

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Elisa da Silva Neves

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS
COM TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DA INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL**

Santa Maria, RS
2017

Elisa da Silva Neves

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM
TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Prof.^a Me. Valeska Berman Machado

Santa Maria, RS
2017

Elisa da Silva Neves

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM
TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social,
da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS), como requisito parcial para
obtenção do grau de **Bacharel em
Serviço Social**.

Aprovado em 04 de dezembro de 2017:

Valeska Berman Machado, Me. (UFSM)
(Orientadora)

Rosane Janckzura, Dr.^a (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

A todos que sentem a dor mais além do que qualquer um que se reconhece enquanto normal.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente, pelos que estiveram presente nessa caminhada, nos processos de compreensão, escuta e amparo mútuo. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste estudo e, de uma maneira especial, agradeço:

- às minhas colegas e amigas de curso Simone Gardin e Marielle Correa, as quais sempre me deram apoio, me incentivaram a terminar a faculdade e dividiram as mesmas angústias no decorrer dessa sofrida e linda caminhada.

- ao Luciano Cassol, hoje um grande amigo, a quem agradeço enormemente por ter conseguido ingressar no curso, sempre estimulando o meu interesse pela temática escolhida para a realização deste trabalho, quando ainda me encontrava no campo de estágio I.

- à Eliseti Flores, que reconheci não só como uma colega, mas também como uma amiga, como a minha best, a quem recorro sempre que necessário e não necessário. Na construção deste trabalho, pude estar presente em sua trajetória e você na minha, certamente fortalecendo esse processo com muita admiração, muito respeito e muito amor.

- à Assistente Social Alessandra Lunkes pelo acolhimento, conhecimento, respeito e carinho durante todo o meu estágio curricular I, me incentivando e deixando as portas da Unidade Paulo Guedes abertas. Você é muito especial em todo esse meu processo acadêmico!

- à Profa. Cassia Mocelin, sempre disposta, com uma palavra carinhosa em momentos de dificuldades, sempre incentivando e a quem tenho muito orgulho de ter sido aluna. Te agradeço enquanto professora e minha supervisora de estágio I, foram momentos difíceis que se tornaram mais suaves graças a você.

- ao meu Henrique Pereira, que até quando se ausentava, arrumava alguma forma de se fazer presente, de estar comigo. Sempre deu um jeito de me apoiar, enquanto era apenas meu amigo e agora enquanto marido; obrigada por todo esse amor, compreensão e dedicação: você consegue despertar o que tenho de melhor no coração.

- e, claro, à minha orientadora Valeska Berman, a quem fiz questão de escolher como orientadora e que deve ter sofrido um pouco com isso. Foi difícil entrar no ritmo, mas quero agradecer todos os puxões de orelha e dizer que a

admiro, pois tenho necessidade de ver a teoria e prática andarem juntas, e com você isso é possível. Obrigada, mesmo, de coração!

Por que foi que cegámos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegámos, penso que estamos cegos. Cegos que vêem, Cegos que, vendo, não vêem (SARAMAGO, 1995, p. 310).

RESUMO

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

AUTORA: Elisa Da Silva Neves
ORIENTADORA: Valeska Berman Machado

Este Trabalho de Conclusão de Curso é resultante das inquietações causadas pela experiência do estágio curricular I realizado na Unidade Paulo Guedes (UPG) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A partir de uma discussão sobre a saúde mental no Brasil e sobre como é realizado o processo de intervenção do Serviço Social junto à família dos usuários com transtorno mental, pretende-se traçar uma trajetória da saúde mental no campo do Serviço Social, para, assim, visualizar o estado da arte da produção acadêmica dos cursos presenciais de Serviço Social na cidade de Santa Maria, ofertados pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no período de 2004 a 2016. O objetivo geral consiste, dessa forma, em analisar a produção sobre a saúde mental e a família realizada pelos acadêmicos dos cursos presenciais de Serviço Social da cidade de Santa Maria, visando identificar as características da produção teórica e os sentidos empregados nas discussões sobre o tema. Por meio de uma pesquisa exploratória, foram analisados os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) das duas faculdades presenciais de Serviço Social de Santa Maria, com a finalidade de assegurar um quadro que demonstre a realidade e a relevância da temática da saúde mental e família sob a perspectiva da produção acadêmica dos alunos da graduação da UNIFRA e da UFSM. Os resultados obtidos permitem afirmar a relevância dos estudos voltados à área de saúde mental e família para a produção do conhecimento do Serviço Social enquanto profissão interventiva.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviço Social. Família.

ABSTRACT

THE IMPORTANCE OF THE FAMILY IN THE TREATMENT OF USERS WITH MENTAL DISORDERS THROUGH THE INTERVENTION OF SOCIAL SERVICE

AUTHOR: Elisa Da Silva Neves
ADVISOR: Valeska Berman Machado

This Course Conclusion Work is the result of the concerns caused by the experience of the curricular internship I occurred at the Paulo Guedes Unit (UPG) of the Hospital University of Santa Maria (HUSM). Has a purpose is to discuss mental health in Brazil and how the social service intervention process is carried out with the family of patients with mental disorder, with this is intended to trace a trajectory of mental health in the field of social work, in order to visualize the state of the art of the academic production of the Social Work presential courses in the city of Santa Maria, UNIFRA (University Center Franciscano) and UFSM (Federal University of Santa Maria) from 2004 to 2016. It was established as a general objective to analyze the production on mental health and the family carried out by the academics of the classroom courses of the Social Service of the city of Santa Maria and in this way has as proposals to identify the characteristics of the theoretical production and the senses used in the discussions about mental health and family. Through the exploratory research, the Course Completion Works of the two face-to-face Faculties of Social Work of Santa Maria/RS were analyzed, with the purpose of assuring a framework that demonstrates the reality and relevance of the mental health and family subject under the perspective of academic production of undergraduate students from UNIFRA and UFSM, where it is possible to affirm the relevance from studies focused on the area of mental health and family to the production of knowledge of Social Work as an interventional profession.

Keywords: Mental Health. Social Service. Family.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGSM	Coordenação Geral de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DISAM	Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PTS	Plano Terapêutico Singular
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNIFRA	Centro Universitário Franciscano
UPG	Unidade Paulo Guedes
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 HISTÓRIA E POLÍTICA DA SAÚDE MENTAL	14
2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL.....	14
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	22
3 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL	27
3.1 AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	27
4 O ESTADO DA ARTE DE SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA	37
4.1 RECORTE PARA ANÁLISE E SEUS RESPECTIVOS AUTORES NO CENÁRIO DO ESTADO DA ARTE DA SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA DOS TCCS DA UNIFRA E UFSM	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetiva discutir a saúde mental no Brasil e a forma como é realizado o processo de intervenção do Serviço Social junto à família dos usuários com transtorno mental. Nesse sentido, pretende-se traçar uma trajetória da saúde mental no campo do Serviço Social, para, então, visualizar o estado da arte da produção acadêmica dos cursos presenciais de Serviço Social na cidade de Santa Maria, ofertados pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no período de 2004 a 2016.

A motivação para este tema advém do fato de ter-se realizado o estágio curricular I na Unidade Paulo Guedes (UPG), setor de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que, desde o ano de 1985, passou a atender usuários da população em geral com transtornos mentais¹. Essa unidade tem capacidade de atender no máximo 30 usuários. Na ala da Psiquiatria, além das demandas da UPG, também são atendidas as solicitações do ambulatório de saúde mental, que, por meio de uma triagem prévia feita pelos médicos R2², realiza os encaminhados necessários para o Serviço Social de acordo com cada caso. Hoje, a unidade Psiquiátrica do HUSM, a UPG, conta com profissionais de Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina e Psicologia, bem como Técnicos em Enfermagem, Secretários, residentes médicos e residentes multiprofissionais, que trabalham em conjunto para a evolução do usuário da saúde mental.

Durante o estágio na UPG do HUSM, foi possível observar a importância do apoio das famílias no tratamento dos usuários com transtorno mental, assim como o fato de que a falta de amparo pode interferir negativamente no tratamento do

¹ (F00-F09) Transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos.

(F10-F19) Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa.

(F20-F29) Esquizofrênia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

(F30-F39) Transtorno no humor (afetivos).

(F40-F48) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes.

(F50-F59) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos.

(F60-F69) Distorções da personalidade e do comportamento adulto.

(F70-F79) Retardo mental.

(F80-F89) Transtornos do desenvolvimento psicológico.

(F90-F98) Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.

(F99) Transtorno mental não especificado.

² Médicos no segundo ano da residência.

usuário. A doença mental, caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como “alterações doentias de pensar ou do humor e do comportamento associadas à angústia expressiva ou deterioração do funcionamento psíquico global”, atinge não só o usuário diagnosticado, mas também toda a família, que acaba adoecendo junto nesse processo confuso e conflituoso. A família tem, assim, uma função socializadora, de forma que as trocas afetivas no meio familiar constituem vínculos e marcas que são registradas por toda a vida.

Para Colvero, Ide e Rolim (2004, p. 203), “a doença mental ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana, é um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira, temido” pela família. O envolvimento dos familiares causa feridas profundas e faz com que estes, por não saberem lidar com a situação, também precisem de um acompanhamento esclarecedor, a fim de amenizar a dor que carregam consigo. Como diz Vasconcelos (2013, p. 9), na “Cartilha ajuda e suportes mútuos em saúde mental”,

Só quem já viveu a experiência de uma crise mental grave sabe do desamparo e do sofrimento que ela implica. Ela tem um efeito devastador: é como se o chão embaixo de nós desabasse, e a partir daí, como em uma fila de peças de dominó, todas as outras esferas da vida vão também caindo. Esse efeito é também vivido com muita dor pelos nossos familiares e/ou por quem convive diariamente conosco.

Diante disso, este estudo se destina a avaliar a apropriação dessa temática pelos acadêmicos dos cursos presenciais de Serviço Social da cidade de Santa Maria, levando em conta a forma como os acadêmicos vêm abordando as questões de saúde mental e família e vislumbrando, assim, quais seriam os principais sentidos abordados e os discursos que estão sendo reproduzidos sobre esse tema. Para isso, estabeleceu-se como objetivo geral analisar a produção sobre a saúde mental e a família realizada pelos acadêmicos dos cursos presenciais de Serviço Social da cidade de Santa Maria – ofertados pela UNIFRA e pela UFSM. O curso de Serviço Social na UNIFRA teve seu início no ano de 2000, formando sua primeira turma em 2004 e proporcionando a formação de mais 12 turmas até o ano de 16; já o curso da UFSM iniciou no ano de 2010, formando sua primeira turma em 2014 e com isso se têm, até o ano de 2016, a existência de mais duas turmas conclusas.

Para alcançar os objetivos propostos, foram analisados os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) das duas faculdades presenciais de Serviço Social de Santa Maria, com a finalidade de assegurar um quadro que demonstre a realidade e

a relevância da temática da saúde mental e família sob a perspectiva da produção acadêmica dos alunos de graduação da UNIFRA e da UFSM. Acredita-se que, por meio da compreensão do estado da arte, surgirão reflexões e indicações que possam incrementar e fortalecer as áreas mais críticas, ou seja, que ainda necessitam de estudos, estabelecendo prioridades de pesquisa, além de criar estratégias para consolidar a abordagem de saúde mental e família no Serviço Social.

Assim, precisa-se avaliar como a produção acadêmica da graduação analisa a relevância da temática da saúde mental e família no seu processo de formação, já que, em função do contexto histórico, com o processo da Reforma Psiquiátrica, a família sai do papel de figurante e passa a ter um papel fundamental no tratamento do usuário com transtorno mental, atuando como transformadora do meio em que o usuário existe e possibilitando, assim, sua reinserção social. Em busca dessa avaliação, optou-se por realizar uma pesquisa do tipo exploratória, já que tal tipo de pesquisa permite uma proximidade com a realidade do objeto estudado – TCCs que abordassem a saúde mental e a família, tendo em vista, principalmente, usuários com algum tipo de transtorno mental.

Conforme Gil (2002, p. 41),

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

Desse modo, utilizando-se da metodologia escolhida e para o desenvolvimento das reflexões acerca da temática proposta, este texto está estruturado em quatro capítulos, além desta introdução. No segundo capítulo, apresenta-se a história da saúde mental, discorrendo, para isso, sobre o quadro internacional e nacional e observando, ainda, a contribuição de Basaglia para a Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como a constituição da Política de Saúde Mental no Brasil.

Já no terceiro capítulo, discutem-se as competências profissionais do Serviço Social, ressaltando sua importância no campo de saúde mental. Discorre-se, também, acerca da equipe de trabalho inter e multidisciplinar necessária nesse processo, que, a partir de uma perspectiva ética, política e teórico-metodológica,

realiza intervenção junto aos familiares dos usuários com transtorno mental, no intuito de garantir os direitos sociais, civis ou políticos desses usuários.

No quarto capítulo, por sua vez, avalia-se, por meio de uma pesquisa exploratória, o estado da arte da saúde mental e família, apresentando-se os indicadores da importância da família no tratamento dos usuários com transtorno mental. Para isso, analisam-se as produções acadêmicas dos cursos presenciais de Serviço Social na cidade de Santa Maria publicadas entre 2004 e 2016 – período que abrange desde a formação da primeira turma em Serviço Social até a última turma formada no momento de produção deste estudo.

Por fim, nas considerações finais, são expostos os resultados deste trabalho, que tem como desafio mapear e discutir as produções acadêmicas dos cursos presenciais de Serviço Social na cidade de Santa Maria e, assim, verificar a relevância de estudos sobre a temática da saúde mental e da família para a construção do conhecimento e da própria profissão, que possui caráter interventista. Ainda nesse capítulo, resgata-se o percurso acadêmico em meio a um processo marcado por alguns recuos, assim como por uma constante evolução, transformação e aprendizagem vivenciadas durante a graduação em Serviço Social na UFSM.

2 HISTÓRIA E POLÍTICA DA SAÚDE MENTAL

O presente capítulo discute a história da saúde mental, apresentando sua trajetória no mundo e no Brasil, com enfoque ao processo da Reforma Psiquiátrica que ocorreu em âmbito mundial e em contexto brasileiro. Em seguida, aborda-se a política da saúde mental no Brasil e, a partir disso, expõem-se os cuidados destinados especificamente às famílias e aos usuários portadores de transtorno mental.

2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

Para discorrer sobre saúde mental, é preciso, primeiramente, contextualizar sua trajetória desde os primórdios em um cenário mundial, percorrendo posteriormente seu histórico no quadro brasileiro. Nesse sentido, ressalta-se que há uma linha tênue que separa a doença da saúde. Em função disso, em muitos momentos, a loucura foi romantizada, sendo associada à ideia de intelectualidade e genialidade; em outros, o louco foi visto como um ser perigoso e descontrolado ante a sociedade. A esse respeito, é possível afirmar que:

A forma como escolhemos lidar com a loucura diz respeito a todos porque fala também daquilo que almejamos como indivíduos e sociedade. O que fazer com aqueles que não se encaixam com a forma de que dispomos: tentar encaixar, silenciar ou afastar da vista ou tentar rever esses modelos para que sejam mais inclusivos? Queremos confiar sobre nossas vidas a quem supostamente sabe o que é melhor para nós, sob o risco de perdermos a voz e a parca liberdade de que dispomos? Ou desejamos ampliar as escolhas individuais, o que implica também assumir a responsabilidade de garanti-las ao outro? (GLEICH, 2015).

Assim, antes do nascimento da psiquiatria, a loucura foi vista de distintas formas durante o decorrer do tempo, e sua história passou por diversas etapas. Antigamente, acreditava-se na interferência do sobrenatural sobre a razão humana; após, no período hipocrático, as causas da loucura eram correlacionadas ao humor no corpo; já na Idade Média, quando a loucura passou novamente a ser vinculada aos processos sobrenaturais, era socialmente representada pela ética do internamento (FIALHO, 2014).

Foucault (2010), em sua obra, problematiza a trajetória da loucura, mostrando que, já no final da Idade Média, houve o esvaziamento dos leprosários, que eram

conhecidos como lugares obscuros e de segregação, passando os leprosos a serem substituídos pelas pessoas consideradas incuráveis e loucas. Adentrando assim o século XV, a loucura passou a instigar a imaginação do homem, tornando-se um fascínio para este. Nesse período, a figura da Nau de Loucos simbolizava a busca pela razão e pela purificação por meio da água, pois consistia em embarcações que transportavam os insanos em uma viagem pelos mares, fazendo uma referência à expulsão dos loucos de suas cidades, que eram deixados a vagar pelos campos.

A partir do século XVII, o louco foi, então, retirado do convívio com a sociedade, sendo colocado à margem, junto aos pobres. Assim, com a construção de casas para loucos, sem caráter médico e que se espalharam por toda a Europa, principalmente pela França, Inglaterra e Alemanha, estabeleceu-se uma relação entre a loucura e o internamento (FIALHO, 2014).

No século XVIII, a loucura passou a ser enquadrada como doença mental, que privava seus portadores de distinguir o certo do errado. Por esse motivo, o usuário deveria realizar um tratamento de adequação, com vistas à sua reeducação pedagógica, passando, assim, a fazer parte do interesse médico. Nesse contexto, a loucura era marcada por aspectos relativos à capacidade de percepção, dedução e conhecimento dos sujeitos, de modo que o internamento ganhou características médicas e terapêuticas (FIALHO, 2014).

Na segunda metade do século XVIII, a desrazão perdeu espaço para a alienação no que concerne à associação com a loucura. Nesse momento, em que o louco era visto como representante de risco e periculosidade, ocorreu institucionalização da loucura pela medicina (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995, p. 26), “o hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença”. Antes do século XIX e da Revolução Francesa, os fenômenos mentais eram, assim, objeto de reflexão filosófica marcada por uma medicina mais generalista, sendo associados a desequilíbrios de humor e, em alguns casos mais graves, confinados.

Próximo do século XIX, surgiram os asilos terapêuticos, com influências de Pinel (França) e Tuke (Inglaterra), que defendiam a libertação dos loucos do internamento, alegando que a loucura consistia em uma alienação mental que podia ser tratada, já que era um episódio na vida do portador de transtorno mental.

Pinel é o principal médico clínico desse século. Tendo estabelecido a doença como problema de ordem moral e criado um tratamento de mesmo procedimento, acreditava que o isolamento era fundamental para observar os sintomas e descrevê-los. Assim, organizou o espaço asilar, libertando os reclusos, o que não necessariamente significava que os loucos ocupariam um espaço de liberdade.

A partir da Revolução Francesa, Pinel e Esquirol³ apresentaram uma psiquiatria moral, com elementos que variavam entre dois modelos de doença mental: um com perspectiva organicista⁴ e outro com uma nosografia⁵ moral e social dos sintomas. Então, é a partir do século XIX que tem início um olhar mais científico sobre o que era chamado de loucura, transformando-se, assim, em objeto de conhecimento denominado doença mental e associado à medicalização e terapeutização da psiquiatria.

É nesse século que a psiquiatria surge enquanto uma ciência, sendo vista com um matiz positivista, centrada na medicina biológica que observa e descreve os distúrbios mentais objetivando um conhecimento do homem. No final do século XIX, houve, então, a formação de um sistema, chamado de unidades nosológicas⁶, que identificava quadros psicopatológicos (AMARANTE, 1995).

Diante disso, Fialho (2014, p. 16) afirma que

ainda que a prática psicanalítica estivesse, nos seus primórdios, muito mais próxima dos consultórios privados do que dos manicômios, a incompatibilidade entre suas concepções humanísticas e as práticas manicomialmente provocava uma inevitável perplexidade.

Especificamente no Brasil, a loucura faz parte do convívio social desde o século XVI, passando a ser objeto de intervenção do Estado no início do século XIX, com a chegada da família Real. Nesse período, os loucos foram retirados do convívio social, pois eram considerados uma ameaça, sendo levados para as Santas Casas de Misericórdia, onde viviam em péssimas condições (FONTE, 2012).

A psiquiatria brasileira surgiu, então, de uma medicina que dava voz à sociedade. Em meio a esse contexto, foi criado, por decreto imperial, no Rio de Janeiro em 1852, sob o mote da frase “aos loucos, o hospício”, o primeiro hospital

³ Psiquiatra francês discípulo de Pinel.

⁴ Supõe uma lesão na origem da doença.

⁵ Psicopatologia das paixões e de um ambiente patogênico.

⁶ Disciplina que visa realizar uma descrição exaustiva das doenças, a fim de distingui-las entre si e classificá-las.

psiquiátrico do Brasil, o hospício Dom Pedro II, inspirado no modelo asilar francês, proposto por Pinel e Esquirol. O isolamento passou, assim, a ser explicado como a separação do louco, que, posteriormente, sofreria intervenção terapêutica visando à sua transformação. É somente a partir do final do século XIX que começa, nos países do Ocidente e no Brasil, o processo da despsiquiatrização.

O Movimento de Saúde Mental, responsável pela desospitalização psiquiátrica, teve seu princípio nos Estados Unidos no início do século XX, difundindo-se, após, pela Europa e pelos países latino-americanos. No Brasil, o movimento se fortaleceu com a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada no ano de 1923, na cidade do Rio de Janeiro, organização que percebia a higiene mental como ligada a ideias eugênicas, acreditando que as doenças mentais eram hereditárias (VASCONCELOS, 2009).

É no século XX que os hospitais passaram a receber críticas contundentes quanto à superlotação e à quantidade insuficiente de funcionários. O filme “Nise: o coração da loucura”, por exemplo, retrata de que modo ocorria o tratamento dos pacientes com transtorno mental na década de 40, bem como a luta de alguns contra os métodos violentos utilizados na época, realizados a base de eletrochoques e até mesmo de agressões físicas. Nise inovou no tratamento das pessoas com transtornos mentais, aplicando formas alternativas, como a arte e os animais. Sua luta ganhou força nos anos posteriores com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que objetivava a desospitalização desses usuários com transtorno mental.

Segundo Batista (2014), as críticas a esse modelo, utilizado para o atendimento de portadores de transtorno mental, que surgiram no momento se dividiam em dois grupos:

- a) Os que defendiam a psiquiatria reformada, implicando a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas (a comunidade terapêutica na Inglaterra e a psicoterapia institucional na França) e outros que propunham estender a psiquiatria ao espaço público (psiquiatria comunitária);
- b) Os que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 60) e aqueles que defendiam a psiquiatria democrática, como o italiano Franco Basaglia (BATISTA, 2014, p. 397).

Assim, quando muitos países resolveram investir na substituição de hospitais por ações e serviços comunitários, o mundo estava em um período pós-Segunda Guerra. Nesse contexto, a França, por exemplo, buscava contribuir com o

estabelecimento de um campo coletivo no hospital, valorizando a clínica, com o intuito de que os usuários refizessem os laços com seus próximos.

Já a Inglaterra foi o palco da origem do movimento das comunidades terapêuticas, onde os usuários se tornaram sujeitos nas trocas de experiências. Os proponentes desse movimento

[...] buscam questionar epistemologicamente a disciplina psiquiátrica como forma de saber centrada numa lógica causal e analítico-empírica, e, por isso, não competente para tratar da questão loucura, eminentemente subjetiva e não circunscrita ao âmbito objetivo da realidade (FIALHO, 2014, p. 19).

Em Boston, nos Estados Unidos, por volta dos anos 40, Caplan iniciou o que chamava de teoria das crises e acreditava que a doença mental devia extrapolar os muros do hospital e alcançar a comunidade, motivo pelo qual trabalhava com a ideia de reabilitação social de seus pacientes.

A Itália, por sua vez, deu origem, na década de 60, à psiquiatria democrática, criada por Basaglia, que iniciou o processo da Reforma Psiquiátrica italiana, tendo como propostas: terminar com a internação em hospitais psiquiátricos, não colocar a doença em evidência e se ocupar do usuário como sujeito em sua existência. Ele acreditava em um modelo de atenção de recuperação e restituição dos direitos sociais dos usuários e apoiava o fechamento dos manicômios, que tinham como característica a violência nos tratamentos (ARBEX, 2013).

Sua crítica à psiquiatria tradicional teve início na década de 60, no manicômio de Gorizia, situado ao norte da Itália, quando iniciou um trabalho de humanização do hospital. Além das erradicações dos manicômios, Basaglia tinha o intuito de desconstruir os saberes, as práticas e os discursos psiquiátricos. Propondo uma psiquiatria democrática, ele confiava nas redes alternativas da psiquiatria, creditando a liberdade ao portador de transtorno mental como uma terapia e transformando o manicômio em um lugar de tratamento (HIRDES, 2009).

Basaglia foi, com certeza, o principal nome do Movimento da Reforma Psiquiátrica na Itália, denominado psiquiatria democrática, modelo esse que inspirou diversos movimentos similares, como a Reforma Psiquiátrica brasileira. Tal movimento acreditava no processo de inserção dos usuários e das famílias em projetos de trabalho e arte, visando à sociabilidade (VASCONCELOS, 2009).

Segundo Scheffer e Silva (2011, p. 367), “em 1960, o Brasil estava em plena crise e luta na saúde mental, devido ao fechamento dos leitos públicos e o apoio às clínicas particulares, desencadeando, assim, uma onda privatista chamada pelos estudiosos do período de ‘indústria da loucura’”. Foi, então, nos anos 1970 que um grupo de terapeutas radicais se posicionou contra a visão da psiquiatria, considerando que os transtornos psíquicos causavam alienação social. Entretanto, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro, surgido no final da década de 70, inspirou-se no pensamento de Basaglia, com destaque à atenção psicossocial e de território.

Foi na década de 1970, para adequar solução de problemas específicos do Estado do Bem-Estar Social e o processo do capitalismo no progresso econômico junto ao comando psiquiátrico, que surge a doutrina que embasa o processo da psiquiatria no Brasil no final da década de 1970. No contexto político de movimento e luta pela democracia em 1979, os trabalhadores em saúde mental se reuniram para realizar seu primeiro movimento em favor de uma nova psiquiatria, uma manifestação popular, a primeira luta antimanicomial realizada em São Paulo/SP (AMARANTE, 1994 apud SHEFFER; SILVA, 2014, p. 368).

Nesse contexto, no final da década de 70, ocorreram no Brasil fortes movimentos sociais na área da saúde pública, como o Movimento da Reforma Sanitária e, na saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou-se junto a vários movimentos sociais populares e de trabalhadores que visavam, para além da democratização política, à mudança de perfil restrito e autoritário das políticas sociais impostas na época pelo regime da ditadura militar. Diante do descontentamento com o sistema nacional de saúde mental, surgiu, então, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

A esse respeito, Amarante (1995, p. 51) explicita que “a trajetória do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, é considerado o ator e o sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde surgem as propostas de reformulação do sistema assistencial”. Esse movimento teve início com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde do subsetor de saúde mental, e trouxe à tona a falta de recursos hospitalares, fazendo com que diversos profissionais da saúde que se encontravam na mesma situação de precariedade apoiassem o ato. Nesse momento, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

(MTSM), com o objetivo de construir um espaço de luta com propostas de transformar a assistência psiquiátrica, organizando encontros com os trabalhadores da área da saúde e com os mais diversos setores da sociedade (AMARANTE, 1995).

Os maiores cenários da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram os estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Minas Gerais. No ano de 1978, emergiram os principais movimentos sociais, junto à repressão da ditadura militar, que coibia os movimentos de se manifestarem.

A Reforma Psiquiátrica consolidou-se no Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo a saúde como um direito fundamental e dever do Estado e colocando a atenção no acesso à saúde mental, com base na integralidade do cuidado, intersetorialidade, equidade, universalidade, igualdade, reabilitação psicossocial, organização da atenção de rede, desinstitucionalização e promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

A reabilitação psicossocial, segundo Bisneto (2011, p. 192), propõe que:

[...] se faça a análise crítica dos modelos terapêuticos e reabilitativos usados e que se faça a articulação com as relações sociais concretas dos sujeitos usuários. Se objetivarmos uma certa autonomia dos usuários na reabilitação psicossocial, precisamos fazer uma análise correta de suas possibilidades de reapropriação das relações sociais que os atravessam e os determinam.

A Reforma Psiquiátrica visava, assim, a uma reformulação das políticas públicas de saúde mental, por meio do abandono do antigo modelo chamado de asilar, possibilitando novos olhares sobre os usuários que sofriam de transtorno mental e criando formas mais adequadas de cuidado a esses usuários. A vertente higienista propunha, dessa forma, melhorias sanitárias e modificação do costume de vida da população em prol da prevenção dos transtornos mentais. Nesse sentido,

O Ministério da Saúde considera que, para a real reversão do modelo, é necessário que a atenção em saúde mental seja feita dentro de uma densa rede de cuidados de base territorial, comunitária e intersetorial, formada por diversos componentes, dentre eles a atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e Cultura), atenção especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades), atenção às urgências e emergências (SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento, Emergências Hospitalares), atenção hospitalar (Leitos de Psiquiatria em Hospitais Gerais) e serviços de atenção com caráter residencial (Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos), articulados a estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011 apud FIALHO, 2014, p. 24).

Assim, em 1979, em um contexto de luta pela democracia, os trabalhadores da saúde mental realizaram seu primeiro movimento em benefício de uma nova psiquiatria, propondo melhoras na rede ambulatorial e de saúde mental, ato que aconteceu em São Paulo. Esse movimento se baseou em teorias com aspectos marxistas, colocando em destaque o debate acerca da mediação institucional na prática psiquiátrica e na prática em estabelecimentos, ressaltando seus efeitos políticos e econômicos e enfatizando que a luta social quanto ao fenômeno da loucura não deixava de ser uma realidade da luta de classes do capitalismo (BISNETO, 2011).

A esse respeito, cabe citar o documentário “Em nome da Razão”, de Helvécio Ratton, que, filmado em preto e branco, utilizando o áudio do próprio ambiente, retrata a realidade precária a que eram submetidos os portadores de transtorno mental do Hospital Colônia no ano 1979, bem como a Luta Antimanicomial, que defendeu os direitos dos usuários com transtorno mental. O contexto exposto nesse documentário, de encarceramento e vida desumana, consistia no cerne contra o qual lutava o movimento em questão.

Pode-se afirmar, assim, que a Reforma Psiquiátrica alcança um segundo momento de sua trajetória quando ocorre o processo da Reforma Sanitária, nos primeiros anos da década de 80, período em que parte do movimento passou a se incorporar ao aparelho do Estado, objetivando sua legitimidade (AMARANTE, 1995). A Reforma Sanitária foi um movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Suas propostas incluíam a proposição das bases político-institucionais para a criação de um sistema nacional, universal, integrado e regionalizado de saúde, assegurado pela Constituição de 1988 e pela legislação que criou o SUS no ano de 1990 (VASCONCELOS, 2009).

O Movimento Sanitário, apesar de ter se constituído, no seu início, de um conjunto de intelectuais e técnicos de proporções reduzidas, ao longo dos anos ganhou o reforço e a contribuição das lutas específicas de diversos setores da sociedade civil (sindicatos, partidos, associações), ainda que de forma não-orgânica muitas vezes (BRAVO, 1996, p. 17).

Nesse sentido, no final da década de 80, técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais e organizações sociais, influenciados pelos pensamentos de Basaglia, promoveram o fechamento progressivo dos manicômios, o que levou ao

surgimento dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também nesse período surgiu o Movimento de Luta Antimanicomial, com o intuito de promover uma sociedade sem manicômios e, conseqüentemente, sem o encarceramento dos usuários com transtorno mental, bem como impulsionar o processo da reforma psiquiátrica e dos dispositivos organizativos de trabalhadores, usuários e familiares.

Na cidade de Barbacena, no estado de Minas Gerais, o Hospital Psiquiátrico Colônia, fundado em 1903, foi criado para atender pessoas com doenças mentais, levadas para lá por meio de um trem (conhecido como “Trem de Doido”). Estas não necessariamente possuíam algum transtorno mental – muitas eram apenas pessoas rejeitadas pela sociedade. O Hospital Colônia, que contava com capacidade para 200 pessoas, mas que chegou a hospedar 5.000 ao mesmo tempo, é um exemplo de barbárie realizada nos hospitais psiquiátricos. Tendo sido o palco da morte de mais de 60 mil sujeitos, chegou também a ser fonte de cadáveres para diversas universidades do país. Os usuários desse hospital passavam por uma rotina desumana: dormiam nus no pátio em pleno inverno e, como forma de se aquecerem, amontoavam-se uns aos outros, chegando a beber água de esgoto, assim como a comer ratos e fazer suas necessidades na frente de todos (ARBEX, 2013).

Foi nesse cenário de caos que se deram as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, assim como o Movimento de Luta Antimanicomial, que buscavam garantir direitos aos usuários com transtornos mentais, objetivando uma vida digna e com igualdade entre todos.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Política de Saúde Mental no Brasil tem sua origem em 1830, com o projeto de medicalização da loucura e o surgimento dos primeiros hospícios no final da segunda metade do século XIX. Nesse contexto, a Fundação da Liga de Higiene Mental, ocorrida no ano de 1923, objetivava controlar, tratar e curar os fenômenos psíquicos tidos como produtos da raça e oriundos de fatores biológicos. Em sua vertente mais radical, esse movimento tinha um princípio moralizador e saneador dos comportamentos. Já a vertente higienista propunha a introdução de melhorias sanitárias e a mudança dos costumes da população como forma de prevenir as doenças mentais (FONTE, 2012).

O Brasil estava, nesse período, organizando-se para passando por um processo de modernização, centralização e nacionalização das áreas da psiquiatria, visando dar uma assistência mais ampla em saúde, motivo pelo qual foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que objetivava construir hospitais psiquiátricos. É possível afirmar, assim, que, embora as críticas ao modelo de assistência focado nos hospitais psiquiátricos tenham levado a mudanças na forma de atendimento desde os anos 1960, foi a partir da Reforma Psiquiátrica que, de fato, tais mudanças se instituíram como uma política de governo.

Para Vasconcelos (2009), o marco histórico de mobilização por transformações na Política de Saúde Mental aconteceu em 1978, como resultado de uma junção de trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, que tinha como objetivo mudar a realidade dos hospitais psiquiátricos onde viviam as pessoas com transtornos mentais. Assim, os usuários adquiriram o direito ao exercício da sua cidadania, não mais sendo vistos com base em sua sintomatologia, e passando, dessa forma, a terem participação ativa em seu tratamento por meio da formação de redes e de outras políticas públicas. Nesse contexto, em 1987, ocorreu a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em que foram expressos os ideais da Reforma Psiquiátrica.

Ao invés do isolamento dos usuários portadores de transtornos mentais, o novo modelo de tratamento propõe que tais usuários tenham convívio com a família e com a comunidade, pois se acredita que o isolamento piore o quadro clínico desses sujeitos. Além disso, esse modelo conta com toda a estrutura de uma rede de serviços, como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), todos com o intuito de fazer com que o usuário possa ter um tratamento voltado para as formas terapêuticas, promovendo os seus direitos e os de suas famílias e incentivando a participação no cuidado, o que diminuiria, progressivamente, os leitos psiquiátricos, qualificando e expandido a rede extra-hospitalar.

Atualmente, os CAPS constam na proposta oficial da Política de Saúde Mental e têm como suas funções: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, promover a inserção social dos usuários e regular a entrada na rede de assistência em saúde mental, dando suporte à rede básica. Essas instituições procuram efetivar uma relação que leva em consideração o contexto econômico, social e cultural do usuário e do país e, para que isso aconteça, buscam a

democratização dos saberes profissionais e de informações acerca do sofrimento psíquico (VASCONCELOS, 2009).

Como relata Fonte (2012, p. 17),

a substituição do modelo hospitalocêntrico tem se dado através da criação e fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos, como o CAPS, NAPS [Núcleos de Assistência Psicossocial], Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto Socorro Geral etc.

Nesse mesmo contexto, no lugar da Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal (DISAM), foi criada, em 1990, a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), que passou a coordenar a Política de Saúde Mental no Brasil, implantando ações no sistema público de saúde, como o estímulo à redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade.

Assim, a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece o SUS, determina que a saúde é um direito de todo ser humano, ressaltando, em seu parágrafo único do artigo 3º, que esta consiste em condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990). Algumas das instâncias estabelecidas pelo SUS na Política de Saúde Mental, como os Conselhos e as Conferências de Saúde – aconteceram quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, respectivamente nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010 –, têm como objetivo cumprir um papel pedagógico de educação política em que se pode socializar o debate acerca do SUS, além de qualificar e formar novos conselheiros (MATEUS, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem seus princípios com base nas resoluções da Declaração de Caracas, proclamada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, foi convocada pela OMS e realizada na Venezuela em 1990 e marcou as reformas em atenção à saúde mental das Américas, levando às seguintes proposições:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica liga a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas locais de saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, os cuidados e tratamento devem: salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; estar

baseado em critérios racionais e tecnicamente adequados; propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação (OMS, 1990, p. 2).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1992 em meio ao debate da Lei Paulo Delgado e à implementação do SUS. Foi nessa ocasião que se obteve a diretriz oficial para a reestruturação da saúde mental, com a atenção integral à cidadania, ressaltando a importância de conhecer os usuários de saúde mental como sujeitos sociais para que estes possam exercer seus direitos (REBOLI, 2013).

A Lei Paulo Delgado, n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e muda a direção do modelo assistencial em saúde mental, partindo de uma concepção de valorização à cidadania e à dignidade do usuário, sem qualquer forma de discriminação em relação à doença que este possui e/ou ao seu convívio social. Declara que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida de qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Ainda no ano de 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve a participação de usuários e familiares, consolidando a Reforma Psiquiátrica, promovendo a mudança do modelo de assistência, estabelecendo o controle social como garantia e contribuindo para a atual Política de Saúde Mental no Brasil (FONTE, 2012).

Podemos dizer que o sistema de saúde no Brasil apoia-se sobre uma política híbrida, que avança sobre uma constante tensão entre concepções diferentes da reforma de atenção psiquiátrica. O sistema baseia-se hoje numa ênfase às ações no âmbito do CAPS, havendo uma mudança de um sistema hospitalocêntrico para um enfoque comunitário (MATEUS, 2013, p. 39).

A Política Nacional de Saúde Mental apoia-se então na Lei Paulo Delgado que regulamenta os direitos dos usuários de transtorno mental e a extinção dos manicômios no Brasil, e na Lei n.º 10.708, de 31 julho de 2003, que estabelece o Programa de Volta pra Casa, assegurando recursos financeiros que incentivam a saída dos portadores com longos períodos de internação para junto da família e da comunidade.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010, por sua vez, conforme Reboli (2013), ressalta o incentivo à participação dos usuários e familiares para que conheçam seus direitos e a Política de Saúde Mental e, também, reafirma a importância da participação dos profissionais da área de saúde mental e de todos os outros atores que compõem os movimentos sociais nesses espaços. Sob a ótica dessas proposições, o usuário continua a ser assistido – pois sua desospitalização não significa ficar sem tratamento, mas ser assistido de uma maneira mais ampla, como, por exemplo, por meio de uma equipe multiprofissional, – e deve ter seu quadro psiquiátrico e sua vulnerabilidade respeitados para que, assim, possua um tratamento adequado, voltado para a reinserção social e o resgate de sua cidadania.

3 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

O presente capítulo discute as competências profissionais do Serviço Social, especificando sua atuação no campo da saúde mental e analisando a Política de Saúde Mental no que concerne aos cuidados da família e aos usuários, para, a partir disso, verificar como ocorre a intervenção do Serviço Social junto aos familiares e usuários com transtornos mentais.

3.1 AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica, desde a década de 1970, mobiliza os diversos atores sociais em busca da sua efetivação, viabilizando a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, que fragmenta o cuidado dos usuários com transtornos mentais. Esse movimento persiste até os dias atuais, por meio da luta pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, objetivando uma sociedade mais justa e igualitária, em que esse sofrimento não seja alvo de discriminação, mas, sim, de conquista da autonomia e da reinserção social de seus protagonistas (MOTA; RODRIGUES, 2016).

O Serviço Social inseriu-se na área da saúde mental de forma gradativa e junto ao movimento da Reforma Psiquiátrica. É a partir dos anos 1990, que há a integração do serviço social junto as equipes multiprofissionais, embasados na sua formação social e política, tendo como enfoque a ação no território e com o mesmo objetivo da reforma, no qual tinha como prioridade a reinserção dos usuários com transtornos mentais no convívio social, com seus direitos e deveres, como todos os outros cidadãos (MOTA; RODRIGUES, 2016, p. 669).

Nesse sentido, entender a lógica do trabalho inter e multidisciplinar, sem esquecer as diretrizes norteadoras da profissão; analisar os determinantes e a lógica institucional dos serviços substitutivos, não se submetendo a práticas burocráticas e rotineiras; e atualizar a compreensão de conceitos legitimadores da Reforma Psiquiátrica, tais como clínica ampliada e reabilitação psicossocial, são preceitos essenciais para que o profissional exerça uma prática crítica e propositiva.

Outro marco para a área do Serviço Social, além da Reforma Psiquiátrica, foi a implementação do Código de Ética de 1993, já que este propiciou a construção de um novo perfil profissional, ocasionando mudanças na estrutura de sua formação e

um novo modo de pensar e agir no dia a dia de sua prática. Esse novo marco está associado às particularidades da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e é resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória possibilitando novos direcionamentos e recriando as relações entre sociedade e Estado (VASCONCELOS, 2009).

Os princípios do Código de Ética de 1993 remetem à luta no campo democrático-popular, em meio a uma nova ordem societária, indicando uma nova possibilidade de operar o trabalho profissional e demarcando balizas para as condições e relações em que este é realizado e nas expressões coletivas da categoria diante da sociedade. O Código de Ética apresenta, assim, ferramentas importantes para a atuação profissional cotidiana dos assistentes sociais na saúde, estabelecendo como princípios, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- Defesa intransigente dos direitos humanos;
- Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- Garantia de pluralismo;
- Opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária;
- Articulações com os movimentos de outras categorias profissionais;
- Compromissos com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual;
- Exercício do serviço social sem discriminação (2010, p. 38).

O Código de Ética do Serviço Social preza a liberdade e a defesa da democracia e dos direitos humanos como valor ético central, contrapondo-se a valores comuns da sociedade capitalista, como o individualismo e a competitividade. Para isso, seu projeto ético-político visa articular suas ações a fim de permitir a cidadania e, assim, na área da saúde mental, atuar com caráter de mobilização, efetivando a construção de uma nova ordem societária, incentivando o ativismo político e sua dinâmica de atuação e usando a criatividade para transpor barreiras, tendo como desafio a participação em movimentos sociais e de controle social, assim como o planejamento das políticas com vistas a permitir que a prática abranja todas as dimensões do problema (MATOS, 2015).

É preciso que os profissionais do Serviço Social estejam atentos à necessidade permanente de vincular esses processos e sua ação profissional cotidiana, às questões micro e macro societárias, com o intuito de compreender as limitações do fazer profissional em função das políticas públicas implementadas, mas sem perder de vista a capacidade de questionar, refletir e socializar o que está posto, apontando sempre na perspectiva de garantir e ampliar direitos (BEZERRA; ARAÚJO, 2005).

O Serviço Social valoriza, assim, a atuação na perspectiva de fortalecimento da rede social e coletividade dos sujeitos, o que permite a otimização dos serviços a partir de uma assistência integral. Dessa forma, na área da saúde mental, estima-se a não fragmentação do portador de transtorno mental, mas, sim, a utilização da rede e dos serviços intersetoriais por usuários e familiares no intuito de fortalecer a rede como um recurso de assistência em saúde (ROSA, 2008).

O exercício profissional do assistente social evidencia competências teóricas e práticas, ético-políticas, técnico operativas para serem executadas em seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Desta forma, reflete-se para além do cotidiano, das rotinas institucionais, procurando por meio desse movimento da realidade, identificar possibilidades possíveis de serem executadas (MOTA; RODRIGUES, 2016, p. 656).

Para compreender o contexto sócio-histórico em que se situa a intervenção do Serviço Social, segundo a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 1996), o profissional necessita de algumas competências gerais, como: apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais em uma perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, sem deixar de considerar as novas articulações entre o público e o privado.

Ao falar de competências do Serviço Social, é preciso analisar e discutir as particularidades da intervenção profissional na divisão social e técnica do trabalho, em um contexto contemporâneo. As competências são ações que os assistentes sociais podem desenvolver, com base em um projeto construído coletivamente, que

se alimenta da produção intelectual da profissão e de sua organização político-profissional, visando um profissional comprometido com a luta pela democracia brasileira e do Estado. Desse modo, discutir sobre as competências profissionais do serviço social é, também, discutir sobre a profissão, que é realizada visando a uma ruptura com o conservadorismo que foi seu marco inicial. A partir dessa ruptura, ocorreu a construção do projeto ético profissional em que a questão social se apresenta como produto do modo de produção capitalista (MATOS, 2015). Nesse sentido,

[...] para pensar as competências e atribuições do assistente social é necessário lançar o olhar pra este momento particular de mudanças no padrão de acumulação e regulação social, nos marcos da chamada globalização da produção dos mercados e bens culturais, que vêm provocando profundas alterações na produção de bens e serviços, nas formas de organização e gestão do trabalho nos organismos empregadores, com marcantes alterações nas maneiras com os diversos profissionais de serviços se articulam no interior dessas entidades (CFESS, 2012, p. 39-40).

O Serviço Social faz parte das equipes multidisciplinares do serviço de saúde mental, identificando e intervindo sobre as expressões da questão social e, conseqüentemente, atuando na viabilização de direitos e benefícios dos usuários com transtornos mentais. Desse modo, possui-se um potencial articulador na rede de atenção psicossocial, respaldado por suas competências profissionais previstas no projeto ético-político da profissão e também na lei de regulamentação da profissão, Lei n.º 8.862, de 07 de junho de 1993, que tem o objetivo de governar os procedimentos e a essência dos serviços profissionais, onde se realizam os princípios constitucionais da assistência social, saúde, previdência social e outros serviços sociais. Assim, segundo Bisneto (2011, p. 51), “a problemática da integração de saberes multiprofissionais visando a interdisciplinaridade constitui-se motivo de debate no Serviço Social em saúde mental”.

O Serviço Social em saúde mental trabalha na perspectiva do pluralismo, ressaltando as necessidades de uma interlocução com o conhecimento das demais áreas que formam a equipe multidisciplinar, para que haja um enfoque na transformação do indivíduo no meio social, inserindo-o na família e em todo o contexto social a que tem direito. Tendo isso em vista,

Faz-se relevante apreender as demandas e determinações sociais postas no cotidiano do Serviço Social e, ainda, conhecer minimamente o objeto de intervenção de cada profissão para que, assim, a exemplo do campo de

atuação psicossocial, quando uma demanda institucional for solicitada, o Serviço Social possa identificá-la e encaminhá-la aos demais profissionais competentes (MOTA; RODRIGUES, 2016, p. 660).

A família, igualmente, é fundamental nas políticas sociais, pois cuida da organização e do bem-estar de seus componentes na produção de bens e serviços. Mesmo com as particularidades de cada núcleo familiar, ela tem o intuito de ser cuidadora e provedora. Assim,

Considerar o grupo familiar, em sua diversidade e movimento, como eixo organizador e potencializador dos impactos e efeitos das políticas sociais, demanda destas a adoção de parâmetros sensíveis ao protagonismo das famílias e ao seu processo de inclusão. As políticas dirigidas às famílias, comprometidas com a sua inclusão social, devem facilitar-lhes o processo de tomada de decisões quanto às suas vidas, mobilizando nelas a recuperação da capacidade de agir. O grupo familiar não deve ser apenas objeto de intervenção das políticas, mas também, sujeito ativo em sua capacidade de provisão de bem-estar. Para tanto, é fundamental que as famílias possam ter participação ativa na conformação das estratégias de resolutividade das vulnerabilidades que lhes afetam (FONSECA, 2006, p. 7).

O Estado, por sua vez, tem o dever de prover proteção social à família, instituindo políticas sociais voltadas ao desenvolvimento de ações de apoio, proteção e orientação sociofamiliar. Uma dessas políticas, a Política de Saúde Mental brasileira, é fruto da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciado na década de 1980 com o intuito de mudar a realidade dos manicômios. No ano de 1988, foi aprovada a Constituição Cidadã, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, atendendo às necessidades individuais e coletivas.

Pouco tempo depois, em 1991, foi aprovada a resolução n.º 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, que prevê a adoção dos princípios para a proteção das pessoas com doença mental e a melhoria da assistência em saúde mental. No que concerne às liberdades fundamentais e aos direitos básicos dos cidadãos, a Organização das Nações Unidas (ONU, 1991) ressalta que:

[...] todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados em saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e da assistência social, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente a pessoa humana, têm direito a proteção contra qualquer tipo de exploração, que não haverá qualquer tipo de discriminação por parte de sua doença, que terá direito em exercer seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Já no ano de 1994, teve início o Programa Estratégia Saúde da Família, que em seu primórdio era conhecido como Programa Saúde da Família e tinha como propósito a mudança do modelo de saúde vigente, em que predominava o atendimento emergencial ao usuário. Essa mudança instituiu a família, em seu ambiente, como o centro da atenção, visando compreender o processo saúde-doença ali criado e estimulando a promoção e proteção da saúde, a prevenção das doenças e a prevenção integral das pessoas (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

A família é o pilar fundamental no tratamento dos usuários com transtorno mental, ganhando visibilidade com a Reforma Psiquiátrica, que a considera um ator político, e com a Política Nacional de Saúde Mental, que a percebe como um ente a ser resguardado junto aos usuários. A Política de Saúde Mental brasileira, influenciada pela Reforma Psiquiátrica, objetiva a redução dos leitos psiquiátricos, privilegiando serviços de atenção psicossocial e ações de saúde mental na base comunitária. Nessa perspectiva, a família é solicitada como parceira desses novos serviços, além de ser reafirmada como provimento de cuidado, passando a ter papel fundamental na relação com o usuário com sofrimento psíquico. Contudo, é preciso preparar a família e a sociedade para acolher o usuário com transtorno mental:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo a cura de doenças. Isso significa que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013, p. 23).

O ideal é, assim, que existam profissionais qualificados para trabalhar interdisciplinarmente com os familiares e usuários com transtorno mental, reconstruindo os vínculos entre eles e a comunidade e desmistificando o fato de que não podem conviver em sociedade. É necessário, para isso, que se leve em consideração a história do usuário; nesse processo, a interdisciplinaridade entra como um fator relevante para a reabilitação social, estabelecendo parcerias com a família e a comunidade e efetivando, assim, a desinstitucionalização (WAIDMAN; ELSEN, 2005).

Nesse contexto, a rede de cuidados surge com o intuito de não deixar o usuário como responsabilidade apenas da família ou dos serviços de saúde, mas de integrar todas as estratégias para um atendimento mais humanizado e integral.

Assim, a família passa a ser inserida no processo terapêutico de forma a contribuir para a reabilitação psicossocial do usuário.

A esse respeito, Hirdes (2009, p. 303) ressalta que “o cuidado requer envolvimento com o outro, está ligado a idéia de co-responsabilizar-se com o outro, de envolver-se com o sofrimento do outro, de solidarizar-se com o outro”. Para que isso ocorra, é necessário conceder à família espaço para trabalhar seus sentimentos e para ter uma melhor qualidade de vida diante da relação abalada existente naquele núcleo. É indispensável, nesse sentido, ética com o cuidado ao usuário de transtorno mental e sua família, promovendo sua reabilitação social.

Segundo Mielke et al. (2010), na atenção psicossocial,

[...] não se espera que as famílias simplesmente convivam com aquele que sofre, mas que sejam compreendidas em suas dificuldades para lidar com esse fato, a partir de espaços de participação, criando estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado. Nesse sentido, o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos.

É necessário, desse modo, que todo o núcleo familiar se reorganize para conviver com a doença, entendendo os desafios que o usuário enfrenta, e, a partir disso, tenha meios para como lidar com este, fazendo com que o cotidiano complicado passe a ser mais bem compreendido por todo o núcleo e fortalecendo, assim, seus vínculos, a fim de que não seja considerado como ofensa o que faz parte do contexto da doença. A esse respeito, cabe ressaltar que:

A permanência do estigma em relação ao portador de sofrimento psíquico pode colaborar na perpetuação da exclusão social, na dificuldade de inserção no mercado de trabalho e na comunidade, na construção de relações afetivas e no isolamento, muitas vezes levado a efeito pela própria família, na intenção de proteger seus membros do risco da chacota e escárnio social (FONTE, 2012, p. 20).

Um dos avanços da Reforma Psiquiátrica foi justamente trazer a família para o centro das discussões acerca dos usuários portadores de transtorno mental, para que se fizesse uma nova leitura em torno da doença denominada loucura. Em relação à família e aos usuários, diante da atuação dos assistentes sociais, Bisneto et al. (2000, p. 254) afirmam que:

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto a família, atentem

para esta realidade, para que propiciem aquelas possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, mas também os próprios usuários).

O acolhimento realizado pelo Serviço Social está imerso na prática do seu processo interventivo, garantindo aos usuários o acesso aos direitos sociais e construindo uma relação que permita a criação de vínculos, a fim de proporcionar suporte às decisões das intervenções que serão feitas a partir dos dados fornecidos. O Assistente Social analisa, investiga a realidade nos aspectos sócio-cultural e econômico, fundamentado no seu projeto ético-político, e se apropria como referência às técnicas participativas. Para tanto, o desenvolvimento de uma metodologia no processo de trabalho com famílias é necessário, assim como a análise desta. Segundo Neder (1996), o Serviço Social é a única profissão que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante todo o seu contexto histórico, ao inverso de outras profissões que em algum momento a retiram e a colocam em cena.

O profissional de saúde mental deve estar atento ao ser que adocece e também à dor da família, criando condições para o usuário com transtorno mental e seus familiares possam expressar o que sentem, estimulando, assim, a reinserção social do usuário. Segundo Robaina (2010, p. 349), pode-se afirmar que “a política de saúde mental no Brasil, sob o atravessamento do neoliberalismo, imprimiu grande investimento na transformação da assistência, sem equivalência da proteção do trabalho”. Na área da saúde mental, o Serviço Social permitiu a inclusão dos usuários e familiares nas políticas, nas ações de cidadania e nas ações de direitos do sujeito, trabalhando as múltiplas expressões da questão social.

Com a Reforma Psiquiátrica, as unidades familiares ganharam visibilidade ao serem vistas como um ator político que defende os direitos dos portadores de transtorno mental. Antes disso, a assistência ao doente mental era centrada nos hospitais psiquiátricos, e a família era colocada de lado nesse processo, o que representava a perda dos vínculos e das interações sociais desse indivíduo.

O paradigma de política assistencial atual preza, entretanto, pelos modelos substitutivos de atenção à saúde, colocando o portador de volta no convívio comunitário e reafirmando a importância da reinserção social (COLVERO; IDE;

ROLIM, 2004). Nesse novo modelo de serviço, o familiar entra como um parceiro fundamental no cuidado ao usuário, sendo incluído na condição de protagonista de cuidado reabilitador. Por tal razão, é necessário escutar as demandas e queixas da família no que concerne à dificuldade em lidar com as crises, com a culpa e com o isolamento social que a cerca.

Nesse âmbito, a família figura, assim, como o principal agente de mediações entre a pessoa com sofrimento psíquico e a sociedade.

A família, e principalmente o familiar-cuidador são sujeitos políticos importantes para a garantia da direção imposta ao processo em andamento ao mesmo tempo que se depara com uma série de questões que merecem consideração para sua inclusão mais ativa na supracitada dinâmica (VASCONCELOS, 2009, p. 159).

Mesmo a família sendo primordial no tratamento do usuário com transtorno mental, é difícil mobilizá-la por meio de grupos de suporte e ajuda mútua, pois a cultura tradicional a exclui naturalmente desse processo. Para alguns familiares, participar do tratamento é uma sobrecarga a mais no seu contexto diário. Além disso, alguns serviços oferecem espaço restrito para palestras, não focando as necessidades presentes no contexto vivenciado com o usuário e promovendo encontros que nem sempre são compatíveis com horários disponíveis dos familiares (ROSA; MELO, 2009).

O Serviço Social busca intervir nessa realidade por meio de um trabalho socioeducativo, promovendo a troca de vivências e informações, para que os familiares saiam de seu isolamento social e, assim, sua carga emocional possa ser aliviada. Visa, assim, realizar uma reabilitação psicossocial em uma sociedade tida como excludente e alienante.

Segundo Robaina (2010), diante dos acontecimentos históricos que marcam a profissão do assistente social brasileiro, encontram-se duas matrizes de atuação:

[...] uma, identificada com a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados anteriormente [...] outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a

identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito (ROBAINA, 2010, p. 345).

Nessa segunda perspectiva, a ofensiva neoliberal e o modo como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira implicam diversos desafios ao Serviço Social. Esse profissional, dentre os que atuam na área da saúde mental, é o que mais possui conhecimento sobre como auxiliar e orientar a família, verificando o perfil das famílias usuárias dos serviços, as políticas sociais que podem ser acionadas para dar suporte a esse grupo, o papel dos familiares no tratamento do doente mental, se os horários dos grupos são compatíveis com o tempo livre dos familiares (não coincidindo com a jornada de trabalho), como acontece esse cuidado contínuo com os usuários, se as ações no serviço atendem à demanda daquele núcleo e se o perfil e as preocupações das famílias são requisitos para a formulação dos programas e projetos. O Serviço Social apresenta, assim, acúmulo teórico-operativo para realizar o mapeamento e a articulação com as culturas locais por meio da intervenção no imaginário social sobre a loucura (ROBAINA, 2010).

Tais profissionais contribuem realizando o perfil das famílias usuárias dos serviços de saúde mental, assim como esclarecendo seus direitos e benefícios. Para isso, faz-se necessário apreender as demandas e determinações sociais postas em seu cotidiano profissional, conhecendo o objeto de intervenção para identificá-lo e atuar sobre ele.

4 O ESTADO DA ARTE DE SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA

A apresentação dos resultados desta pesquisa compreende dois momentos. No primeiro, é traçado um panorama geral dos estudos sobre saúde mental e família realizados pelos acadêmicos da UNIFRA e da UFSM, que são as instituições que ofertam cursos presenciais de Serviço Social na cidade de Santa Maria. No segundo momento, são discutidos os dados coletados por meio da avaliação dos TCCs com essa temática, com vistas a dar visibilidade à necessidade de discussões pelos autores sobre saúde mental e família, assim também sobre como o Serviço Social realiza sua intervenção.

4.1 RECORTE PARA ANÁLISE E SEUS RESPECTIVOS AUTORES NO CENÁRIO DO ESTADO DA ARTE DA SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA NOS TCCS DA UNIFRA E UFSM

Esta pesquisa consistiu em uma averiguação do estado da arte sobre saúde mental e família nas faculdades presenciais de Serviço Social ofertadas em Santa Maria. Ressalta-se, assim, que,

Definidas como caráter bibliográfica, elas [pesquisas sobre o estado da arte] parecem trazer o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados [...] Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado (FERREIRA, 2002, p. 258).

Como forma de empreender o mapeamento do estado da arte sobre saúde mental e família nos TCCs dos cursos presenciais de Serviço Social em Santa Maria, foram utilizados como fonte de coleta de dados os TCCs dos acadêmicos dos cursos da UNIFRA e da UFSM publicados entre 2004 e 2016. A escolha desse período se deve à intenção de avaliar a relevância dada a essa temática pelos acadêmicos desde a formação das primeiras turmas de Serviço Social da UNIFRA e da UFSM até os dias atuais. A UNIFRA teve sua primeira turma formada em 2004, motivando a escolha desse ano como a primeiro a ser avaliado na pesquisa, e a UFSM teve sua primeira turma formada em 2014. O mapeamento dos TCCs ocorreu

a partir da identificação dos temas, eixos temáticos ou subeixos que versavam sobre saúde mental e família.

No levantamento realizado nas produções acadêmicas de final de curso da UNIFRA e UFSM, buscou-se identificar os TCCs que abordavam saúde mental e família por meio de uma leitura dos títulos, das palavras-chaves e do resumo. Após, procedeu-se a uma leitura mais profunda dos documentos para a identificação da temática e dos núcleos de sentido, que para Bardin (1979) compõem a comunicação onde a presença ou a frequência podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Sendo assim, foram excluídos os TCCs que se referiam a outras temáticas que não a saúde mental e a família, o que possibilitou interpretar os resultados segundo as categorias de análise – saúde mental voltada para a intervenção do Serviço Social junto aos familiares – selecionadas para esta pesquisa.

A partir de tais procedimentos, ficou claro que a produção acadêmica da graduação presencial de Serviço Social da cidade de Santa Maria havia se dedicado pouco ao estudo da saúde mental e família – além disso, não se teve contato com nenhuma obra que tenha se dedicado, especificamente e exclusivamente, a averiguar a relação entre a saúde mental de usuários com transtorno mental e a importância da família. Isso pode ser explicado pelo fato de que, conforme entendem Mota e Rodrigues (2016, p. 662), “a saúde mental é pouco discutida e não aparece nos componentes curriculares oferecidos aos estudantes de Serviço Social”. Desse modo, selecionaram-se os TCCs que se referiam à dependência química e à intervenção do Serviço Social no contexto familiar com os usuários.

A UNIFRA foi a primeira faculdade a ofertar o curso presencial de Serviço Social em Santa Maria: o primeiro vestibular para ingresso no curso ocorreu no ano de 2000, selecionando 40 estudantes em turma única, com início em março daquele ano. O curso, reconhecido pela portaria n.º 952/08 do Ministério da Educação, que prevê a ocupação de quarenta vagas anuais no período da manhã e a realização obrigatória de estágio no turno da tarde, tem uma carga horária de 3.604 horas e uma previsão de conclusão de oito semestres.. O curso, ofertado no Conjunto I da UNIFRA, na Rua dos Andradas 1.614, busca proporcionar a formação de um profissional que atue nas expressões da questão social, formulando propostas de intervenção para seu enfrentamento e sendo capaz de promover o exercício da cidadania dos indivíduos.

Já o curso de Serviço Social da UFSM iniciou no ano de 2010 e foi concebido para ter um total de 3.000 horas, distribuídas em nove semestres, e atender 50 alunos. Trata-se de um curso noturno criado por meio da iniciativa do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) do Ministério da Educação, que visa promover a ampliação ao acesso e à permanência no ensino superior. Por se tratar de um curso noturno, contempla o ingresso de estudantes trabalhadores e exige um estágio que pode ser realizado pela manhã, pela tarde e, caso o aluno consiga campo, pela noite. O curso de Serviço Social da UFSM fica localizado no Centro de Ciências Sociais e Humanas, no prédio 74 A da Avenida Roraima, no *campus* de Camobi.

Enquanto na UNIFRA os TCCs defendidos na instituição ficam disponíveis na biblioteca para uso geral dos que demonstrarem interesse sobre o tema, na UFSM os trabalhos ficam vinculados à coordenação do curso de Serviço Social, e, para ter acesso, é preciso solicitar via e-mail os trabalhos com a temática de interesse. Além disso, ao passo que na UNIFRA todos que se formam assinam um documento autorizando a liberação do conteúdo de seu TCC para pesquisa, na UFSM nem todos os acadêmicos fazem isso, fato que pode comprometer os dados deste trabalho, já que tais TCCs podem não ficar disponíveis para análise.

No período abrangido por esta pesquisa – 2004 a 2016 –, foram formadas 16 turmas de Serviço Social em Santa Maria: 13 na UNIFRA e três na UFSM. Na UNIFRA, considerando-se o período de 2004 a 2016, o número de formados no curso de Serviço Social é de 255⁷. Enquanto isso, na UFSM, o número de formados em Serviço Social, tendo em vista o mesmo período, é de 91⁸ alunos. Com isso, ao todo, 346 alunos concluíram o TCC. Nos 13 anos pesquisados, não houve nenhum eixo temático específico que relacionasse a saúde mental de usuários com transtorno mental e a relevância da família no processo do tratamento.

Do conjunto analisado, dez produções realizam essa discussão, tendo, em algum momento, remetido à temática da saúde mental e da importância da família, aliada à intervenção do Serviço Social, no tratamento dos usuários. Das produções que apresentam essa discussão, seis são da UNIFRA, e as outras quatro são da

⁷ Dado disponibilizado pela Coordenação do curso de Serviço Social da UNIFRA.

⁸ Dado disponibilizado pela Coordenação do curso de Serviço Social da UFSM.

UFSM. Na UNIFRA, quatro produções estavam em forma de artigo⁹, e duas, em forma de monografia¹⁰.

Enquanto a UFSM, em apenas três anos de curso, apresenta quatro produções que, de forma mais superficial, pois quando a leitura é realizada, a família surge em pequenos trechos no decorrer dos textos, remetendo-se à temática da saúde mental no que concerne a usuários com transtornos mentais e à família, a UNIFRA expõe seis produções que, em algum momento, tratam de maneira mais aprofundada sobre as questões de interesse nesta pesquisa, mostrando isso em capítulos voltados inteiramente voltados a família e a intervenção do Serviço Social junto a mesma

Na UNIFRA, os principais temas discutidos pelos TCCs analisados consistem nas consequências do sofrimento psíquico na estrutura familiar, como o fortalecimento do vínculo entre usuários e familiares. Em contrapartida, nas produções da UFSM, foi possível verificar apenas alguns pontos que fazem referência à temática deste estudo, já que os textos abordam saúde mental de forma ampla.

No curso de Serviço Social da UFSM, identificou-se como principal tema dos TCCs a saúde mental. No que se refere à saúde mental aliada à família, pôde-se captar alguns pontos específicos, por meio de uma leitura mais profunda dos textos (FARIAS, 2015; GRANZOTTO, 2016; SANTOS, 2016; SAVIAN, 2016), que trazem a família para dentro do contexto do tratamento dos usuários com transtorno psíquico.

Além disso, em se tratando do fortalecimento desses vínculos no processo da saúde mental, três produções (GRANZOTTO, 2016; SANTOS, 2016; SAVIAN, 2016) ressaltam a importância do tratamento da família em relação aos usuários com transtorno mental, mencionando o quanto esse fortalecimento é fundamental no tratamento do indivíduo e o quanto o assistente social faz parte desse processo na intervenção. Porém, mesmo ressaltando tais questões, nenhum dos três TCCs investigou a relevância desse dado.

⁹ Trabalho monográfico apresentado de forma sintética e objetiva, que pode ser resultado de uma pesquisa independente ou de um desenvolvimento acadêmico. No formato acadêmico, deve obedecer aos critérios de pesquisa para sua elaboração e apresentação.

¹⁰ Trabalho escrito sobre os resultados de uma pesquisa focalizada em um tema único, uma delimitação de campo ou um recorte de uma realidade. Deve seguir um formato e uma estrutura lógica, apresentando dados sobre a hipótese criada, a metodologia desenvolvida e os resultados da pesquisa.

Granzotto (2016) e Santos (2016) também salientam a importância do Plano Terapêutico Singular (PTS) no trabalho de fortalecimento de vínculos familiares e sociais. Farias (2015), por sua vez, explicita em seu texto a importância da convivência do usuário com a família, mas, assim como os demais autores, apenas apresenta essa questão como um dado do trabalho.

Verificando os TCCs da UNIFRA, observa-se que é tema mais frequente é a dependência química e a importância do fortalecimento dos vínculos familiares, com destaque para a relevância da intervenção do Serviço Social nesse processo de fortalecimento. Nessa perspectiva, Fortes (2011), Seeger (2011), Lameira (2012), Ferreira (2014), Brustolin (2014) e Gianluppi (2015) citam em seus trabalhos a importância da família junto aos usuários, encarando-a como foco interventivo do Serviço Social para que, assim, possa ser acolhida e tenha sua sobrecarga emocional diminuída.

Seeger (2011) destaca em seu texto que o espaço ocupado pela família ainda é pequeno no que diz respeito à sua inserção nos cuidados em saúde mental. Ressalta, ainda, que os serviços de saúde se encontram despreparados para atender a família, acreditando que o cuidado deve ser repensado em sua dimensão de totalidade e explicitando que a unidade familiar é importante no cuidado e na ressocialização dos indivíduos com sofrimento psíquico.

Para Lameira (2012), o reconhecimento da família como totalidade implica reconhecê-la em um processo de contínuas mudanças, dentro da estrutura social em que está inserida. Nesse sentido, Fortes (2011) salienta que a família consiste no eixo de tudo, por se tratar da instituição na qual o ser humano é acolhido. Gianluppi (2015), por sua vez, entende que a família passa por diversas transformações e acontecimentos marcados por ganhos e perdas, ressaltando que essas transformações não acontecem somente dentro da família, mas também na sociedade.

No que concerne à família, Brustolin (2014) e Ferreira (2014) trazem uma informação em relação aos dependentes químicos que também vale para os usuários com transtorno mental: o fato de que a família ou o cuidador passa a se considerar responsável pelo usuário, levando à desorganização, à exaustão emocional e à desestruturação familiar. A esse respeito, Seeger (2011) afirma que a codependência, caracterizada por comportamentos autodestrutivos em que a família

se considera responsável pelo usuário, demonstra a importância de inserir os familiares nos cuidados em saúde mental.

Já Gianluppi (2015) menciona que a família também precisa de suporte e acompanhamento, já que adoece junto com o usuário, fragilizando, assim, os vínculos familiares, que, em algumas situações extremas, chegam a ser inexistentes. Diante do exposto Fortes (2011), Seeger (2011), Lameira (2012), Ferreira (2014), Brustolin (2014), Gianluppi e (2015) evidenciam que os familiares precisam ser considerados, assim como os usuários, como um grupo que necessita de apoio e orientação para lidar com o impacto gerado pelo sofrimento psíquico, sendo importante um ambiente saudável que dê sustentação ao grupo familiar.

Lameira (2012) e Gianluppi (2015) defendem, ainda, que a família tem um papel decisivo na estruturação e no desencadeamento das dificuldades de seus membros, constituindo a base pessoal, emocional e afetiva do indivíduo, motivo pelo qual deve haver uma ação para o fortalecimento dos vínculos com as famílias. A partir dessa ideia, Brustolin (2014) acredita que os grupos são um importante instrumento de fortalecimento, pois é por seu intermédio que as famílias se revelam vulneráveis, buscando a cura imediata do dependente químico. Ferreira (2014), igualmente, menciona que, por meio das ações dos grupos operacionais, é realizada a troca de experiência entre famílias, possibilitando a convivência e o restabelecimento dos vínculos familiares, sem os quais a eficácia do tratamento pode ser prejudicada.

Nota-se, ainda, que os sentidos do cuidado da família em relação ao usuário e dos papéis atribuídos a ela são evidenciados em todos os textos, em maior ou menor grau, indicando o quão importante é essa relação no cuidado da saúde mental, assim como o quanto o Serviço Social intervém nessa relação, que teve papel determinante no processo de desinstitucionalização dos usuários com transtornos mentais, viabilizando a reinserção dos indivíduos no mundo social.

Diante disso, Seeger (2011) cita a necessidade de repensar as práticas em saúde mental e de levar em consideração a reformulação da assistência psiquiátrica, que concedeu à família um papel importante na ressocialização do sujeito e fez com que passasse a ser parte integrante no tratamento dos usuários com transtornos mentais.

Em seus textos, Seeger (2011), Brustolin (2014) e Ferreira (2014) mencionam que o Serviço Social encontra um novo espaço sócio-ocupacional, direcionando sua

intervenção principalmente à garantia e ao acesso aos direitos dos usuários com transtorno mental e estimulando, assim, a integração social e familiar. Lameira (2012) entende que a intervenção do Serviço Social volta-se para os sujeitos e suas famílias, supondo a compreensão do que está envolta dessa relação.

Nesse sentido, Ferreira (2014) reitera que, por meio da intervenção do Serviço Social, busca-se a reestruturação de vínculos do sujeito e de suas relações familiares e sociais, de modo a possibilitar sua reabilitação e seu empoderamento, trabalhando de forma inter e multidisciplinar na perspectiva da competência ética, política, teórica e metodológica. Seeger (2011) ressalta, ainda, que a família deve ser encarada como foco de intervenção, tendo seus anseios acolhidos e sua sobrecarga minimizada.

Fortes (2011) assevera, assim, que o Serviço Social intervém nessa dificuldade que família tem com o usuário, orientando que o familiar participe de grupos de apoio para que possa se fortalecer e, conseqüentemente, fortalecer o vínculo com o usuário, já que há um longo caminho a ser percorrido para vencer os conflitos que surgem no decorrer do tratamento. Já Seeger (2011), em seu trabalho, constata que, apesar de alguns avanços, ainda é pequeno o espaço para a inserção dos familiares nos cuidados em saúde mental, vinculando isso ao fato de que os serviços de saúde se encontram despreparados para acolher a família, visto que a intervenção construída está centralizada nos sintomas em si.

No seu TCC, Brustolin (2014) afirma que o atendimento da família pelo Serviço Social é entendido como um processo que implica o diálogo com avaliações constantes de interesses e necessidades dos participantes, analisando causas e soluções e planejando ações que deverão respeitar o contexto social em que o usuário e a família estão inseridos. Tendo isso em vista, Ferreira (2014) acredita que o Serviço Social consegue contribuir sem ser invasivo para o resgate da promoção social do familiar e do usuário. Assim, contribui por meio de seus instrumentos técnico-operativos e de estratégias de fortalecimento de vínculos e empoderamento, visando sempre à garantia de direitos e à convivência social e familiar.

A esse respeito, Gianluppi (2015) defende que os usuários precisam do convívio familiar para fortalecer seus laços como forma de enfrentar a doença e buscar os apoios disponíveis, como os serviços assistenciais, as políticas públicas e a rede de serviços ligada ao atendimento ao usuário que dela necessitar.

Ao contrário do que existia antes da Reforma Psiquiátrica, em que o usuário tinha pouco ou nenhum contato com a família e muitas vezes era esquecido e asilado, Seeger (2011) acredita que, atualmente, o eixo familiar é compreendida como unidade de cuidados que está sendo pensado e idealizado conforme os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental. Menciona, ainda, que a família deve ser vista como um agente fundamental, tendo em vista a necessidade de alicerçar os vínculos entre família e usuários.

Nos textos analisados, há, assim, uma preocupação em destacar que a saúde mental, em seu processo histórico marcado pela Reforma Psiquiátrica e pela Política de Saúde Mental (estabelecida pela Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001), convocou a família, antes colocada à parte, para participar do tratamento dos usuários com transtorno mental e/ou dependência química, evidenciando sua relevância no tratamento em conjunto com os profissionais do Serviço Social, com a equipe inter/multidisciplinar e com os próprios usuários com transtornos mentais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste TCC, buscou-se efetuar uma reflexão sobre a importância da família e sobre como o Serviço Social pode intervir, junto à família, no tratamento dos usuários com transtorno mentais. Tal objetivo adveio da observação dos usuários com transtornos mentais, realizada durante o estágio curricular I na UPG do HUSM, e das participações nos grupos de família, em que pode-se refletir sobre como a intervenção poderia contribuir para amenizar as angústias e anseios dos familiares em relação à doença em si e ao tratamento dos usuários.

Para chegar até a produção deste trabalho, foram quase cinco anos de aula e, conseqüentemente, de aprendizado sobre o Serviço Social, aprendendo acerca das expressões da questão social, que são as desigualdades das sociedades, mas também sentindo falta de estudos voltados para a saúde mental, área que despertou-se o interesse desde a metade do curso.

Quando falamos em saúde mental, é necessário, em primeiro lugar, apreender a situação histórica em que a área está inserida, no contexto tanto internacional quanto nacional, desde o seu início em 1808, para assim entender seu processo evolutivo. Precisa-se considerar, dessa forma, as lutas por melhorias no campo da saúde via Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e Movimento de Luta Antimanicomial, as quais buscaram realizar uma saúde integral, em que o indivíduo é visto como um todo, enfatizando na saúde mental a retirada do usuário do manicômio e sua ressocialização na sociedade.

A Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial trouxeram a importância de uma assistência psiquiátrica mais humanizada, evidenciando o avanço da saúde mental no Brasil, por meio de um modelo voltado à atenção da saúde e à desospitalização, em que a família passa a ser determinante e a estar inserida no processo de tratamento do usuário. Desde então, a Política de Saúde Mental no Brasil regulamentou os direitos dos usuários com transtorno mental, estabelecendo a Lei Paulo Delgado e assegurando, assim, recursos que incentivaram a saída dos usuários com longos períodos de internação dos manicômios, trazendo-os de volta para a família e a comunidade e colocando a família como elo fundamental no cuidado desses usuários.

Tendo isso em vista, tanto nos estudos para compor este TCC como no período de atuação no estágio curricular I, pode-se verificar a importância do

profissional do Serviço Social no campo da saúde mental, como alguém que garante direitos e intervém na relação família-usuário, visando a um tratamento saudável. Nesse percurso, foi direcionado, então, ao campo de estudos que traria resultados aos questionamentos em relação ao quanto a saúde mental e a intervenção do Serviço Social diante da família e dos usuários são presentes na produção acadêmica dos alunos de graduação – acreditava-se que seria uma temática relativamente estudada pelos acadêmicos, sobretudo por estes terem como opções de estágio os CAPS voltados para transtornos mentais leves e graves e a UPG.

Pode-se observar, entretanto, a pouca produção acadêmica sobre o tema escolhido, fato que me deixou surpresa, principalmente por os CAPS e a UPG serem locais de estágio, constituindo potencial campo de estudo para a temática pesquisada. A partir da discussão realizada, foi possível afirmar a relevância dos estudos sobre saúde mental e família para a produção de conhecimento do Serviço Social enquanto profissão interventiva. Nesse sentido, é destacado três aspectos identificados nos TCCs analisados que evidenciam a importância do tema para a produção acadêmica.

O primeiro aspecto concerne à importância do fortalecimento do vínculo familiar no tratamento do usuário com transtorno mental. Nota-se o quanto o enfraquecimento dessa relação deixa os indivíduos mais vulneráveis diante da doença e de seu enfrentamento, assim como o quanto investir nesse fortalecimento pode trazer benefícios ao usuário, mas também aos familiares no processo contínuo do tratamento. Tal fato pode ser observado em qualquer área da saúde mental, pois, como visto anteriormente, o fortalecimento do vínculo familiar-usuário faz com que o enfrentamento das doenças por parte tanto do dependente químico quanto dos usuários com transtornos mentais seja realizado de forma efetiva – sempre foi muito inquietante perceber o sofrimento das famílias que não sabiam como lidar e não se conformavam com a situação dos usuários em sofrimento psíquico, vista por elas como degradante.

O segundo aspecto, por sua vez, refere-se ao campo privilegiado do Serviço Social. Desde o processo da Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental tem se tornado uma área interventiva da categoria, inserindo-se de forma multi e interdisciplinar e constituindo uma nova área de estudo para os profissionais, assim como para os acadêmicos que se encontram na fase final graduação.

Já o terceiro aspecto demonstra a pouca relevância do tema para os alunos que se encontram no final da graduação de Serviço Social dos cursos presenciais da cidade de Santa Maria, ainda mais tendo em vista a área dos usuários com transtorno mental. Ficou evidente que a temática da relação entre o dependente químico e o fortalecimento do vínculo familiar é a mais estudada.

Diante da quantidade de alunos que os dois cursos formaram até então, pode-se constatar que realmente os acadêmicos que se encontram na fase final da graduação têm pouco interesse pelo tema, ao menos para produzir sobre ele. Isso talvez se deva ao fato de a saúde mental não ser muito discutida durante o percurso acadêmico, ficando mais restrita para aqueles que escolhem fazer estágio no campo da saúde mental.

A partir da elaboração deste TCC, pode-se verificar a importância do Serviço Social não só na área na saúde, mas também como profissional interventivo no campo da saúde mental, viabilizando as garantias e o acesso aos direitos. Da mesma forma, pode-se notar o quão carente é a área da saúde mental em termos de estudos durante o processo acadêmico da graduação, área essa que foi a primeira a chamar a atenção durante o processo de formação no curso de Serviço Social.

Espera-se, com esses dados, ter fortalecido a ideia de que são necessários novos estudos sobre essa temática, pois, como pode-se presenciar no estágio curricular I, a presença da família fortalecida é extremamente importante para o entendimento e o enfrentamento dos transtornos mentais.

Desse modo, este trabalho não tem a pretensão de apresentar uma conclusão com informações acabadas sobre o tema, tendo em vista sua complexidade. Objetiva, por isso, apresentar algumas considerações realizadas ao longo da pesquisa, as quais devem ser apenas ponto de partida a outros estudos vinculados à área da saúde mental, enfatizando os transtornos mentais e o suporte à família desses usuários por meio da intervenção do Serviço Social.

É imprescindível, assim, que a graduação em Serviço Social se aproprie dessa temática como uma futura área de atuação profissional, permitindo que acadêmicos do curso tenham contato com os conhecimentos desse campo do saber e revertendo, talvez, a pouca produção dos alunos em fase final de graduação a esse respeito.

Ressalta-se, por fim, que a realização deste trabalho permitiu analisar a evolução da trajetória no Serviço Social, a qual foi permeada por altos e baixos e por muitos momentos de questionamentos ao ver que o que era falado em teoria algumas vezes não correspondia ao que acontecia na prática. Finalizando esse percurso, em campo de estágio, conseguiu-se vislumbrar uma realidade que deu ânimo ao conhecer o profissional do Serviço Social como um agente capaz de intervir na realidade dos usuários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Disponível em:

<http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996. Disponível em:

<http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70. São Paulo, 1979.

BATISTA, M. D. G. Breve História da Loucura, Movimento de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 40, p. 391-404, abr. 2014.

BEZERRA, S.O; ARAÚJO, M.A.D. A Inserção do Assistente Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN no Contexto da Agudização da Questão Social. **Serviço Social em Revista**, n.2, v.7, jan./jul. 2005.

BISNETO, J. A. et al. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRUSTOLIN, F. T. **Dependência Química, Família e Codependência: da Reforma Psiquiátrica a Reabilitação Psicossocial**. 2014. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2014.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

_____. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

FARIAS, J. **A Importância do Trabalho do(a) Assistente Social, no Campo da Saúde Mental, frente a Desigualdade de Gênero**. 2015. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

FERREIRA, A. M. **Grupo Operativo e Dependência Química: Estratégia de Fortalecimento dos Vínculos Familiares**. 2014. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2014.

FERREIRA, N. S. A. As Pesquisas Denominadas “Estado da Arte”. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002.

FIALHO, M. B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. de (Orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa, 2014. p. 10-69.

FOCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FONSECA, M. T. N. M. Famílias e Políticas Públicas: Subsídios para Formulação e Gestão das Polícias com e para Famílias. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 2, p. 1-13, dez. 2006.

FONTE, E. M. M. Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Recife, v. 1, n. 18, 2012.

FORTES, E. **Dependência Química e o Contexto Familiar: Uma Reflexão do Trabalho do Serviço Social**. 2011. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2011.

GIANLUPPI, S. **Viver no Mundo da Dependência Química – Expressão de Tratamento ou Morte?** 2015. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2015.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GLEICH, P. Médicos e loucos. **GaúchaZH**, Porto Alegre, 07 nov. 2015. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/proa/noticia/2015/11/paulo-gleich-medicos-e-loucos-4896902.html>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

GRANZOTTO, V. M. **Serviço Social e Saúde Mental: O Acompanhamento Social como Estratégia Viabilizadora de Acesso aos Direitos dos Usuários do CAPS AD II Caminhos do Sol/ Santa Maria-RS**. 2016. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009.

LAMEIRA, K. **Grupo Amor Exigente: Desafios e Perspectivas Para o Serviço Social**. 2012. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2012.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental**. São Paulo: 2013.

MATOS, M. C. Considerações sobre Atribuições e Competências Profissionais de Assistentes Sociais na Atualidade. **Serviço Social e Sociedade. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 761-765, out./dez. 2010.

MOTA, M. L.; RODRIGUES, C. M. B. Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. **SER Social**, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul./dez. 2016.

NEDER, G. **Trajetórias Familiares**. Florianópolis: Mimeo, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Venezuela: OMS, 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas.>. Acesso em: 27 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Princípios para a protecção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental**. 1991. Disponível em: <<http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf?x20748>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

REBOLI, K. G.; KRUGER, T. R. Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2., 2013., Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: CRESS, 2013. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participa%C3%A7%C3%A3o-e-Sa%C3%BAde-Mental-as-Confer%C3%A7%C3%A3o-nacionais-de-sa%C3%BAde-mental.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C. D.; CECÍLIO, L. C. de O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. UNA-SUS, 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_04/unidade04.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2017.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, L. C. S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: Em Foco o Trabalho com as Famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 7-8, n 7-8, p. 75-106, dez. 2009.

ROSA, L. In: VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2.

SANTOS, V. L. **Saúde Mental e Serviço Social: a experiência de estágio do CAPS II Prado Veppo.** 2016.100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SARAMAGO, J. **Ensaio sobre a cegueira.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SAVIAN, R. **O Processo de Trabalho do (a) Assistente Social na Saúde Mental: O Acompanhamento Social como Exercício Profissional no CAPS AD II Caminhos do Sol.** 2016. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SEEGER, G. G. **O Alcoolismo e suas Repercussões no Âmbito Familiar.** 2011. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2011.

SHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais: História, Teoria e Trabalho no Campo.** São Paulo: Hucitec, 2009.v. 1.

_____. **Abordagens Psicossociais: Perspectivas para o Serviço Social.** São Paulo: Hucitec, 2009. v. 3.

_____. (Coord.). **Cartilha ajuda e suportes mútuos em saúde mental.** Rio de Janeiro: Projeto Transversões, 2013.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, jul./set. 2005.