lula, onde a saúde não foi considerada área prioritária. No governo Dilma, foi aprovada a Lei n. 13.097/2015 que tem como estratégia sucatear o sistema de saúde público e estimular a entrada de capital estrangeiro na saúde; as privatizações com as fundações privadas, OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), EBSEH, parcerias público-privadas (PPP) e outras modalidades³; a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 45/2014 que propõe a todo trabalhador a obrigatoriedade de plano de saúde privado; a proposta da OMS sobre a Cobertura Universal da Saúde que atende o mercado; entre outras (CFESS, 2015).

A nova Lei n. 13.097/2015, resultante da pressão do setor empresarial, que incentiva o consumo privado, estimula a fragmentação do sistema de saúde brasileiro e descumpra os dispositivos constitucionais alterando assim a Lei n. 8.080/1990, tornando a saúde um bem comercializável, inviabilizando e enfraquecendo o projeto do SUS, proposto pelo movimento de Reforma Sanitária nos anos 1970, que exigia um modelo gratuito, público e universal (BRAVO, 2009).

Ainda em exercício em seu segundo mandato, a presidente Dilma (2015-2016) autorizou um corte em seu orçamento em 11,7 bilhões de reais, ficando notório o subfinanciamento na política de saúde brasileira.

É importante situarmos também o momento político no qual o Brasil estava vivenciando nesse período de *impeachment* da Presidente Dilma, que foi afastada do governo no dia 12 de maio de 2016, assumindo então de maneira ilegítima - defendida por alguns críticos como um golpe à democracia - o Vice-Presidente Michel Temer, e em 31 de agosto do mesmo ano, com a maioria do Senado favorável ao seu *impeachment*, Dilma perde o mandato.

No governo Michel Temer, os ataques ao SUS continuam, com a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 que tem como objetivo conter os gastos públicos na educação, saúde, previdência e assistência social por 20 anos e estabelece que as despesas da União só possam crescer conforme a inflação do ano anterior, e tem como

³A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde organizou o documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, com base em dados concretos sobre a realidade de estados e municípios onde as OS funcionam como modelo de gestão de serviços públicos presente na política de saúde no país (CFESS, 2016).

consequência o retrocesso dos serviços prestados à população e o mal atendimento nos hospitais, escolas e outros setores públicos.

Assim sendo, a importância da atuação de grupos sociais e políticos ligados à classe trabalhadora na defesa do SUS universal defendidos na 15ª Conferência Nacional de saúde, em 2015, por uma saúde pública e de qualidade.

Um dos desafios para os profissionais de saúde, dentre eles os assistentes sociais, é saber que rumo tomará a saúde mental nos próximos anos, uma vez que sofremos com um grande retrocesso na Reforma Psiquiátrica por conta da redução de gastos com o SUS, e o outro é que cada vez mais o mercado privatizante forma profissionais na saúde sobre a lógica do mercado por meios de instituições filantrópicas.

A exclusão, a restrição de recursos são marcas registradas de alguns governos, desobedecendo assim às diretrizes nacionais da política de saúde mental. Para conseguir um grande avanço, é importante a participação de todas as esferas de poder, encontramos poucas iniciativas nas políticas públicas dos Estados e Municípios, há muito a se avançar, na perspectiva de estender ou ampliar a cobertura em saúde mental, visando promover o acesso aos serviços da rede em saúde mental.

Em relação à direção de todas as nuances de enfrentamento que envolve a questão do transtorno mental, é necessário ações que viabilizem a implementação da política de saúde, conforme preconizado no arcabouço jurídico-normativo do setor em destaque. O projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 1990, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, tecido desde a década de 1980 e com o projeto da Reforma Sanitária.

3 O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA

Não podemos discutir o Serviço Social na saúde sem se referenciar aos anos 1980. O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões dessa década, que foi fundamental para o entendimento da profissão hoje, constituindo-se um “divisor de águas”.

É importante ressaltar que esse passo dado pelo Serviço Social colocado como a renovação da profissão não é um desvinculamento completo com o tradicionalismo, mas é possível reconhecer a evolução profissional. Tal entendimento é confirmado por Netto (2001, p. 136) quando diz que:

A dialética entre o Serviço Social no país antes e durante/depois do ciclo autocrático não é nem a ruptura íntegra, nem a mesmice pleonástica: é um processo muito complexo em que rompimentos se entrecruzam e se superpõe a continuidades e reiteraões; é uma tensão entre vetores de transformação e permanência – e todos permanecem, em medida desigual e metamorfoseados, na resultante em que, indubitavelmente, predomina o novo.

No que se refere ao Serviço Social e sua inserção na saúde mental, Bisneto (2009), diz que, em meados dos anos 1940, o Serviço Social, inserido no, contexto da luta entre classes, não tinha vinculação específica com a saúde mental, embora a profissão já estivesse inserida nesse campo de atuação, essa vinculação tímida com a saúde mental, se dava pelo fato do número de profissionais que ainda era escasso nesse período.

No entanto, é importante identificar a relação do Serviço Social com o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, podemos dizer que o diálogo entre a saúde mental e o Serviço Social é ainda recente e também é necessário considerar as transformações que a profissão sofreu nesse mesmo período, ressinificando a relação entre os ambos.

Diante disso, a categoria é desafiada a se apropriar do debate da saúde mental, através da análise crítica dos fundamentos teórico-metodológico, contribuindo assim, para o avanço das políticas direcionadas aos portadores de transtornos mentais, ou seja, um profissional atuante e crítico, que vai contribuir para o deciframento das expressões da questão social postas na realidade de forma a pensar estratégias e alternativas de superação das demandas apresentadas. Amarante (1995), a superação da atenção à saúde mental baseada na violência foi um progresso gradativo e ainda é um desafio da atualidade.

Assim, o assistente social, é provocado a entender e compreender e ao mesmo tempo desenvolver reflexões e alternativas na relação da sociedade com o processo da indústria da loucura e sua relação com o sistema capitalista. Para dar concretude ao projeto da Reforma Psiquiátrica, foi necessária uma mudança no âmbito cultural com base na superação de preconceitos e criação de políticas pública concebida a partir das propostas da reforma.

Nessa mesma década, o Serviço Social brasileiro estava em processo de reconceituação e com isso podemos identificar pontos convergentes entre os processos históricos da Reforma Sanitária, Psiquiátrica e do próprio Movimento de Reconceituação, pois, são movimentos, que datam o mesmo período histórico que vai da ditadura militar até a redemocratização do Brasil. Tais movimentos se caracterizam pelo fato que uns se incorporam aos outros e com forte participação de militantes em apoio no combate dos projetos societários. O projeto societário do Serviço Social abarca as demandas de lutas dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Então, o Serviço Social construiu um projeto direcionado na perspectiva marxista, em que se pauta na emancipação do sujeito, tendo como fundamento a questão da realidade social e suas contradições. Nesse contexto, a metodologia até então clássica foi questionada pela categoria, criando uma crise na articulação das novas teorias e no exercício da profissão em saúde mental, pois até nesse momento não foram elaboradas propostas metodológicas para atuação do profissional no campo da saúde mental.

É importante reconhecer de que o Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social tem ligações fortes com os princípios da Reforma Psiquiátrica, porém estão inseridos em um contexto contraditório e que são permeados de tensão advinda das políticas neoliberais e da reestruturação produtiva. É preciso que os profissionais compreendam e atuem contra o processo de exclusão humana.

A profissão chega a esse período, focalizado e sintonizado com um projeto societário na qual suas ações se concretizam através das reflexões críticas, orientadas para a defesa da democracia, da justiça, da igualdade e da liberdade, conforme expresso no Código de Ética do assistente social de 1993 e como afirma (NETTO, 2009, p. 143) “[...] a concorrência entre diferentes projetos societários é um fenômeno próprio da democracia política”.

O Serviço Social é uma profissão que reflete as determinações de uma sociedade, precisando ser entendida e compreendida com bases nas organizações sociais, na relação poder público e sociedade, nas lutas de classes, dentre outros aspectos que envolvem a vida de cada indivíduo. Na saúde mental, a inserção dos assistentes sociais começa na década de 1940 nos hospitais psiquiátricos. Porém, até 1960 devido ao baixo número de profissionais atuantes no Brasil, poucos estavam inseridos nas equipes de saúde mental.

Segundo Bisneto (2009) e Vasconcelos (2002), as primeiras práticas dos assistentes sociais em saúde mental no Brasil ocorreram no ano de 1946, nos Centros de

Orientação Infantil (COI) e Centros de Orientação Juvenil (COJ). Na década de 1960, observou um crescente aumento no número de hospitais psiquiátricos, aumento que estava diretamente ligado ao modelo reformista da ditadura militar. Nesse cenário da ditadura, as políticas sociais passam a sofrer processos de mercantilização, fortalecendo um sistema de mercadorização da loucura, transformando a política de saúde em fonte de lucro para o setor privado.

Portanto, o objeto da prática do assistente social no contexto da saúde mental são as expressões da questão social e suas incidências naquele espaço. Dentro disso, é necessário que o profissional na área da saúde mental conheça as particularidades do espaço sócio ocupacional, pois nesse processo de Reforma Psiquiátrica, o assistente social se tornou um profissional importante no processo da desinstitucionalização, buscando fortalecer o processo de participação dos usuários e familiares no contexto comunitário. Por isso, a Política Nacional de Saúde Mental tem como uma de suas metas “promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado” (BRASIL, 2013). Nesse processo, cresce o discurso e as práticas do “fortalecimento” da sociedade civil, incluindo a reinserção do portador de transtorno mental na família.

No processo da Reforma Psiquiátrica, o assistente social é chamado a compreender os pilares que envolvem a importância do papel da família nos serviços substitutivos e assim, promovendo e atuando para garantir que as responsabilidades do Estado sejam devidamente efetivadas.

3.2 FAMÍLIA: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL

Podemos notar que durante o passar dos anos, as famílias passaram a ter novos arranjos a partir de um ponto de vista estritamente sociopolítico, ou seja, podem ser pensadas em termos institucionais. Sabemos que a família é uma instituição privada, cuja estrutura serve de apoio, nesse caso, para o portador do transtorno mental, onde ele precisa estabelecer uma relação com núcleo familiar.

Mioto (2014, p. 168) ao abordar uma concepção de família, afirma que esta também é uma instituição de construção pública, ou seja,

Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. [...] Portanto, ela não é apenas uma

construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um ‘refúgio num mundo sem coração’ é atravessada pela questão social”.

Para Rosa (2010), a unidade familiar é o principal suporte para uma formação do indivíduo e observa que a mesma tem enfrentado dificuldades diante das expressões da questão social:

No Brasil, todavia, a família, historicamente, é a figura central como balizadora das relações sociais, da identidade social, do suporte relacional e material, da reprodução biológica e ideológica. [...]. Um processo diferente ocorreu nos países de capitalismo central, em que o Estado assumiu essa função ao implementar o Welfare State, garantindo direitos sociais universalmente e, agindo assim, reduziu várias funções antes delegadas às famílias (ROSA, 2010, p. 279).

As famílias estão inseridas nas relações sociais, por isso que historicamente se transformam junto com a totalidade social, expressando-se assim nos chamados “novos” arranjos que têm por base as novas conjunturas familiares feitas por relações de uniões ou mesmo por parcerias livres, famílias reconstruídas, parentais adotivas, com pessoas sozinhas, casais sem filhos, casais homo afetivos ou com mulheres sendo chefes de família, enfim, uma diversidade que ainda encontra preconceitos e resistências.

Osório (1996) analisa que a família é composta por uma unidade grupal onde se desenvolve três tipos de relações pessoais; a primeira relação (casal), a segunda relação (pais e filhos) e a terceira relação (irmãos), e que a partir desses laços genéticos de preservar a família e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para criar valores éticos, religiosos e culturais. Através desses vieses a família é, apesar das mudanças ocorridas em diferentes espaços, a base para a formação do sujeito, pois ela é a responsável pela inscrição dos registros indispensáveis para a construção do mesmo.

Para o referido autor, a família pode apresentar três formatos: a nuclear conjugal-constituída por pai, mãe e filhos; a extensa consanguínea (composta por laços parentescos e a abrangente) que inclui os não parentes que coabitam.

Já para Ackerman (1986), a família representa a unidade fundamental de crescimento e experiência, acertos ou falhas. É também parte fundamental da doença e saúde. O autor considera que a família assume naturalmente duas funções: a de assegurar a sobrevivência física e constituir a humanidade essencial do homem.

Minuchin (1982), afirma que a família vem com o passar do tempo se transformando e que a cada dia se adaptando as mudanças impostas pela sociedade, renunciando, em certos casos, a proteção e socialização, assim como consequência, interferindo no comportamento psicossocial de seus membros. Assim, para o autor, a família representa a matriz do desenvolvimento psicossocial dos membros.

É importante destacar que há uma concordância entre os autores de que a família está em franco processo de desenvolvimento e transformação, e que, apesar de existir uma crise social, continua a família sendo o núcleo e base para o crescimento psicossocial, de identidade, educação e proteção dos membros da família.

No Brasil, a partir da década de 1990 a família se torna papel de destaque com o programa de contrarreformas do Estado, focalizando as políticas sociais para as famílias mais pobres. Para a política de saúde mental, a família tem um papel primordial, pois, dentre várias instituições envolvidas na rede de saúde mental, a ela cabe a tarefa principal no processo de reabilitação do portador do transtorno mental e assim constituir um espaço de cuidados e socialização do mesmo. Como vimos, a família possui importância na formação ontológica do ser humano, desenvolvendo-se suas relações macros sociais de produção e reprodução social do indivíduo. Mioto (2010) analisa que a família não se constitui apenas em espaços de afeto ou de harmonia, mas também em espaços de desentendimentos e que muitas vezes negligenciados pelas políticas sociais, que procuram ajustar as famílias nas suas intervenções sociais.

Com o modelo substitutivo proposto pela a Reforma Psiquiátrica no Brasil, em que a cultura manicomial é desconstruída e assim amplia uma discussão a respeito das práticas terapêuticas na relação serviço de saúde mental e família, fazendo que na reabilitação psicossocial a mesma tenha um papel de relevância nas estratégias de cuidado, em diferentes serviços de atenção à saúde mental, estabelecendo a reinserção do portador de transtorno mental no núcleo familiar.

Os esforços empreendidos pelos movimentos da Reforma Sanitária na implementação do SUS preconizando a garantia do direito à saúde universal, gratuita, com participação social nas decisões e controle social foi essencial para que o movimento de Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970 e 1980, com apoio da OMS e ONU, recebessem impulso para reivindicar contra a assistência dos hospitais para os usuários em sofrimento mental, visando melhorias e o direcionamento de novas ações de cuidado

desinstitucionais (AMARANTE, 1994). Segundo o documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), a Reforma Psiquiátrica diz respeito à

Mudança na assistência em saúde mental, de instituições fechadas para serviços abertos na comunidade, perto da moradia das pessoas, que respeitem os direitos humanos. Está acontecendo em vários países a partir das décadas de 1970 e 1980, impulsionado por movimentos sociais de trabalhadores da saúde mental, de usuários e familiares, pelos governos locais e com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014, p. 41).

O supracitado documento explica que no modelo assistencial hospitalar, durante o período de internação, os usuários permaneciam longe do território “perdendo vários de seus direitos, como o de conviver com seus familiares e amigos, sua liberdade de ir e vir, a posse de seus documentos e seus bens pessoais” (BRASIL, 2014, p. 43).

Rosa (2011) coloca que, o envolvimento da família como protagonista no processo da reforma psiquiátrica tem sido um desafio. Inicialmente alguns grupos familiares, através de associações, inseriram na luta pela cidadania do portador de transtorno mental e sua reinserção na comunidade. Assim, a família passa a ser incorporada no projeto terapêutico⁴ contribuindo para a reabilitação do portador da doença mental. Os familiares de portadores de transtorno mental, frequentemente tendem a se adaptar com uma nova realidade com a qual o preconceito se destaca.

No entanto, Rosa (2011) explica que a família foi incluída de forma negativa, sendo “culpada” pela eclosão do transtorno. A autora acrescenta que é importante a relação família com o portador de transtorno mental e ainda explica, que no modelo de atenção atual, que a política assistencial prioriza a diminuição de ofertas dos leitos hospitalares e a criação de novos serviços substitutivos de atenção à saúde mental, com isso a família acaba sendo estimulada para uma importante e fundamental participação no tratamento do portador de transtorno mental. Na atenção psicossocial, o objetivo das equipes de saúde mental na instituição família é que, a mesma, seja parte integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação.

⁴ No primeiro momento, o objetivo é realizar uma avaliação biopsicossocial, com intuito de definir o momento e a situação vivenciada pelo portador de transtorno mental, e em seguida junto com a equipe multiprofissional, traçar metas, definindo assim um projeto terapêutico que passara a ter avaliações e reavaliações, refletindo/avaliando sobre o andamento e evoluções, bem como sobre novas propostas caso seja necessário ao projeto.

É importante que a família possa ser acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas. A Reforma Psiquiátrica no momento que prioriza o cuidado nos serviços substitutivos apresenta novas demandas profissionais, ao portador do transtorno mental, à família e à comunidade na construção do cuidado da saúde mental. Dentre essas demandas, é importante destacar a sobrecarga da família e o desafio de promover a participação da mesma no planejamento e execução do cuidado no trabalho da saúde mental.

Nessas demandas é importante que os serviços em saúde mental tenham disposição e capacidade para acolher e ajudar as necessidades da família e fornecendo suporte necessário para que essas demandas consigam ser solucionadas. Portanto não basta só fazer a transferência do portador do transtorno mental para uma rede substitutiva, sem oferecer-lhes uma assistência, dando suporte necessário para o familiar.

A sobrecarga do familiar por ser definida por um estresse emocional e muitas vezes econômica traz consequências para o cuidado e a reabilitação do portador de transtorno mental, a família não foi preparada para acolher o usuário de transtorno mental. Conforme discutimos, historicamente, os mesmos foram por muitos anos afastados do núcleo familiar. Por isso, entender os fatores determinantes da sobrecarga do familiar é fundamental para que se tenham com os serviços de saúde mental uma sintonia para o processo terapêutico do paciente. É notório que os familiares lidam com os sintomas como se eles fossem reflexos da personalidade do portador do transtorno mental. Nesse sentido, é fundamental o reconhecimento da família como alvo de cuidados, que precisa de apoio para a reinserção familiar e do doente mental nesse processo.

A reinserção da família torna as intervenções mais eficientes, é necessário que os profissionais de saúde mental possa se instrumentalizar para que esses possam reconhecer as necessidades da família. Nesta perspectiva, é necessário destacar que, mesmo sendo fator importante nos serviços substitutivos, a família ainda não alcançam o envolvimento necessário no tratamento e, portanto, não conseguem propiciar o alívio da sobrecarga familiar.

Esse aspecto evidencia a vulnerabilidade do familiar e o quanto todas as áreas são afetadas pela doença do portador de transtorno mental, assim, a sobrecarga familiar

persiste mesmo quando o paciente responde positivamente na reabilitação do mesmo. Historicamente (mas não necessariamente seja uma responsabilidade exclusiva desta categoria profissional) é do Serviço Social a relação que relaciona a saúde mental e os familiares, decorrente do seu vasto conhecimento acerca da saúde mental. Assim sendo, tem muito a contribuir no debate da saúde mental e família. É importante, então, que o assistente social faça discussões acerca da perspectiva de família no interior da instituição e a importância da mesma no processo do tratamento do portador de transtorno mental. É necessário que ao entrar no espaço da discussão, entre o suporte à família e a corresponsabilização da mesma pela situação do portador do transtorno mental.

Nesse novo cenário onde a reinserção da família como provedor de cuidados, o trabalho com os familiares torna-se importante nos serviços, desenvolvendo atividades com os familiares na qual a mesma possa ter o suporte e o reconhecimento necessário e para que isto possa acontecer, abordamos as contribuições do Serviço Social, tais como acesso aos benefícios e garantias de direitos sociais e políticos, dentre outros.

Seguindo essa lógica, este trabalho vai abordar no próximo item uma discussão acerca da importância para categoria do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), tomando por base temática da saúde mental, incluindo a família como foco a partir das publicações nos Anais do referido evento, e a importância do grupo de família no CAPS II Novos Tempos Campina Grande, como um dispositivo de escuta e apoio aos familiares.

4 AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO ÀS FAMÍLIAS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL: O 15º CBAS E A REALIDADE DO CAPS II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE

O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), é um evento que ocorre a cada 3 anos e teve sua primeira edição no ano de 1974. Consiste num rico espaço de diálogo e discussões das produções acadêmicas do Serviço Social. Seu público alvo são professores, pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação e profissionais da área e afins.

Para a elaboração deste item foram analisados os anais dos 15º CBAS realizado em Olinda-PE no ano de 2016, onde foram selecionados os trabalhos relacionados à temática da saúde mental e família⁵.

Inicialmente a seleção do material foi realizada através de palavras relacionadas à saúde mental e família, a exemplo de: Reforma Psiquiátrica, família nos serviços substitutivos e CAPS. Foram identificados 22 trabalhos relacionados ao tema saúde mental, 37 trabalhos abordando o tema família. Deste total de 59 artigos, **14 trabalhos** corresponderam à discussão de família na saúde mental, o que consideramos um tema que ainda é incipiente no debate da categoria profissional, apesar de ser de precípua relevância.

No debate no CBAS sobre o trabalho da família, observamos que são recorrentes textos em maior destaque na modalidade de relatos das experiências profissionais. Nessa perspectiva, é possível notar que o debate se debruça nas referências teóricas ao serviço social. Portanto, partindo para os trabalhos publicados, ao descrever seus relatos de experiências com famílias, nota-se que a maioria dos artigos tem o objetivo de apresentar experiências profissionais a partir de ações sócias, ações essas que tem como público alvo as famílias dos usuários.

De modo geral, é recorrente nos artigos o reconhecimento das ações socioeducativas como uma das principais modalidades utilizadas na intervenção do assistente social com as famílias. Outro ponto importante no debate, é que grande parte das publicações não há uma articulação entre as ações e os instrumentos para a concretização de fato da ação profissional.

É importante também destacar que as publicações trazem importantes contribuições para enriquecer o debate acerca do trabalho com famílias, levando em consideração aspectos relevantes para reflexão contemporânea e crítica do Serviço Social sobre o tema.

Nestes artigos analisados, observamos que, é de suma importância que o portador de transtorno mental seja inserido no convívio familiar. Entretanto, observa-se que a articulação entre a saúde mental é permeada por alguns entraves, pois as

⁵ A tabela em anexo apresenta os temas dos CBAS analisados e o local onde foram realizados a quantidades de trabalhos apresentados e o total de artigos relacionados à saúde mental.

condições materiais, institucionais, físicas e financeiras são indispensáveis para a atuação profissional. Isso significa compreender que a construção do trabalho profissional não depende do assistente social, mas de vários fatores.

É necessário compreender o assistente social enquanto trabalhador assalariado, sujeito as mudanças nos espaços sócio ocupacionais. Essa realidade exige do assistente social um comportamento crítico e atento às mudanças para as novas demandas.

Partindo do pressuposto de que o assistente social é um trabalhador assalariado e como tal participa da relação de compra e venda da sua força de trabalho e, que por isso, não possui todos os meios para dispor do seu trabalho de forma independente.

Assim, observamos que os principais entraves mencionados nos artigos, giram em torno da falta de recursos institucionais e da precarizações dos meios de trabalho e das desiguais relações de poder que norteiam as políticas direcionadas as famílias.

Com isso, é possível identificar entraves da responsabilidade da família, até mesmo para acessar as políticas sociais públicas, pois o Estado deve prover condições e meios para que as famílias que tenha no seio um portador de transtorno mental possam assegurar condições básicas de cuidados e acima de tudo de sobrevivência no sistema de saúde mental. Um dispositivo de escuta para os familiares é o grupo de família, pois, os familiares encontra um lugar para expor seus pensamentos e sentimentos.

Com a inserção no participação no grupo de família do CAPS II Novos Tempos de Campina Grande-PB durante o estágio obrigatório, observamos a relação da equipe multiprofissional com familiares em diversos espaços: desde o acolhimento do usuário no serviço (em que há a exigência deste ser acompanhado por alguém da família), em salas de espera, atendimentos do Serviço Social, nas oficinas terapêuticas, grupo de família, na construção do Projeto Terapêutico do usuário, etc, compreendemos que a equipe do serviço em tela tem o entendimento de que as intervenções com os familiares consistem em um espaço importante na assistência da família, destacando que a eficácia na reabilitação do portador de transtorno mental, é também responsabilidade do familiar, mas reafirmando a responsabilidade do Estado no provimento do cuidado, conforme regulamentado na Política Nacional de Saúde Mental.

O grupo de família é um dispositivo terapêutico e ferramenta de cuidado dos familiares. Esse dispositivo de cuidado pode alicerçar uma relação entre o serviço e a

família. Dessa forma, fortalecendo um laço entre os mesmos, propicia um atendimento que melhor se aproxime as necessidades familiares com os portadores de transtorno mental. Apesar de ser um grupo que é conduzido pelo setor de psicologia da instituição, observamos nos encontros que os familiares possuem liberdade de expressão, dessa forma o grupo de família se torna um dispositivo de apoio, escuta, confiança e de integração entre os familiares e os profissionais que atuam na saúde mental, entre eles, o assistente social.

A participação familiar no serviço e nos cuidados com o usuário pode possibilitar uma aproximação das relações afetivas e um rompimento de preconceitos como a incapacidade e a “periculosidade”, os quais haviam ajudado no processo de afastamento do convívio social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, a Reforma Psiquiátrica teve como medida principal a mudança dos modelos de atenção e a gestão nas políticas de saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização do sistema manicomial e torna a instituição família como parte importante na reinserção nesse novo modelo de assistência da saúde mental. Algumas questões ainda precisam ser resolvidas mesmo com o avanço da Reforma Psiquiátrica, como a responsabilidade da família quando a desospitalização dos portadores de transtorno mental, as condições dos cuidados, as dificuldades da rede que compõem o serviço de saúde mental, melhorias nas condições do tratamento do paciente e o fator da discriminação social na qual os familiares estão incluídos.

Após a homologação da Lei Federal 10.216/2001 e com a entrada em cena de movimentos sociais de profissionais, trabalhadores da área de saúde, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil nasce e ganha maior visibilidade e força nessa nova orientação aos cuidados dos portadores de transtorno mental na saúde mental. Passados quinze anos, o que temos como de concreto nesses últimos anos? O grande desafio agora para os profissionais que operam as redes substitutivas e assistências é de como contemplar e resolver as necessidades reais e concretas dos portadores de transtorno mental e familiares.

É importante destacar que a Política de Saúde Mental exige a inclusão da família do portador de transtorno mental, para que ela possa dar suporte e também obtenha o

cuidado de si mesma, podendo ser direcionada para o grupo de família. Dispositivo importante de escuta entre o assistente social e os familiares.

Assim, destacamos a aproximação do assistente social com o Projeto Ético Político da profissão com as mudanças proposta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Evidenciando a necessidade dos profissionais estarem atentos nas contradições que o sistema atual vem colocando na saúde mental, para superar essas contradições, é importante que o assistente social desenvolva e possa se apropriar de conhecimentos e debates dentro da produção sobre saúde mental e Serviço Social.

ABSTRACT

SOCIAL SERVICE AND MENTAL HEALTH: A DEBATE NECESSARY

This work is the result of a bibliographical review and aims to discuss the work of the social worker with families who have a mental disorder in the scope of the 15th Brazilian Congress of Social Workers (CBAS) and in the experience of participation in CAPS II Novos Tempos Campina Grande, during the mandatory internship in Social Work. The present study is justified by the need to support the family for the suffering that exists when living with a person with mental disorder. The choice of the CBAS was due to the fact that it is an important intellectual production channel of Social Service. In a critical-dialectic perspective, this qualitative and exploratory study started from the assumption that the family undergoes a process of centrality, responsibility and also an overload in the mental health policy from the psychiatric reform. From the discussion on the process of Psychiatric Reform in the country, as well as articulating the importance of the family in social policies and the professional work of the social worker in mental health. Thus, we identify reflections and orientations on the theme, as well as professional actions based on experiences. To understand these actions, it is necessary to get into the essence of family discourse and how this theme is being rediscovered in CBAS, focusing on mental health.

Keywords: psychiatric reform, mental health, family.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN, N.W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ALVES, C. F. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Revista Neurobiologia, p.85-96, 2009.

ALVES, G. **Neodesenvolvimentismo e precarização do trabalho no Brasil – Parte II**. Publicado em 20/05/2013. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2013/08/19/neodesenvolvimentismo-e-precarizaca-o-do-trabalho-no-brasil-parte-ii/>>. Acesso em: 27 /12/2016

ALVES, Domingos Sávio. O ex. tentando ver o futuro. 1999 Ipub, Rio de Janeiro, no 14, PP 21-30.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. RIO DE JANEIRO: Fiocruz, 1994.

BEHRING, E. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. e. Ed. Brasília: MS, 2004.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, Ana. E.

et al (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4ª - ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2009.

CARLOTO, C. M. **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, 2015.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Documento “**Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil**”. Disponível em:<http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf>. Acesso em: 22/12/2016.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15.2016, Olinda. **Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.**

Olinda: CFESS,2016.

DELGADO, Pedro Gabriel. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica.**

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil.** 29. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LUIS. M. V., MARGIOTTE, M. S., SANTOS, D. S. P. **Percepções que a família e o paciente psiquiátrico tem sobre os determinantes de um distúrbio mental.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 10. N. 1,p.52,jan. 1989.

MINUCHIN, S. **Famílias, funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas,1982.

MIOTO, R.C.T. **Dilemas do trabalho social com famílias no campo da política social brasileira**. In: XIV ENPESS. Anais. Rio Grande do Norte: UFRN. Novembro/Dezembro, 2014. CD-RM.

MIOTO, R.C.T.; PRÁ, K. R. D. **Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira**. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.;

NETTO, JOSÉ P. **Ditadura e serviço social: Uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 14. Ed. São Paulo: Cortez, 20011.

NETTO, JOSÉ P. **A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social**. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª - ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2009.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas,1982.

PAIM, Jairnilson S. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

ROSA, L. C.S. **As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental**. In: VASCONCELOS, E. M. *et al* (Orgs). **Saúde mental e serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**.3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

STONE, H. Michael. **A cura da mente – a história da psiquiatria da antiguidade até o presente.** Artmed: Porto Alegre, 1999.

WIDMAN N. M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtorno mentais no paradigma da desInstitucionalização.**2004.227f. Tese (Doutorado em enfermagem) UFCC, Florianópolis, 2004.

ANEXO

Tabela 1 - Identificação geral dos CBAS realizados em 2004, 2007,2010, 2013 e 2016

CBAS	ANO	LOCAL	TEMAS	TOTAL DE ARTIGOS	ARTIGOS DE SM
11º	2004	Fortaleza- CE	O Serviço Social e a esfera pública no Brasil: o desafio de construir, afirmar e consolidar direitos	984	31
12º	2007	Foz do Iguaçu-PR	Questão social na América Latina: ofensiva capitalista, resistência de classe e serviço social	875	17
13º	2010	Brasília-DF	Lutas Sociais e exercício profissional no contexto da crise do capital: mediações e a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social	914	
14º	2013	ÁGUAS Lindoia- SP	Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho do assistente social	1120	19
15º	2016	Olinda-PE	80 anos do Serviço Social no Brasil- a certeza na frente, a história na mão.	-	22

Fonte: Elaboração do autor com base nos Anais dos CBAS de 2004 a 2016.