



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

ANA CAROLINA BOITEUX DE OLIVEIRA MORAES

O LUGAR DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

**RIO DE JANEIRO
2021**

ANA CAROLINA BOITEUX DE OLIVEIRA MORAES

O LUGAR DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada, como requisito parcial para conclusão do Curso Serviço Social da Universidade do Federal do Rio de Janeiro.

ORIENTADOR: Professor Erimaldo Matias Nicacio.

RIO DE JANEIRO

2021

O LUGAR DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Ana Carolina Boiteux de Oliveira Moraes

Aprovada em 09 / 02 / 2021

BANCA EXAMINADORA:

Profº Erimaldo Matias Nicácio
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profº Débora Holanda Leite Menezes
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profº Mariléia Franco Marinho Inoue
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

RIO DE JANEIRO

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe que sempre priorizou o meu estudo e esteve ao meu lado em todos os momentos importantes, ao meu marido que me deu sempre muita força, ao meu orientador, Erimaldo, por todo ensinamento e auxílio nesse trabalho. Por fim por todos aqueles que trabalham na Escola de Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

RESUMO

A forma em que se estabelece o cuidado com a loucura se deu através de diferentes formas ao longo da história. Em cada determinado contexto histórico a relação da família e a forma de lidar com a loucura assumiram diferentes roupagens. Quando a loucura foi denominada “doença mental” há claramente um afastamento do louco da sua família, assumindo nesse momento em questão uma responsabilidade puramente médica. Com a Reforma Psiquiátrica a loucura é identificada agora como saúde mental e para tal é necessário pensar o indivíduo para além da sua doença, mas sim sob a perspectiva da cidadania, como sujeito de direitos. O Serviço Social como profissão pertencente ao sistema de atenção à saúde mental inserido no dia a dia dessa temática referente a esse olhar psicossocial. Dentro dessa esfera a relação com a pessoa com transtorno mental e a sua família diversas demandas e questões são suscitadas e acabam por fazer parte do fazer profissional e para tal devemos refletir, problematizar e buscar informações que assegurem essa prática centrada no projeto ético político da profissão. Foi realizado através de revisão bibliográfica com objetivo de identificar quando eram existentes os formatos institucionais e as perspectivas que direcionavam o cuidado com a loucura em cada determinado momento e relacionar como se dava a sua relação com a família. A partir disso busquei através do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais identificar dentro da temática saúde mental e família quais eram as principais abordagens.

Palavras-chave: Cuidado. Família. Saúde mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1: LOUCURA E FAMÍLIA NA HISTÓRIA: COMO ESTÁ ORGANIZADO O CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA NO PERÍODO PRÉ E PÓS REFORMA PSQUIÁTRICA.....	11
1.1 Loucura e família na Idade Média e no Renascimento	12
1.2 O grande enclausuramento da pobreza. (séc XVII e início do séc XVIII)	12
1.3 Hospitais psiquiátricos asilares	13
1.4 Comunidade terapêutica e psicoterapia institucional	15
1.5 Psiquiatria preventiva	18
1.6 Antipsiquiatria.....	20
1.7 Família e a teoria da comunicação por Gregory Bateson.....	22
1.8 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	22
CAPÍTULO 2: FAMÍLIA E POLÍTICAS SOCIAIS	27
2.1 Família e loucura a partir da Reforma Psiquiátrica.....	27
2.2 A família na história.....	28
2.3 A família dentro da psiquiatria	30
2.4 A família e as políticas sociais.....	32
2.5 Por dentro da família	34
CAPÍTULO 3: ANÁLISE DOS ARTIGOS CBAS	37
3.1 Família e saúde mental	37
3.1.1 Trabalho 1	39
3.1.2 Trabalho 2	41
3.1.3 Trabalho 3.....	43
3.2 Demais trabalhos	45
3.2.1 Família e a participação no movimento de reforma psiquiátrica.....	45
3.2.2 A Ressocialização e o Tratamento.....	46
3.2.3 Gênero, família e saúde mental	48

3.2.4 A possível desresponsabilização do Estado através da coparticipação da família.....	49
3.2.5 Família, Interdição e Inserção	49
4 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

INTRODUÇÃO

Historicamente, os modos como a sociedade e a família lidaram com a loucura variaram de acordo com o contexto social, cultural e econômico de cada época. Investigar estas relações é fundamental para compreender as novas demandas que incidem sobre a família no cuidado às pessoas com transtornos mentais no mundo atual.

O cuidado com a Loucura se deu através de diferentes formas em determinadas épocas da sociedade passando pelo sistema asilar até caminhar ao modelo de assistência psicossocial. Esse fato está associado ao contexto social em qual cada modelo a ser tratado se configurou como hegemônico. Para cada um há uma forma diferenciada de tratar a família, mas que não exclui a possibilidade de estar presente como uma possível herança no modelo atual. Da doença mental à saúde mental, muitas coisas entraram em questão. Houve em um primeiro momento um cunho puramente moralizador de tratamento direcionado ao louco, como também um espaço de proteção da sociedade “normal” do mal da loucura.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil representou a negação do modelo anterior de cuidado ou mesmo a negação desse cuidado as pessoas com transtornos mentais, no qual os mesmos eram submetidos à internação prolongada que visava um isolamento do usuário afastando-o do seu convívio familiar e do convívio da sociedade como um todo.

Com a negação desse modelo conhecido como hospitalocêntrico e manicomial se contrapõe modelo de desinstitucionalização, processo para além da humanização dos hospitais psiquiátricos, na qual se pretende substituir a internação prolongada e definitiva por um modelo de aparatos extra hospitalar criado com a Reforma Psiquiátrica conhecido como Campo da atenção psicossocial (principalmente pela rede de Atenção Psicossocial) e no quesito internação a mesma só é utilizada quando um desses aparatos extra hospitalares se mostrarem insuficientes e a mesma só é acionada em situação de crise e duração curta

A partir do exposto acima é contida na Legislação a questão do envolvimento da família como mais um partícipe da relação de cuidado a pessoa com transtorno mental além da rede pública fornecida pelo poder público configurando-se como direito social e de cidadania. A família, que na história da saúde mental sempre foi tratada como algo desconectado do usuário, se torna mais um membro importante

no convívio e no acompanhamento dos mesmos. Utilizo a família em seu conceito ampliado, ou seja, todas as pessoas que estiverem ligadas por vínculo sanguíneo ou afetivo.

A partir da reforma psiquiátrica a família passou a ocupar um lugar muito importante no quesito tratamento, sendo partícipe também do cuidado e apoio a pessoa com transtorno mental. Outro ponto importante é que muitas vezes há desconhecimento da família sobre o transtorno mental, tanto por falta de informação, tanto por questões relacionadas com o estigma da loucura.

a primeira crise gera uma ansiedade muito grande na família. Essa ansiedade eu atribuo a vários fatores. Primeiro o fator de ter um doente na família, essa doença gerar gastos em relação à doença. Segundo, o preconceito existente em relação à doença, ou seja, a pessoa tem um doente mental na família, como se isso fosse uma coisa humilhante, uma coisa que diminuísse socialmente aquela família inteira, e um outro fator que gera muita ansiedade na família é o fator de ter conhecimento quase nenhum em relação a doença mental [...] falta de informação do próprio sistema de saúde [...]. (P9). (ROSA, 2011, p. 246).

É de extrema importância entender como se dá a relação da família com a pessoa com transtorno mental durante as diferentes formas de cuidado direcionadas a ele para que se possa pensar formas de atuação que busquem extinguir os modelos anteriores. Atualmente o Estado é considerado o principal responsável, tendo ele o dever de estabelecer mecanismos de atenção e condições de construção da autonomia do usuário. Já a família é considerada mais um aliado direcionado ao cuidado do portador de transtorno mental, demonstrando o surgimento de grandes questões na temática, na qual se busca encontrar medidas que auxiliem essa discussão.

A escolha do tema se dá através da minha experiência de estágio curricular que realizei no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini no ano de 2014, que me possibilitou lidar cotidianamente com a questão central do transtorno mental e sua relação com família, já que os atendimentos aos familiares constituíam parte desse trabalho. Nesses atendimentos apareciam demandas que suscitavam uma maior inserção da família dentro do cuidado com portador de transtorno mental e também um atendimento mais específico para as famílias nos serviços extra hospitalares.

Observei durante o meu período de estágio que a temática sobre família e saúde mental dentro do Serviço Social não era muito explorada, o que gerou essa iniciativa de pesquisar, através de trabalhos apresentados no CBAS de 2010 e de

2013, os quais tinham como tema saúde mental e família, que eram as abordagens acerca disso.

Busquei identificar um apanhado histórico direcionado a essa temática o que leva a entender os traços que muitas vezes ainda convivem atualmente com sistema reformado, pontuar a evolução que se dá com relação a família e saúde mental. O trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro trata a questão relacionada a história da loucura e como a família aparecia em cada momento. O segundo foi destinado à abordagem do tema família dentro do contexto das políticas sociais. E por fim o terceiro está posto a pesquisa direcionada aos trabalhos apresentados nos CBAS sobre saúde mental e família.

CAPÍTULO 1: LOUCURA E FAMÍLIA NA HISTÓRIA: COMO ESTÁ ORGANIZADO O CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA NO PERÍODO PRÉ E PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA

O lugar da loucura se desenvolveu de diferentes formas em determinadas épocas da sociedade. Esse fato está associado ao contexto social que cada modelo se configurou como hegemônico. Para cada um há uma forma diferenciada de tratar a família, mas que não exclui a possibilidade de estar presente como uma possível herança no modelo atual. Da doença mental à saúde mental, muitas coisas entraram em questão. Houve em um primeiro momento um cunho puramente moralizador de tratamento direcionado ao louco, como também um espaço de proteção da sociedade “normal” do mal da loucura.

Segundo Bisneto,

foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais. Era considerada como experiência diferente da vida, ora apreciada, ora combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava nos diferentes contextos. (2007, p. 173).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil representou a negação do modelo anterior de cuidado ou mesmo a negação desse cuidado com a pessoa com transtornos mentais, no qual os mesmos eram submetidos à internação prolongada que visava um isolamento do usuário afastando-o do seu convívio familiar e do convívio da sociedade como um todo.

Com a negação desse modelo conhecido como hospitalocêntrico e manicomial se coloca o modelo de desinstitucionalização, processo para além da humanização dos hospitais psiquiátricos, na qual pretende substituir a internação prolongada e definitiva por um modelo de aparatos extra hospitalar que é conhecido principalmente pela rede CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e no quesito internação a mesma só é utilizada quando um desses aparatos extra hospitalares se mostrarem insuficientes e a mesma só é acometida em situação de crise e não é permitido a residência dos usuários nesse hospital.

A partir do exposto acima é contida na Legislação a questão do envolvimento da família como mais um partícipe da relação de cuidado ao portador de transtorno

mental além da rede pública fornecida pelo poder público configurando-se como direito social e de cidadania. A família que na história da saúde mental sempre foi tratada como algo desconectado do usuário se torna mais um membro importante no convívio e no acompanhamento dos mesmos. Utilizo a família em seu conceito ampliado, ou seja, todas as pessoas que estiverem ligadas por vínculo sanguíneo ou afetivo.

1.1 Loucura e família na Idade Média e no Renascimento

No período da Idade Média e do Renascimento identifica-se que o louco era de responsabilidade da sua família, sendo ela sua principal cuidadora. Em relação ao cuidado em ordem pública a loucura, a mesma se dava apenas quando o controle por parte da família e da comunidade ficava por algum motivo insustentável, podendo ser por oferecer perigo ou quando não tinham alguém que pudesse prestar cuidado. Nessa época a relação à exclusão do indivíduo da sociedade se dava principalmente pela questão direcionada à “lepra”. (FOUCAULT, 1972, p. 3).

Durante o período medieval, as autoridades públicas assumiam em relação aos doentes mentais apenas responsabilidades limitadas. Membros da comunidade que sofriam de transtornos mentais ou emocionais eram aceitos, desde que não causassem distúrbios públicos. A tutela da pessoa alienada geralmente recai sobre seus parentes e amigos; as autoridades comunais lidavam apenas com aqueles que eram considerados perigosos demais para serem mantidos em casa, ou que não tinham ninguém para cuidar deles, ou que perturbavam a sociedade. (ROSEN, 1974, p. 167)

É preciso destacar nessa parte que o conhecimento da loucura não era tão direcionado como conhecemos hoje. É necessário pontuar também os limites contextuais desse período. Rosen (1968) traz relatos onde muitas vezes a loucura era relacionada com acontecimentos sobrenaturais baseados muitas vezes em cunho religioso.

1.2 O grande enclausuramento da pobreza. (séc XVII e início do séc XVIII)

No período que compreende a Época Clássica a loucura aparece extraída do campo do saber e as formas de se lidar com ela se davam através dos Hospitais Gerais. O objetivo principal dessa lógica era marcado por abrigar todos que

representassem alguma ameaça social, no qual estava presente dentre algumas categorias o louco. Portanto, não era direcionada apenas à loucura, mas sim a todos os setores que se encontravam à margem da sociedade.

Dessa maneira a exclusão era legitimada através da ausência da razão e não se apresentava nessas instituições um saber médico patológico sobre a loucura. Esses espaços eram um misto de assistencialismo e repressão, pela qual a entrada se dava voluntariamente ou por estar mendigando, pois há a criação de uma Lei que proibia a mendicância estabelecendo, portanto o local que se destinava esses setores mais marginalizados em regimento do início da ética do trabalho.

A partir do momento que se estabelece a pobreza como algo direcionada a desordem, o ser pobre aparece como contrário a esfera do trabalho e se põe então a necessidade de combatê-la. Segundo Roberto Machado (1982, p.58), “o Grande Enclausuramento se estabelece no cruzamento desse contexto, marcado pela ética do trabalho, antídoto contra a pobreza”.

A maioria dos Hospitais Gerais eram criados nos antigos leprosários, o que já explicita o local que era direcionado a essas pessoas. O isolamento se dá através de mudanças na estrutura social da época e só no final do século XVIII que há a criação de um setor específico para o “tratar” do louco. O enclausuramento do louco se dá por ele representar um ser de não razão, inapto para o trabalho, o que contradiz a lógica da racionalidade burguesa fazendo com que se tenha legitimidade para sua exclusão.

1.3 Hospitais psiquiátricos asilares

Já no final do século XVIII o que fica marcado pela ausência da razão começa a cair em declínio, dando espaço agora a alienação para justificar a fundação da doença mental através do olhar da medicina. No momento em que o louco é tido como uma figura que representa certo perigo ele é intitulado como doente mental e como tal precisa estar submetido às práticas delimitadas pelo saber médico, sofrendo assim um intenso controle social.

É nesse período que surgem as abordagens classificatórias que estabelecem lugares específicos para lidar com cada população que está em situação de vulnerabilidade social/ população marginal. Esse fator representa claramente um

viés perigoso, pois atinge uma instituição, profissionais e atendimento especializados em apenas uma direção, que neste caso a loucura, acabar por possuir um fator claramente estigmatizante e configurações que legitimam principalmente o traço de exclusão que é tido aqui como o local asilar.

Phillipe Pinel é um dos precursores dessa época, na qual começa a enxergar a loucura dentro do campo da medicina, situando que a doença mental era vista sob a ordem da moralidade e que seu tratamento estaria então direcionado a ser um tratamento moral, na qual punição e tratamento estão sempre relacionados.

A sistematização do tratamento proposto por Pinel exige o isolamento total do doente mental, ou seja, o coloca longe da sua família e de toda e qualquer sociabilidade com objetivo de analisar os sintomas para assim classificá-los. Para Castel essa nova forma que instaura a medicina sobre a loucura está baseada na classificação pura e simples, que busca não o encontro da origem no problema, mas sim a sistematização dos traços e sintomas que se manifestam no louco.

Segundo Amarante

o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destas em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/ discursos/ práticas atualizados na instituição da doença mental. (1995, p. 25-26)

Cria-se, portanto, instituições asilares de cunho médico direcionadas apenas para o doente mental, na qual se dava através do tratamento moral em que imperava através da assistência e da tutela emergentes da soberania do poder médico hospitalocêntrico. A psiquiatria começa a sua história de legitimidade no processo de tratamento do louco.

Para Foucault (1996), o caráter negativo que o louco representa na sociedade burguesa lhe confere um status que está fora da condição humana. Já sua nomeação com “doente mental” que represa uma posição reconhecida de excluído conferindo a isso um lugar de não liberdade e igualdade perante os demais tidos como “não loucos”. Doente mental é uma categoria que ganha força nesse período e se dá através de transgressão da ordem normativa existente na sociedade burguesa.

O isolamento do doente mental é constantemente explicado através do cunho moral no qual se entende que os familiares estão passíveis de sofrerem também a alienação e então precisam estar separados ou o fato de que a própria família

estava condicionando a alienação do seu familiar em questão. Isolar então se configura como uma forma de controle daquilo que representa faces diferenciadas do que a sociedade prega como normal.

Com isso nesse período o louco não havia convívio com a sua família e a mesma não era encarada como importante para o tratamento representava algo que estava fora do cuidado, pois a base do tratamento estava pontuada sobre a ordem de um isolamento que pressupunha uma terapia que buscava afastar o doente mental daquilo que podia estar adoecendo, no qual estavam inseridas as famílias.

Segundo Rosa (2011, p. 51), o discurso psiquiátrico alienista visa constituir uma nova moral para regular as relações familiares e os relacionamentos amorosos, exatamente porque a causa da alienação se situa no desregramento social.

Outro ponto importante é que há um corte classe delimitado pela psiquiatria, pois havia modos de atendimentos diferentes que estariam relacionados à classe social que o louco pertencesse. Desde a época clássica a instituição era sempre vinculada àqueles que estavam em situação de pobreza e que não tinham família.

Esquirol que foi um psiquiatra francês da época desenvolveu uma forma de prevenção a alienação mental na qual propunha princípios que auxiliariam os pais na criação dos seus filhos. Esses princípios estavam relacionados ao modelo de sociedade burguesa e se baseiam na ordem e na disciplina. A família deve representar a forma vigente da sociedade para que se estabeleça a maior aproximação da normalidade.

A importância da família para reprodução da ordem burguesa se torna ainda mais evidente, pela qual a psiquiatria traça formas ideais de tratamento em nome da moral e da saúde pública para assim resolver esse grande enigma da loucura. Como já dito anteriormente a família possui um papel quase nulo no tratamento do doente mental, ficando responsável apenas por constatar a doença e direcioná-lo ao modelo asilar comandado pelo saber psiquiátrico e esperar a prometida volta à normalidade.

1.4 Comunidade terapêutica e psicoterapia institucional

Há uma nítida mudança no paradigma da loucura durante os anos, sendo identificada em um primeiro momento através da busca pelo tratamento e cura da doença mental, que pode ser entendida aqui através das experiências da

comunidade terapêutica desenvolvida principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos e a Psicoterapia Institucional. Essas experiências estão pontuadas em reformas que aconteceram dentro dos limites do hospital e contam a história do processo de mudança no sistema direcionado a atenção à doença mental e se torna super importante e impulsionador para o processo de reforma psiquiátrica.

A comunidade terapêutica representa o período marcado pelo pós-guerra que é marcado por uma ação de mudança dentro do sistema asilar, pontuado aqui por novas formas de ações que estão inseridas no funcionamento da instituição, sendo elas principalmente de cunho administrativo e participativo. Essa experiência foi realizada por nomes como T. H. Main, Bion e Reichman no Hospital localizado em Birmingham.

O contexto histórico de surgimento da comunidade terapêutica se faz extremamente impulsionador para a realização da mesma, já que recém saídos de uma guerra mundial que está marcado nesse período por uma intensa fragilização social começa vir à tona as formas de tratamento que eram submetida os loucos, mostrando cada vez mais o seu viés excludente e as formas cruéis que se encontravam dentro do sistema asilar, muitas vezes até mesmo comparado aos campos de concentração. O sistema asilar começa a mostrar suas falhas, possibilitando ainda mais o agravamento das doenças e não a retomada da suposta normalidade.

A partir disso entra em cena o aparecimento ou a retomada de algumas teorias que buscavam elaborar uma reforma do sistema asilar. Uma dessas teorias, segundo Amarantes é a “A Terapêutica ativa - ou a Terapia ocupacional- fundada por Hermann Simon fundada na década de 20” p. 28. A experiência desenvolvida por Simon constata-se que quando o mesmo submeteu os pacientes ao trabalho gerou uma significativa mudança no quadro e também possibilitou um ambiente de convivência melhor dentro do hospital. Acreditava, portanto, que o trabalho seria um forte aliado no tratamento do louco. Outro modelo que vem a influenciar a comunidade terapêutica é a experiência de Sullivan que busca basear o tratamento através da experiência do grupo e não mais com enfoque individual.

O grande precursor da comunidade terapêutica é conhecido como Maxwell Jones.

Ao organizar os primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com os demais, assim como faz da “função terapêutica” uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. (AMARANTE, 1998, p. 29)

Acredita que o hospital deve ser reconhecido enquanto comunidade pela ideia de que o mesmo deve ser composto por aqueles que estão inseridos nele, devendo então funcionários e pacientes ser responsáveis pela dinâmica da instituição e não possuírem um local de subordinação diante a ordem da instituição sendo regido pela ideia de Jones de “aprendizado ao vivo”. Essa ideia consiste basicamente em um aprendizado, que será gerido através de uma relação construída com o usuário por parte dele próprio com outras pessoas para encarar as dificuldades e descobrir novos aprendizados. Nas palavras de Jones:

O paciente é colocado em posição onde possa, com auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com outras pessoas que o podem auxiliar. Nesse sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de “aprendizagem ao vivo”. (1972, p. 23 *apud* AMARANTE, 1995, p. 25)

Um avanço que é identificado nesse modelo e que tange ao relacionamento do usuário com a parte externa da instituição que está inserido é a importância que é dada nesse momento para o estreitamento da relação entre a comunidade e o hospital, possibilitando assim um trabalho por parte dos profissionais que leve em consideração a relação dos familiares e da comunidade. Pode-se dizer então que a comunidade terapêutica é um espaço localizado ainda sim dentro de o território do hospital psiquiátrico e como tal não há nenhuma proposta de superação da mesma, consistindo apenas em ações de reforma que se localizam dentro do espaço asilar, buscando situações mais democráticas e humanizadas, mas ainda sim com vista a tratar a doença mental.

Por fim, e não menos importante, Franco Basaglia teve como parte do seu trabalho uma comunidade terapêutica dentro do Hospital de Gorizia que aprofundarei mais a frente.

A Psicoterapia Institucional tem como um dos seus precursores mais importante François Tosquelles que desenvolveu seu trabalho na região da França no Hospital Saint-Alban. Identifica no interior do hospital um cenário de intensa

precariedade em que eram submetidos os pacientes, fazendo com que o mesmo comece a pensar reformas para que essa situação melhore. Com esse intuito o Tosquelles enquanto membro do hospital busca trabalhar através de uma perspectiva de reencontrar e impulsionar a real função terapêutica do hospital através de conceitos baseados em Pinel, que propõe portanto que haja um trabalho eficaz por parte do médico na busca da cura do doente mental.

Acredita que a reforma é preciso, pois o hospital está com desvio da sua função principal de cura, possibilitando assim ser um espaço degradante e violento. Busca, portanto, adequar o seu papel principal de cura e lançar mão das terapêuticas que busquem o saber médico sobre a loucura levando assim o retorno do louco a sociedade. Um fator importante encontrado nessa modalidade é o reconhecimento de que o hospital enquanto instituição psiquiátrica, segundo Amarantes, “têm características doentias e que devem ser tratadas” Amarantes, 1995, p.32. Outro fator de relevância da psicoterapia institucional é que ela começa a ser um espaço que entra a relação entre psiquiatria e psicanálise

A Psicoterapia Institucional é também restrita ao sistema asilar e por isso mesmo é pontuada como não questionador e transformador, diante ao sistema de isolamento e do saber psiquiátrico, que é colocado e submetido ao doente mental. Nessas experiências não há uma grande referência em relação a família, o papel da família não aparece de forma tão clara.

1.5 Psiquiatria preventiva

A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva que ocorreu principalmente nos Estados Unidos. Ficou conhecida como a terceira revolução psiquiátrica que buscava realizar um trabalho que direcionasse a agir no sentido mais amplo de promoção da saúde mental, rompendo com o ideal de ação que era anteriormente direcionada apenas ao tratamento e a cura.

Teve sua expressão durante um contexto em que veio à tona, através de uma pesquisa que foi realizada no ano de 1955, a precariedade que se encontrava a assistência psiquiátrica nos Estados Unidos. A partir disso é encontrada uma mudança no paradigma social direcionada a agir em decorrência a um aumento perceptível de doença mental nas comunidades.

As taxas de incidência dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções. (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 53 *apud* AMARANTES, 1998, p. 36).

Kennedy, o então Presidente dos Estados Unidos na época, inclui como direção da psiquiatria a prevenção possibilitando então que a mesma influencie todos os outros países através das Organizações Sanitárias Internacionais.

A psiquiatria preventiva acredita que há possibilidade de identificar precocemente aquele indivíduo que possivelmente apresente situações que podem ser identificadas como de fora de certa “normalidade”, fazendo com que se realize a prevenção não apenas dentro dos mecanismos psiquiátricos, mas também no seio da comunidade a fim de solucionar o “problema”. explicita que

instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Desta forma urge a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal. Amarantes (1998, p. 37)

É impositivo então que se há a identificação de algum traço, conduta, desvio de pensamento que considerem estar relacionado ao transtorno mental haja um direcionamento para uma avaliação psiquiátrica e isso fica sendo de responsabilidade de identificação não só do profissional encaminhado a realizar a assistência comunitária, mas sim também se direciona a família, a comunidade e até mesmo integrantes do trabalho.

Foi na raiz desse novo modelo que a psiquiatria encontra como necessidade ampliar suas bases teóricas para além da primazia das ciências naturais. Acrescentando então, segundo Amarantes (1998, p. 37) “conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista vem redefinir o indivíduo enquanto unidade biopsicossocial, um todo indivisível”.

Há uma grande incompatibilidade entre a sociologia preventiva e a psicologia behaviorista onde a primeira apoia seu conceito na prevenção realizando uma distinção entre sintomas e etiologia, enquanto a segunda estabelece que não haja nexos na distinção dos sintomas e etiologia e sim que estão ligados.

A Psiquiatria preventiva acaba por levar uma diminuição dos atendimentos referenciados nos hospitais psiquiátricos, pois ela busca o tratamento e a identificação no convívio da família, do trabalho, e da comunidade. Esse modelo está baseada em três fases:

1. Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio; 2. Prevenção Secundária: Intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; 3. Prevenção Terciária: Que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhoria. (AMARANTES, 1998, p. 38 *apud* BIRMAN & COSTA, 1994, p. 54)

Por estabelecer através de seus preceitos uma diminuição dos atendimentos no hospital e um aumento nos serviços de base ambulatorial e extra-hospitalar surge à tona a possibilidade de uma possível desinstitucionalização. Esse termo emerge nos Estados Unidos provocando uma ação que buscará agir na diminuição da entrada dos pacientes nos hospitais, pois considera que essa hospitalização gera uma grande perda para o usuário, tendo ele muitas vezes quando está submetido a internações estarem em situação de fragilidade e dependência e perda do vínculo familiar e comunitário.

Conjugado com a desospitalização criam-se ainda mais serviços extra hospitalares para darem conta do novo modelo que está consagrado nesse período e a família nesse momento constitui-se um elo não mais relacionado a ser isolado.

1.6 Antipsiquiatria

O movimento que ficou conhecido como Antipsiquiatria surge nos anos 60 e teve como principais líderes os psiquiatras Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. Configura-se como a primeira crítica ao saber psiquiátrico. Suas principais influências no âmbito teórico são o Marxismo, a Fenomenologia, a Psicanálise (mesmo sofrendo duras críticas dos mesmos), a Filosofia Oriental e de Foucault.

O contexto é marcado por uma efervescência política e ideológica, que aparecem em cena grandes críticas às Instituições Capitalistas; ao processo de confinamento, da internação na qual se dá a grande recusa de ações que são pregados pela sociedade como ideais a partir da ideia de ser bem sucedido e estar

dentro de uma certa ordem; O movimento de Contracultura; O Maio de 1968 e o crescimento dos movimentos sociais.

Para Ronald Laing a crítica à psiquiatria se dá conjuntamente com a crítica a ordem social vigente e familiar, encarando dentro dessa realidade a família como a principal propiciadora da loucura baseada no ideário 'familiar', que representa a ideia de que a doença está presente em mais de um membro da família, através de um conceito de hereditariedade. Amarante (1998, p. 44) explicita isso referenciando que "A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento."

A Loucura é vista aqui como resultado de uma dada sociedade que produz uma intensa dominação, uma sociedade doente. A saída dessa situação se dá, para Laing, através de uma possível revolução subjetiva do homem através da ruptura com uma alienação produzida por essa mesma sociedade.

Acredita-se nessa corrente que a loucura é imposta por essa sociedade e que o asilo, por exemplo, é expressão dessa violência representada por essa estrutura desigual em que a sociedade está inserida. Além disso, explicita que a busca voluntária por tratamento é imposta pela lógica do mercado, que considera um certo tipo de característica anormal.

Há uma ruptura geral do pensamento psiquiátrico, chegando a afirmar que o transtorno mental não existia, e que o que era chamado de doença mental era algo criado por um sistema social que aliena a subjetividade e a reprime, ou seja, explica que a alienação mental é uma consequência advinda da alienação social em que o processo de patologização do sofrimento humano se dá a partir da repressão da singularidade e da existência de padrões ideais de sobrevivência reproduzida por instituições como a família, os abrigos e as Igrejas.

Essa perspectiva teve um caráter de crítica social, não propuseram nenhuma questão referente ao avanço da psiquiatria, mas o mesmo avanço só se daria se acabasse com a própria categoria. Entendem a loucura como provenientes de uma dominação de um sistema opressor, capitalista e que a solução era a superação desses padrões. Não se caracterizam por ser propositivo em relação ao campo da saúde mental.

Por fim, a antipsiquiatria consiste em um diálogo que compreende a razão e a loucura, delimitando que a loucura tem a sua existência dentro da relação que é

estabelecida entre os homens e não no seu interior. Amarante (1998, p. 44) confirma isso, alegando que “a loucura existe entre os homens e não dentro deles [...] O louco é acompanhado pelo grupo seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão”.

1.7 Família e a teoria da comunicação por Gregory Bateson

Gregory Bateson vai basear seus estudos através da relação desenvolvida entre a pessoa esquizofrênica e sua família se atentando aos seus padrões de comunicação. Sua tese se fundamenta na ideia de que certos padrões de relacionamento que a família tinha com o sujeito refletiam e poderiam até mesmo evoluir para um quadro de esquizofrenia. Alegava que havia dentro da dinâmica familiar uma produção de mensagens contraditórias em que a pessoa fica numa situação de incertezas sem encontrar uma saída para aquela questão. A família é encarada aqui como culpada pela condição da esquizofrenia do seu familiar através da ideia do duplo vínculo possibilitada pela linguagem paradoxal desenvolvida principalmente na infância.

1.8 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surge impulsionada pela experiência italiana no período que compreende os anos 1978 a 1980. Nesse momento o Brasil vivia uma ditadura militar marcada pelo cerceamento da liberdade, uma ampliação das desigualdades sociais e uma eclosão dos movimentos sociais na qual se depara o processo de reforma sanitária.

Começa a ganhar força e forma nos anos de 1978, ano esse que o Brasil estava vivendo um período de ditadura militar pela qual nesse momento há o fim do AI 5 através do ideal de uma abertura lenta, gradual e segura. É nesse período que há uma intensa volta à cena política brasileira dos movimentos sociais que neste tema abordado cabe ressaltar o Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental.

As principais pautas defendidas pelo movimento nessa época eram direcionadas a uma ação que visasse melhores condições de tratamento aos usuários de saúde mental, na qual se instaura como uma humanização dos hospitais

psiquiátricos, melhores condições de trabalho, crítica para a indústria que se criou da loucura e uma direção para um aumento dos serviços ambulatoriais.

Pode-se dizer então que a Reforma Psiquiátrica foi impulsionada por uma grande organização da sociedade civil, dividida em técnicos que trabalhavam na saúde mental e denunciavam o horror que se vivia, os familiares e os próprios usuários, conhecido como um movimento antimanicomial.

A 8ª Conferência de Saúde que aconteceu no ano de 1986 representou uma nova visão sobre a ideia de saúde e como esta se organizaria na sociedade, calcados por conceitos como universalidade e descentralização. Esse olhar é direcionado a ideia de que a Saúde deve ser direito de todos e dever do Estado. Essa conferência foi muito importante para a luta antimanicomial.

O fator condicionante do processo de desinstitucionalização teve como principal ação, no ano de 1989, com o fechamento da Casa de Anchieta, localizada em Santos no estado de São Paulo. Eram encontradas situações de grande precariedade e vulnerabilidade, de muitas mortes e total falta de direitos humanos. Esse fator vergonhoso da nossa história possibilitou a criação de um novo modelo de atendimento, que negasse completamente o sistema asilar. Esse novo projeto estava inspirado na experiência italiana encabeçada por Basaglia, na qual ocorreu a concepção do Núcleos de Atenção Psicossocial, que funcionavam 24 horas por dia, todos os dias da semana e seguindo a lógica do território.

Foi nesse período que a Reforma Psiquiátrica ganhou sua primeira experiência da criação real do modelo totalmente contrário e de negação do manicômio. Buscava agora pensar o sujeito e suas complexidades, não apenas visando a doença. Posterior a essa criação houve um grande financiamento por parte do Ministério Público de exteriorização desses modelos para outras regiões do País.

Surgiram também associações diversas, como Centros de Convivência e SOS Louco para prestar amparo jurídico aos usuários que ficaram anos internados no sistema manicomial.

Foi no ano de 1989 que surge o projeto de Lei 3.657 de autoria de Paulo Delgado que tem como objetivo delimitar os direitos e proteção dos portadores de transtorno mental e também redefinir o que tange ao modelo de atenção a essas pessoas. Mas a Lei Antimanicomial só foi promulgada no ano de 2001, 12 anos depois do primeiro projeto de Lei.

A Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 é responsável por assegurar a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e regulariza um novo modelo de atenção à saúde mental. No artigo 2º da Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 está estabelecido e assegurado a inserção da família, do trabalho e da comunidade “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;”

No mesmo ano da promulgação da Lei Paulo Delgado foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, responsável por materializar e efetivar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Teve como tema central: “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. A Conferência foi embasada pela Lei Pedro Delgado e pela luta antimanicomial, com objetivo de garantir a cidadania do portador de transtorno mental e buscar assim a construção de um modelo anti-asilar e pautado pela inclusão da família e da sociedade.

Fica nítido a participação da família como algo primordial nesse novo modelo instaurado e embasado por esse novo cenário a partir também do viés do controle social, tanto o usuário da saúde mental quanto o familiar se fazem sujeito dessa nova configuração, podendo participar e ter seus direitos garantidos.

Como consta na III Conferência:

O controle social deve ser entendido também como participação ativa dos usuários e familiares nos dispositivos cotidianos dos novos serviços de saúde mental, por meio dos grupos operativos, assembleias, associações de usuários, familiares e trabalhadores, presença real em eventos e seminários, projetos comuns, etc., bem como de participação cidadã na comunidade local. Nessa perspectiva controle social é também entendido como participação ativa dos usuários e familiares no processo mesmo de cuidado, de reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas, culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura etc. Isso requer, por parte dos trabalhadores repensar completamente sua formação e instrumentos convencionais de atuação profissional centrados apenas no saber e na iniciativa exclusivos dos trabalhadores, fazendo dos usuários apenas 'pacientes', pessoas passivas, objeto do 'tratamento' (III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

A atenção psicossocial busca criar novas possibilidades de vida para o portador de transtorno mental que nesse modelo é encarado como sujeito em

sofrimento que deve estar inserido num contexto social dando possibilidades de ampliação da sua autonomia e consequentemente da sua cidadania.

Nesse momento a família é encarada como parte integrante desse novo contexto social que emerge através da luta antimanicomial para a saúde mental, criando novas possibilidades e também novos questionamentos no dia a dia do cotidiano familiar. Começam a realizar trabalhos de resgate do vínculo com a família e aqueles que não possuem mais ou não ter possibilidades de voltar ao convívio familiar são criadas residências terapêuticas capazes de se configurarem como espaço de moradia.

A portaria nº336/2002 regulamenta o CAPS e estabelece a sua funcionalidade em três categorias: CAPS I para municípios que tenham a população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II para municípios que tenham a população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes e CAPS III direcionados para aquele que tenha mais de 200.000 mil habitantes e possui um serviço diferenciado dos demais por oferecer acolhimento noturno quando necessário.

O CAPS busca ser um mecanismo extra hospitalar em saúde mental que visa o tratamento através do convívio familiar e social. A atenção psicossocial tem como objetivo criar novas possibilidades de vida para o sujeito. O serviço está estabelecido através de uma equipe interdisciplinar que pode ser composta, segundo a necessidade de cada categoria, por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. O tratamento acontece através de atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a famílias e realização do projeto terapêutico que irá estabelecer o tratamento do usuário em casa.

Dentro dessas categorias há uma diferenciação estabelecida no público alvo do CAPS, podendo ele ser CAPS, CAPS AD e CAPSI. O CAPS AD é destinado para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, podendo integrar a categoria de CAPS AD II e III. O CAPSI é destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

Através desse trabalho de retorno ao convívio familiar criam-se novos mecanismos para que isso se torne possível, como por exemplo, o programa de volta para casa. Esse programa é garantido através da Lei 10.708 de 2003 que estabelece um auxílio psicossocial no valor de 240,00 reais ao portador de

transtorno mental que tenha em seu histórico idêntica ou superior a dois anos de sua vida em internações psiquiátricas. É de extrema importância esse movimento de retorno ao convívio familiar para que ocorra um processo de desinstitucionalização, mas também não é o único.

É importante também que os familiares encontrem apoios na parceria do cuidado, sabendo que os mesmos passam por questões de sofrimento por não saberem lidar com o transtorno mental. Se tratando de usuários crônicos a presença da família é sempre alta, o que cabe indagar as formas como essa família também encontra quando acessa o serviço.

Devido à importância que se dá a família nesse contexto, configura-se como primordial na esfera do cuidado o acolhimento da família ao serviço buscando sempre operar através de uma escuta qualificada que entenda suas dificuldades e lhe ofereça um suporte nesse sentido. Os CAPS criam então espaços que busquem o acesso da família, podendo ser grupos de família, oficinas, atendimento individuais ou até mesmo através de visita domiciliar.

Atualmente a saúde mental em termos de saúde pública dentro do SUS se organiza através do sistema da Reforma Psiquiátrica e da lógica da desinstitucionalização que consiste muito mais do que retirar as pessoas do hospital, mas sim numa mudança estrutural, ideológica e social. Busca-se, portanto, o tratamento através do mecanismo principal que é o CAPS.

Portanto, o CAPS é o dispositivo da reforma psiquiátrica sendo muito importante para a garantia dos direitos de cidadania do usuário, do resgate dos vínculos familiares e comunitários como até mesmo da promoção do lazer. O objeto da saúde mental reformada é sujeito inserido no contexto social e não mais a questão referida apenas na doença mental. Aqui abre espaço para a pessoa com o transtorno mental inserida na sociedade e na sua família.

CAPÍTULO 2: FAMÍLIA E POLÍTICAS SOCIAIS

2.1 Família e loucura a partir da Reforma Psiquiátrica

O objeto da psiquiatria anterior ao sistema proposto por Basaglia, o que estava em ênfase não era o sujeito e sim a doença. A doença representava mais que o homem no qual ela estava presente. A psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença. Basaglia (1975, p. 57)

A experiência de Gorizia, como comunidade terapêutica não rompe totalmente com os paradigmas do manicômio de exclusão e relação de poder, mas se configura muito mais como um processo de humanização do hospital psiquiátrico, conservando traços ainda sim pautados somente na doença.

O movimento da Psiquiatria democrática surge nos anos 70, no qual impulsionado pelas experiências de Basaglia, colocou a realidade manicomial de violência e exclusão no cenário político, possibilitando que se transformasse em um movimento político e social (pela aliança dos setores da sociedade que também entraram nessa luta). Era preciso repensar o modelo manicomial, como um local que expressa nitidamente um espaço de poder, exclusão e moralidade.

Segundo Amarante, a tradição basagliana aponta a “necessidade de uma análise histórico crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença”. (1998, p. 47)

Basaglia estabelece um novo pensar sobre a forma de cuidado direcionado à loucura, colocando agora uma mudança das instituições anteriores de cuidado (tanto do modelo asilar, quanto das comunidades terapêuticas). Coloca-se assim um processo de desconstrução da instituição psiquiátrica, sendo ela de cunho geográfico, ideológico e político. Portanto a desinstitucionalização psiquiátrica está para além do fim da estrutura física do hospital, mas de todas as relações que se davam dentro dela.

É na cidade de Trieste no ano de 1971 que Basaglia inicia o processo de mudança do paradigma do manicômio através da criação de novos espaços que são distribuídos por cada área pertencente à cidade, na qual tem o funcionamento durante toda a semana e de 24 horas por dia. São criadas também residências,

grupos apartamentos, direcionadas aos usuários podendo encontrar amparados por técnicos ou não. No que tange a emergência, segundo Amarante,

Tem um número muito pequeno de leitos muito menor do que os 15 previstos pela Lei 180- um total de oito, sendo quatro masculinos e quatro femininos. Este serviço funciona em regime diuturno e atua coordenadamente com os centros de saúde mental, grupos-apartamentos e cooperativas, para as quais funciona como apoio (1998, p. 50)

Contribuiu para problematizar e politizar a questão da loucura a partir de uma análise crítica da sociedade sob quais condições o louco é excluído dessa sociedade.

Outro viés desse novo desenho é a criação de cooperativas que são espaços também de cuidado e de garantia de autonomia que buscava oferecer oportunidades de trabalho para aqueles que estavam internados devido ao modelo anterior ou até mesmo de algum outro caso no qual esse dispositivo se mostrasse importante.

Procura, portanto, não mais o isolamento, mas a retomada da liberdade, entendida aqui como princípio fundamental, que atravessa o viés da sociabilidade e do convívio com a família. O cuidado direcionado à loucura busca colocar a doença não mais como enfoque principal e sim entre parênteses, que vai se basear na liberdade e na autonomia, através da criação de um novo olhar sobre a loucura, não mais com o estigma do medo. A Reforma Psiquiátrica é em suma uma transformação de relações entre instituição, saber e prática que é entendida aqui como um processo social que vai rebater não somente na desospitalização, mas sim no processo que atinge o novo local direcionado a saúde mental, o novo papel do profissional, a nossa ideologia e conhecimento e acima de tudo uma nova referência de vida para os usuários.

2.2 A família na história

A instituição família apresenta-se de diferentes formas de acordo com cada cultura em que ela está inserida. Além disso, em diferentes momentos históricos ela passou a ser alvo de diferentes formas de intervenção.

Na era medieval a família é atribuída para além do viés sanguíneo, sendo instituída também pelos serviçais e até amigos. Nesse período não há uma clara divisão de grupos relacionados a vida familiar moderna, a vida profissional e a vida

social. A sociabilidade que era vivenciada nessa época estava pautada dentro da casa da família, ou melhor, do grupo que ocupava a mesma residência, sendo ele por laços sanguíneos ou de trabalho.

A mudança começa a ser observada nos séculos XVII e XIX em que se estabelece uma grande alteração na forma tanto organizacional quanto relacional do grupo familiar. Na Era Medieval o espaço da família era público onde havia uma conexão maior entre família e comunidade. Na modernidade, a família passa por uma transformação mais ampla, se desenvolvendo como um espaço privado, fazendo se restringir à família nuclear e a ficar mais fechada em si, menos permeável à presença na comunidade. A partir de então cria-se uma nova forma de sociabilidade. Vale ressaltar que essa mudança da relação da família como um espaço privado é obtida no primeiro momento apenas pela classe burguesa.

Podemos então classificar que na sociedade moderna, a família passou a se configurar através do ideário composto por mãe e pai que se forma através da relação da escolha que vem a ser permeada muitas vezes pela relação de afeto. A família aqui é conhecida como família nuclear composta por mãe, pai e filhos. Dentro dessa nova perspectiva se observa a divisão sexual do trabalho em que o pai é tido como patriarca e chefe de família que fica responsável pela parte financeira do grupo familiar e a mãe cabe cuidar da casa e da educação dos filhos,

Assim a mulher ficava restrita ao espaço do domicílio que muitas vezes está regida sob a perspectiva de uma prestação de cuidado remetido ao fator genuíno, próprio da natureza feminina relacionando, portanto, uma depreciação do papel da mulher. Segundo Rosa,

o trabalho feminino é descaracterizado enquanto tal, transformando-se em “ato de amor”, por isso, não trabalho, realizado gratuito e individualmente, no espaço privado, sem visibilidade social e circunscrito à esfera do consumo e de reprodução social do grupo familiar (ROSA, 2011, p. 49).

Com o advento da Revolução Industrial há uma mudança significativa na organização da família no quesito trabalho. O homem passa a não ser suficientemente capaz com a nova forma de trabalho de gerir a família, possibilitando a mulher entrar no mercado de trabalho e até mesmo as crianças. A partir de então surge uma nova direção para o conceito de família.

No que tange a mudança do papel da mulher na sociedade isso fica mais evidente durante a década de 60 do século XXI com advento do movimento

contracultura que se configura como um movimento que vem contestar alguns padrões sociais, culturais e econômicos. É nesse momento que o movimento feminista se coloca na agenda social e com advento da pílula anticoncepcional que pode contribuir muito para a liberdade da mulher e da decisão da maternidade.

Mesmo com essas transformações a família tradicional ainda se configurava como hegemônica e a mulher por mais que comece a questionar os padrões culturalmente impostos continua com lugar hegemônico de cuidadora.

Mas como o conceito de família está posto através da transformação da sociedade é nítida a mudança que ocorre durante os anos, hoje a família é composta por diversas configurações, dois pais, duas mães, avós exercendo o papel de pais, apenas a mãe, apenas o pai, entre outras...

2.3 A família dentro da psiquiatria

Na transição do século XVIII para o século XIX surge a lógica alienista, que se configura como uma nova especificidade médica na França, formada e influenciada principalmente pelo contexto da Revolução Francesa. A lógica alienista se baseia numa nova forma de lidar com a loucura, sendo agora alvo de cura e recuperação com tratamento realizado por um médico chamado de alienista e possibilitando agora um “local” específico para tratar a loucura.

Há uma mudança significativa no tratamento da loucura no cenário alienista, baseado principalmente nos estudos de Pinel.

Com a lógica alienista e a linha de Esquirol há o reconhecimento da doença mental como um problema puramente patológico e moral e assim se define uma nova relação com a família do louco. Estabelece através do alienismo e a visão de Pinel que a doença mental está permeada por fundamento hereditário e pelo viés moral, firmado através da forma com que se relaciona com o mundo social permeado por hábitos e costumes que levaram a tal desordem mental. A partir desse momento há uma instituição que irá permear essa relação possibilitando uma nova forma de lidar com esse cenário da loucura. Vai instaurar então uma relação de uma instituição de saúde relacionada a tratar o doente mental através do ideário de afastamento da família, pois entendia que a família poderia ser propiciadora de transtorno mental como também poderia estar exposta a iminência da alienação.

A doença mental é referida através do viés moral baseado em características que fogem do padrão considerado “normal” pela sociedade. A família é entendida como aquela que estimula essas características através de uma ideia de que a mesma não exerce um papel forte em referência à disciplina moral diante as atitudes que fogem da normalidade. O afastamento do doente mental e a prerrogativa do mesmo são colocados sob a ótica de uma nova forma de enfrentar essa característica, que agora passaria a ser reeducado e fortemente controlado, exercendo um papel que para lógica alienista, a família não poderia cumprir.

Segundo Rosa, “o discurso psiquiátrico alienista visa constituir uma nova moral para regular as relações familiares e os relacionamentos amorosos exatamente porque a causa da alienação se situa no desregramento moral” (2011, p. 51).

Esquirol *apud* Amarante (1998) propõe algo que está ligado a uma ação preventiva em relação à doença mental, que está regulada através da busca de um modelo ideal para educação dos filhos que deve ser baseada na ordem e no controle. Então se entende nesse momento uma forma de lidar com a família na qual reconhece seu papel e estabelece através da sua importância na escala da educação e da prevenção situada no ponto principal que é a moral. A psiquiatria fica, portanto, com a possível cura do doente mental e fornecer um suporte moral ao mesmo e sua família.

A família ganha bastante evidência nos anos 50 através da temática referente a terapias de famílias. Nesse momento há uma busca de como se dá a relação de comunicação entre família e a pessoa com esquizofrenia que fica conhecida como duplo vínculo. Acredita-se que a contradição exposta pela mãe a seu filho através de “padrões paradoxais de comunicação” (MELMAN, 2002, p. 70) poderia gerar um quadro de esquizofrenia. Chegou a ser muito criticada pelo seu poder culpabilizador que resgata a época manicomial de responsabilizar a família e neste caso principalmente a mãe pelo transtorno do filho.

Essa parte relacionada a tentar encontrar uma deficiência da família como possível potenciador do transtorno mental recai na ideia de reconhecer a doença mental de forma simples e puramente superficial.

Vale ressaltar que essa questão referida a terapia da família que aparece nos anos 50 fica no campo mais teórico, no que diz respeito a parte prática ainda há uma noção de afastamento da família do portador de transtorno mental.

Cabe ao trabalho a busca de como a família é encarada em cada momento da psiquiatria, evidencializa como é a culpabilizada na história e hoje. As formas de lidar com essa culpabilização aparecem de maneiras diferentes, passando como já explicado a cima como possível propiciador do transtorno e por isso precisaria do afastamento, como propiciador e por isso precisaria ter uma atenção educativa para romper com a relação que desencadeia o transtorno e posteriormente como aquela que não consegue conviver com seu familiar portador do transtorno mental.

A terapia de família é encarada através do viés sistêmico que busca dar um foco maior nos processos e nas partes.

Pensando a partir de um momento marcado pela saída dos portadores de transtorno mental dos hospitais através dos processos de desinstitucionalização faz com que mude o cenário que antes era prevalente. Há então uma grande mudança do sistema e da forma que vai se lidar com a pessoa com transtorno mental na comunidade, na família e nos serviços de saúde.

Segundo Melman (2001), foi durante esse período que se tornou possível um estudo mais aprofundado sobre a relação entre a família e a pessoa com transtorno mental. Há então uma preocupação em observar e conhecer a forma que o paciente e familiar se relacionam, buscando apreender a forma com que atitudes de familiares vão impactar no paciente na sua saúde mental. Outro ponto que julgo muito importante para o tema da saúde mental e família é que vai começar um estudo acerca de como a família lida com paciente e como isso influencia na sua vida, através da sobrecarga que pode existir com o convívio com o transtorno mental.

Durante o período de grande mudança que se começava o período de declínio do sistema manicomial e então saída dos pacientes, uma questão que era de grande importância estava situada na relação de adaptação do paciente fora desse ambiente de reclusão.

2.4 A família e as políticas sociais

A família é uma instituição que parte de uma convenção humana, sendo por isso uma construção histórica como já citada acima. Estabelece-se como foco principal das relações sociais e também no que tange a reprodução da vida social.

Dentro do capitalismo é representado de forma bastante peculiar. A sociedade capitalista se instaura através da relação de exploração do homem sobre o homem, ou seja, há um sistema em que a reprodução da vida social está baseada principalmente no antagonismo capital x trabalho que se divide nos detentores dos meios de produção e daqueles que vendem sua mão de obra.

Possui também um fator de bastante significativo nessa relação sendo um espaço que preza o cuidado, segurança e manutenção econômica. A partir disso a família é o grupo que estabelece a reprodução direcionada a transmissão da oral e da tradição que configura então como uma das mais importantes peças para manutenção da ordem vigente.

A noção de família define-se, assim, em torno de um eixo moral. Suas fronteiras sociológicas são traçadas segundo o princípio da obrigação, que lhe dá fundamento, estruturando suas relações. Dispor-se às obrigações morais recíprocas é o que define a pertinência do grupo familiar. (SARTIR, 2010, p. 33)

O processo de culpabilização das famílias está inscrito na relação de não conseguir reproduzir fielmente os padrões que a sociedade capitalista instaura como ideais. A família então é direcionada muitas vezes como responsável por uma situação em que se foge dos padrões normais. Dentro disso está tanto a quebra da família nuclear como algum “problema” que comprometa a normalidade.

Observa-se que a família recentemente ocupa um lugar de muita importância dentro do campo das políticas sociais. Esse processo começa a ser desencadeado principalmente nos anos 90 que é um período em que o Estado experimenta a política neoliberal que prevê além da não intervenção estatal um grande processo de precarização das formas de trabalho e o aumento da desigualdade. O Estado começa então a criar um processo de focalização das políticas sociais e ainda sim uma transferência de responsabilidade da sociedade civil, aqui representado pela família.

“É nesse cenário que as redes de solidariedade e sociabilidade engendradas a partir da família ganham importância na política social e, em especial, na proteção social movida neste final de século.” (CARVALHO, 2005, p. 16)

No que tange a política de saúde mental está posto a família como parte muito importante do processo de tratamento, tendo ele como partícipe. Evidenciando esse fato a família não é colocada isoladamente como única parte dessa relação,

cabe assim uma correlação do Estado juntamente com a família para que haja a garantia da inclusão do paciente em questão na sociedade.

O CAPS como mecanismo principal da política de saúde mental reformada e representada atualmente em figura do serviço público deve ter condições de incluir também a família nesse processo, possibilitando a ela um acesso e informação acerca do tratamento em saúde mental.

2.5 Por dentro da família

É necessário olhar o dentro do seu contexto social, buscando entender como é o relacionamento social. Isso rebate principalmente na relação da família com o portador. Muitas vezes a família não consegue compreender porque o seu ente familiar tem certos comportamentos sendo muitas vezes compreendido como algo sobrenatural.

Outra questão que envolve a família perante ao portador de transtorno mental é a vergonha, o que leva muitas vezes ao isolamento da pessoa e da também da sua família da então sociabilidade. Muitas vezes por não saber lidar com essas situações há uma grande negação da doença por parte da família, que gera uma relação de não aceitação e culpabilização por pensar que a mesma é proveniente de algum erro cometido na criação. Outro movimento nesse sentido está relacionado muitas vezes esconder da sociedade o parente, fazendo com que ele fique cada vez mais isolado em casa para evitar qualquer possibilidade de preconceito familiar e a família.

A questão começa principalmente por ser algo que foge dos padrões de normalidade imposto pela sociedade e tudo que foge desse padrão acaba sendo motivo de negação e afastamento por falta de compreensão que se tem sobre o assunto.

É importante nesse processo que a família encontre um espaço para que possa lidar com inúmeras situações que aparecem desde o primeiro momento o transtorno mental. O CAPS é o mecanismo principal da saúde mental que pode proporcionar à família este espaço, muitas vezes é tida através do grupo de famílias. Como foi visto no capítulo anterior este é um serviço estratégico na reforma psiquiátrica e que proporciona um lugar terapêutico para a família. Portanto entende-

se o grupo de família como um lugar terapêutico de auxílio nos momentos de dificuldade, dúvida e anseios e um local que fortalece muito a família através da troca de experiências que se dá através de pessoas que estão passando pelo mesmo momento. É principalmente um lugar direcionado ao cuidado daqueles que cuidam.

O CAPS precisa ser esse lugar que vai além do espaço especializado para o portador de transtorno mental, mas também para dar apoio familiar. É necessário que isso ocorra para efetivação da política de reforma psiquiátrica já que muitas vezes a sociedade encara o louco através de características ameaçadoras à ordem, como perigoso e agressivo possibilitando através disso um afastamento do meio social e o encontro do asilo, seja dentro de casa, como dentro do hospital que ainda existem como um local de proteção a tudo isso.

A família muitas vezes encara dessa forma por medo de não aceitação da comunidade, então é preciso além de tudo que haja políticas e até mesmo ações que procurem trabalhar questões referentes à desconstrução de estigmas que são direcionados ao louco que esteve por muito tempo asilado da sociedade, tido como problema e que mesmo deveria estar afastado.

Outro fator que a família e o portador de transtorno mental se deparam é o estigma da incapacidade, que é a ideia baseada na impossibilidade do mesmo de exercer funções de responsabilidade social, como por exemplo, o ato de trabalhar. Muitas vezes quando há uma pessoa que possui transtorno mental a família acaba mudando toda sua configuração, tendo muitas vezes que alguém do núcleo, que na maioria das vezes é a mulher, mãe, irmã ou filha, largar o emprego para prestar o cuidado já que o mesmo possui uma incapacidade nesse sentido.

Esse caso não pode ser generalizado, na saúde mental, sabe que cada caso será um caso, tendo muitas vezes sim a questão do trabalho presente na vida do portador de saúde mental. Há dentro da política de saúde mental uma parte direcionada ao trabalho e geração de renda, que busca desenvolver oficinas de trabalho e muitas vezes desenvolver oficinas de trabalho e muitas vezes direcionar os usuários para o trabalho em outros lugares fora das oficinas. Cabe, portanto nesta esfera a realização da inclusão da pessoa com transtorno mental, enquanto sujeito de direito, no trabalho o que muitas vezes contribui para o tratamento do mesmo, como também para melhora da sua relação com a família.

Mas é inegável a relação já citada que há, na maioria das vezes, uma reorganização na dinâmica da família levando em consideração que a maioria dos portadores de transtorno mental encontram grandes dificuldades de acessar o mercado de trabalho e ter uma vida econômica por ele próprio, dependendo assim da família para isso. Segundo Melman, há uma grande sobrecarga aos familiares acerca dessa relação:

... o conceito de sobrecarga familiar (Family burden) foi desenvolvido para definir encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e quando a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo e organizativo e social (2002, p. 79)

Essa sobrecarga está colocada também na saída do mercado de trabalho e também na questão emocional. É preciso entender toda a relação que envolve o paciente e sua família, pois muitas vezes há uma demanda excessiva por culpabilização da família sem antes mesmo dar voz e apoio a ela. A família precisa então desse lugar, que venha dar escuta e estimular a possibilidade de lidar com as crises e estresses do dia a dia.

Os aspectos objetivos e subjetivos da vivência da sobrecarga pelo familiar são diretamente influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui, e que são resultado de sua história de vida, seu contexto cultural, social e religioso e etc. Em situações de estresse esses valores e crenças influenciam tanto a vivência emocional como a maneira de lidar com as situações concretas. (MELMAM, 2002, p. 80)

Portanto o olhar na família é de grande importância para entender o portador de transtorno mental através de todas as relações e contextos sociais e culturais que o mesmo está inserido.

CAPÍTULO 3: ANÁLISE DOS ARTIGOS CBAS

A Reforma Psiquiátrica se organiza através da esfera da cidadania da pessoa com transtorno mental que diz a respeito em reconhece-lo como sujeito de direitos e deveres dentro da sociedade. Em meio disso o cuidado e tratamento está baseado e sustentado através dessa esfera sustentada pelo direito. Faz parte desse processo do cuidado, à família do usuário da saúde mental baseado na ideia de que quando há um processo de sofrimento mental de um ente familiar todos os que compõem estão potencialmente submetidos ao sofrimento, à dificuldade, à falta de informação.

Sabendo disso, é de grande importância o estudo e a pesquisa referente à temática da família na saúde mental. Busca-se então o método de revisão bibliográfica sobre os trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais que aconteceram nos anos de 2010 e 2013 para análise de como a temática está sendo referida e de quais são as teorias que apoiam. A pesquisa, portanto, é de caráter exploratório buscando verificar artigos referentes à temática família e loucura que são abordados por assistentes sociais e identificar qual abordagem está sendo utilizadas com maior frequência.

Foram utilizados como meios de pesquisa através do cd room que foram obtidos nos CBAS. Utilizei como palavras chaves: Saúde Mental, Doença Mental, Reforma Psiquiátrica, CAPS, Residência Terapêutica, Família, Loucura, Curatela e Interdição. No CBAS do ano de 2013 há a opção de busca por tema que entra nesse escopo como “Família e Relações Sociais” e “Seguridade Social.” Já no CBAS do ano de 2010 não se encontra esse escopo, tendo apenas realizado a pesquisa por título.

Busquei identificar, portanto, a família de duas formas diferentes quando a mesma aparece de forma explícita e direcionada ao tema “Saúde Mental e família” e quando ela não era o objetivo principal do artigo.

3.1 Família e saúde mental

Importante mencionar que o Congresso Brasileiro de Serviço Social é de grande importância para a profissão, sendo ele parte importante de educação

continuada, de fortificação das lutas e dos desafios que são encontrados dentro da formação e do mercado de trabalho.

Foram encontrados na pesquisa apenas três trabalhos em que aparecem diretamente e respectivamente as palavras como família e saúde mental, família e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e dependência química e famílias. Esse dado representa que não há muitas discussões diretas acerca do assunto dentro da profissão.

O primeiro trabalho encontrado, “Grupo de Família: A experiência do serviço social no centro de atenção psicossocial CAPS II – Cais do município de Angra dos Reis – RJ” teve como autores a Fernanda Silva de Sena, Patrícia Ferrás Araújo da Silva, Maria e Carolina de Souza Costa. Foi apresentado no 13º CBAS que ocorreu no ano de 2010 na cidade de Brasília. Diz respeito a uma experiência prática de trabalho realizado no CAPS e análise de que direção essa ação deve tomar, mostrando as dificuldades e os acertos.

O segundo trabalho, “Família, Seguridade Social e Política Pública de Saúde Mental”, cujo autor é Ronaldo Alves Duarte, foi apresentado no 14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais que ocorreu no ano de 2013 em Águas de Lindóia, São Paulo. Tem como enfoque principal um debate mais direto e teórico sobre a questão do direito da pessoa com transtorno mental e sua família.

O terceiro trabalho, “DEPENDÊNCIA DE DROGAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS: interfaces com as políticas públicas intersetoriais” também do 14º CBAS/2013 que procura analisar a relação da família no processo de atenção ao usuário do CAPS.

O primeiro trabalho faz referência exatamente a uma forma de inserção da família no cuidado do portador de transtorno mental e de como essa questão deve ser dada dentro do Centro de Atenção Psicossocial. Já o segundo trabalho se resulta em um debate sobre a política de saúde mental, os direitos e a relação com a família de forma a analisar como se apresenta no contexto atual e como forma de pensar as respostas que a família possui no mesmo, o seu trabalho é baseado na experiência de trabalho do autor e também durante a realização do mestrado.

Aparece nos dois primeiros trabalhos avaliados a questão referente paradigma da reforma psiquiátrica, buscando evidenciar a mudança no que diz respeito ao sistema de atenção à saúde mental que passou de asilar e hospitalocêntrico para os serviços comunitários, como o Centro de Atenção

Psicossocial, que neste caso se revela como espaço sócio ocupacional de todos os autores.

Escolhi como estratégia de estudo dos artigos encontrados analisar os três separadamente nesse primeiro momento.

3.1.1 Trabalho 1

GRUPO DE FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS II – CAIS DO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS – RJ. Autores: Fernanda Silva de Sena, Patrícia Ferrás Araújo da Silva, Maria Carolina de Souza Costa

Como relatado acima, antigamente o sistema não concebia condições de orientações aos familiares já que o isolamento seria a principal e única alternativa a doença mental. A família é referenciada no trabalho em questão como parceira do cuidado, mas também é colocada como aquela que carece de cuidado. Hoje os profissionais lotados nos serviços de atenção à saúde mental possuem como partícipe do cuidado, a família, e como tal surge à necessidade de estabelecer ações direcionadas a eles, como é o caso retratado no neste trabalho, no qual cria-se um grupo de família em que os autores fazem parte do corpo profissional do CAPS que o mesmo se estabelece.

Utilizam a família de acordo com Potyara (2004) como um espaço contraditório em que a mesma precisa ser entendida como um espaço forte e fraco o que definem como sendo característico dos usuários do CAPS. Colocam como trabalho e momento importante para o CAPS a atenção a crise, onde entende que o momento de crise psiquiátrica não é algo que consiga definir e generalizar, a crise é algo muito pessoal e aparece de formas diferentes, mas é um período em que há um grande sofrimento e com isso não atinge apenas a pessoa, mas sim todo o seu convívio. A crise é o momento

que acaba por gerar uma desestruturação não somente na vida psíquica e social do sujeito, mas também na de sua família (GONDIM, 2001) e “Consiste na diminuição do limiar de tolerância ou solidariedade, de precariedade de recursos para tratar a pessoa em domicílio (KANTORSKI *et al.*, 2008).

Considerar a crise um momento importante para o CAPS nos faz analisar a postura de trabalho pautado na Reforma Psiquiátrica que enxerga que o CAPS, enquanto dispositivo substitutivo da internação, tem que lidar também com essa condição. Apresentam portanto o art. 4º da Lei Federal 10.216 de 2001 que estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, que segundo o texto constitui que o serviço deve resgatar o convívio da família e da comunidade e se afastar do ideal de isolamento.

Apoiam a ideia do grupo de família através de que:

é vital ampliar a capacidade de resistir e crescer nas situações tão adversas em que vivem os familiares das pessoas acometidas pelo transtorno psíquico grave, sendo fundamental enfrentar o desafio de tornar mais leve o peso das grandes frustrações e transformar a dor em matéria prima de aprendizado. (MELMAN, 2001, p. 16).

É colocado em pauta que o grupo de família deve ser um espaço destinado a também construção/ fortificação do vínculo da equipe com os usuários e suas famílias, esclarecimento de dúvidas referente ao tratamento e o transtorno mental, encaminhamentos necessários e também na esfera de troca de experiências. O trabalho realizado com as famílias tem como objetivo a contribuição na criação de estratégias para o enfrentamento de vulnerabilidades que venham a ocorrer.

Outra questão que aparece como de grande importância está relacionada à questão do poder que historicamente a equipe centrada no médico havia sobre os pacientes e seus familiares, buscando agora desenvolver um trabalho em que haja uma relação que presa o diálogo e despreze a coerção, demonstrando mais uma passo a ser dado em direção a Reforma. Enfatizam também que a Reforma Psiquiátrica teve também como partícipe do processo os familiares o que estabelece mais uma confirmação da esfera da importância da família no processo.

Estabelecem que a família possui um papel de grande importância na perspectiva dos determinantes sociais do processo de saúde e doença e para tal necessitam de apoio para lidar com a questão. (Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.)

Estabelecem o trabalho com as famílias não somente no Grupo de Famílias, mas também através das visitas domiciliares e atendimentos individuais. Das constatações mais importantes observados pelos autores sobre o grupo de Família que atuaram, destaco as seguintes:

Famílias desprovidas de recursos, geralmente dependendo de benefícios assistenciais e previdenciários; Solicitações de orientações sociais, especialmente, para as questões previdenciárias, assistenciais e judiciárias; Conflitos familiares no que tange aos cuidados daqueles oriundos de longo período em instituição psiquiátrica; Vínculos familiares enfraquecidos e/ou rompidos, em virtude das internações psiquiátricas; Díficil realidade das famílias ao lidar com as crises e escassez de recursos (SENA, DA SILVA E COSTA, 2010, p. 5)

A importância do trabalho com a família se coloca representada nesse artigo como um fator de grande importância para o usuário e sua família. Pontuam um trabalho que propõe a participação da família e tem como cuidado evitar qualquer exigência, pré-julgamento e culpabilização das mesmas. Por fim, concluem que muitas das demandas encontradas nesse espaço possuem o viés econômico, muitas vezes marcado pela grande dificuldade de inserção em processos de trabalho e poucos recursos financeiros, situando-os no processo de desigualdade social que vivemos.

3.1.2 Trabalho 2

FAMÍLIA, SEGURIDADE SOCIAL E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL. Autor: Ronaldo Alves Duarte.

Neste trabalho o autor se refere ao local que a família ocupa no sistema de proteção social destinado as pessoas com transtorno mental e as condições que o mesmo possibilita, estando aqui a Seguridade Social (Assistência Social, Saúde e Previdência) para promoção do cuidado e das demais demandas. “Discute-se aqui o argumento de que a família tem sido inserida em “um lugar de destaque na política social” e ela tem sido “ao mesmo tempo beneficiária, parceira e pode-se dizer ‘miniprestadora” de serviços de proteção social” (CARVALHO, 2003, p. 18 grifos da autora). (DUARTE, 2013, p. 1)

O autor situa o seu trabalho através das mudanças ocorridas no sistema de assistência ao portador de transtorno mental, evidenciado a trajetória da Reforma

Psiquiátrica, pela qual traz um novo modelo de cuidado que propõe uma efetiva participação do usuário na vida social. Busca se evidenciar a importância que é dada a família nesse novo modelo, tendo agora a ideia de partícipe do cuidado exigindo assim também um espaço de atuação para o serviço social, como esclarece o primeiro artigo analisado:

Nota se, portanto, que essa inversão do modelo assistencial apresentou uma proposta que dependia de uma participação mais efetiva do grupo familiar. Isso porque, nessa nova acepção, o tratamento ou boa parte dele seria realizado dentro do ambiente doméstico (DUARTE, 2013, p.2).

Outro fator ressaltado por Duarte é que atualmente há a ideia de que a família é também um espaço de grande ênfase das ações do Estado, pelo qual estabelecem que a família por ser comumente um local de segurança e proteção acaba por ocupar um espaço importante nas políticas públicas. Com isso confere a família o status de “um miniprestador de serviços de proteção e inclusão social” (CARVALHO, 2003, p. 18 grifos da autora) o que indica também que este lugar conferido a família não deve ser um espaço de desresponsabilização do Estado.

Essa questão referente a desresponsabilização do Estado está inscrita no projeto neoliberal de Estado em que desviam ações que cuja a responsabilidade de gestão e promoção são do Estado para transferi-la para esfera individual e/ou de filantropia.

É preciso entender a família como um local que deve ser encarado com “multifacetado” e se deve entendê-la numa sentido plural e diverso. Concebe família sem moldes específicos, através da ideia de que a mudança dos arranjos familiares é completamente alterada dia a dia. Independente do formato ou não formato que cada família apresenta o autor faz referência a Kaloustian (2004) que estabelece que a família é uma instituição que tem como papel a socialização dos seus membros tal como a transferência de valores éticos, morais e culturais e representa a primeira experiência de todo indivíduo de conviver em grupo.

Entende que a família situada dentro do sistema capitalista acaba por estar presente em inúmeras expressões da Questão Social, como por exemplo, o desemprego, a pobreza, a falta de políticas públicas. O autor apresenta alguns depoimentos, coletados através do Grupo de Famílias no CAPS/SERSAM Divinópolis, que expressam esses pontos que somados ao transtorno mental alteram muitas vezes o funcionamento da família e tornam “mais difíceis as demandas

apresentadas pela política de saúde mental em fazer das famílias um dos principais pontos da rede de assistência ao portador de sofrimento mental”. (DUARTE, 2013, p. 4)

Minha preocupação é quando eu tiver que voltar a trabalhar. [...] Eu vou ter que arrumar uma pessoa, mas, eu já tentei arrumar, mas é muito caro. (F.7) Lá em casa também, a gente ficou mais tenso, preocupa mais. Eu já não durmo direito. Ele dorme comigo e com meu esposo. Mesmo que ele fale que vai dormir no quarto dele, ele já fico com medo e vem dormir na minha cama. Eu to trabalhando menos porque eu tô por conta dele né? (F.2) (DUARTE, 2013, p. 3)

Os direitos destinados ao portador de transtorno mental vêm se materializando através da esfera da saúde. A saúde atualmente é direito de todos e dever do Estado e está inserida dentro da Seguridade Social pela qual deve ser trabalhada através da transversalidade incluindo as demais componentes que são a Assistência Social e a Previdência Social. O autor pontua essa relação destinando o CAPS como espaço que visa dar auxilia no tratamento do portador de transtorno mental e também um espaço que presta um apoio a família e o Programa de Volta para casa que são de atuação da Saúde, O BPC que auxilia como garantir o mínimo para sobrevivência da Assistência Social e por fim a aposentadoria por invalidez ou auxílio doença de competência da Previdência Social para aqueles que contribuíram.

Portanto, conclui-se que a seguridade social é um espaço que fortalece o grupo familiar para possibilidade de respostas às demandas e questões que são conferidas pela política pública de Saúde Mental.

3.1.3 Trabalho 3

DEPENDÊNCIA DE DROGAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS: interfaces com as políticas públicas intersetoriais. Autores: Daniela Cristina Soares Goulart, Ana Cristina Nassif Soares

Neste trabalho o autor procura apresentar e trabalhar questões de políticas públicas que se direcionem as demandas da família do usuário de álcool e outras drogas. Baseia o seu trabalho na região de Piumhi em Minas Gerais onde a mesma atua na temática das drogas. Observou que havia muitas demandas de atendimento dos familiares acerca da questão e averiguar através disso que não havia uma

proposta concreta em relação a isso e as políticas estavam desarticuladas. O trabalho tem como foco principal analisar a dependência do álcool e outras drogas e as implicações que gera no contexto familiar.

A ação direcionada a problemática em questão se dá, segundo a autora,

A atenção atual às pessoas e às famílias que enfrentam problemas com o uso/abuso de álcool e outras drogas, está baseada na lógica da reforma psiquiátrica, que pressupõe tratamentos ambulatoriais, com modelos de redução de danos, e acima de tudo, garantindo seus direitos, o que só poderá acontecer a partir do momento em que se estruture uma rede de cuidados intersetorial, que trabalhe com a lógica da diminuição dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção, respeitando a diversidade e complexidade, tanto no que se refere às famílias, quanto à dependência de álcool e outras drogas. (GOULART E SOARES, 2013, p. 2).

Apresenta que é na família, sendo ela diversa no seu modelo e estrutura, que há o encontro para a “construção da cidadania de cada indivíduo, uma vez que traz possibilidades que vão desde às associadas a fatores de proteção, socialização até a criação de vínculos essenciais aos indivíduos.” (GOULART E SOARES, 2013, p. 2, p. 3)

A política Nacional de Drogas e as diretrizes para o funcionamento do CAPS colocam como fator importante a reinserção familiar e comunitária e como tal cabe ao Estado desenvolver ações que contemplem a proteção e atenção também a família dos usuários.

A região que se desenvolve a pesquisa não tem a demanda para o CAPS AD, estabelecendo o atendimento e ações direcionadas a questão do álcool e outras drogas dentro do CAPS. Relaciona também a quebra do paradigma que o familiar seria o principal responsável e causador da drogadição do seu familiar buscando agora entender a família como peça importante para acompanhamento e efetivação do tratamento. De acordo com isso é preciso que se realize ações que busquem dar atenção aos familiares através de grupos de apoio e orientações necessárias.

Por fim, conclui-se, segundo a autora, que “A família tem papel fundamental, expresso na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2003a) de acordo com o artigo 226 que declara que a família é a base da sociedade e tem especial proteção do Estado, retomando para o Estado a obrigação legal de estabelecer políticas públicas de proteção às famílias.” P. 3 e condições reais de estruturas que vão ajudar no processo de garantia de suporte à família e ao usuário.

3.2 Demais trabalhos

Foram encontrados artigos que possuem como tema a saúde mental. A sua relação com a família não aparece como enfoque principal, mas está presente no corpo do texto através de algumas análises.

As palavras chaves para busca desses artigos são: Saúde Mental, CAPS, Desinstitucionalização, Interdição e Curatela e Reforma Psiquiátrica. A partir disso procurei no corpo do texto se a família era citada e de que forma isso se apresenta nos trabalhos. Para uma maior clareza dividi os trabalhos de acordo com os temas mais recorrentes.

3.2.1 Família e a participação no movimento de reforma psiquiátrica

Através das grandes denúncias das situações desumanas que se encontravam seus familiares portadores de transtorno mental, as famílias buscam ocupar um espaço de participação do que envolve o cuidado ao portador de transtorno mental, se organizando através de associações e também adentrando em conferências e espaços de discussões e efetivação de políticas públicas. A família ocupa então uma das partes integrantes da luta antimanicomial e grande impulsionadora para a instauração da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi inspirada pela experiência italiana de Franco Basaglia e se consolidaram através de um movimento social composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, pessoas que possuíam longas internações psiquiátricas e também Associação de Familiares de portadores de transtorno mental.

Esse tema está presente em três trabalhos analisados e faz pensar também o novo lugar direcionado a família que o novo modelo de saúde estabelece como importante, deixando o afastamento do seu parente para reivindicar melhores condições e também a ressocialização. A mudança é vista através da relação dos usuários com seus familiares que estão baseados em dois pilares muito importantes, a socialização e a cidadania.

Em 1992 na II Conferência de Saúde Mental é colocado em pauta a municipalização da assistência ao portador de transtorno mental e também o

reconhecimento do papel da família e da comunidade nesse processo. Para garantia dos parâmetros da reforma psiquiátrica, que está constantemente em avanço até os dias atuais é preciso que haja um forte controle social, na qual entra em cena além da sociedade civil a família dos usuários que estão envolvidos diretamente nessa questão.

3.2.2 A Ressocialização e o Tratamento

Os trabalhos encontrados possuem principalmente nos temas a questão referida ao tratamento do seu ente familiar, colocado muitas vezes através de como os profissionais encaram as demandas vinda da família e também como ela precisa ser tratada dentro do eixo da reforma psiquiátrica.

Um dos principais expoentes da reforma psiquiátrica está fixado através da negação do afastamento dos usuários de seus familiares e da sociedade como forma de alcançar um tratamento mais eficaz. A reforma psiquiátrica através do seu serviço extra-hospitalar denominado como CAPS tem como uma das suas atividades a atuação através da reinserção do usuário na comunidade e nas suas famílias.

Esse tema tem grande enfoque nos trabalhos analisados, principalmente quando citam o papel do CAPS. Essa ressocialização está embasada através das legislações que buscam a proteção dos usuários e também a organização de como deve estar o sistema de saúde.

Dentre as medidas encontradas no texto temos ações que os CAPS desenvolvem visando a ressocialização que se encontra principalmente através das oficinas conjuntas de usuários com a família, de grupos de família, de atendimento individual a família, dentre outros. Dravanz e Heidrich (13º CBAS/2010) revelam que a sua atuação como assistente social no CAPS referido também se dá através do

(b) Grupo de atenção aos familiares, com objetivo de desenvolver o tratamento de maneira corresponsável, oferece suporte técnico aos momentos de crise de nosso usuário em domicílio, oferece orientações com relação ao sofrimento psíquico, garante acompanhamento do tratamento além do CAPS, proporciona momento de cuidado e atenção ao responsável do nosso usuário; (p. 4).

Entende-se, portanto, a família como parte integrante do cuidado.

Através do trabalho de Corrêa (13 CBAS/2010) em entrevistas com profissionais do CAPS fica evidenciado o papel de inclusão e ressocialização:

Nosso objetivo é alcançar, uma saúde mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtorno mentais, favorecendo a sua inclusão social, o estudo do tema através de projetos científicos acadêmicos, bem como a quebra de preconceitos tanto da sociedade, como das famílias dos próprios pacientes. (p. 8)

Dentre a esfera que se dirige ao serviço social dentro de um serviço reformado de saúde mental, Duarte (13 cbas/2010) problematiza a atuação de assistentes sociais em um serviço reformado de saúde mental, e estabelece a

reinserção sócio familiar' do portador de transtorno mental como uma demanda muito recorrente. Apresenta que o novo modelo destinado ao portador de transtorno mental tem como objetivo principal a 'reinserção do paciente em seu meio sócio familiar de origem. (p. 2)

A mudança do sistema de atenção à saúde mental implicou concomitantemente que o tratamento e atenção ao portador de transtorno mental ocorressem tanto nos serviços substitutivos quanto no ambiente de moradia, apresentando a importância que o modelo reformado dá à família. No trabalho de Beiral e Forti, 14 CBAS, 2013, aparecem a problematização do processo de desinstitucionalização e citam que quando envolve "um louco infrator" esse processo possui muitas dificuldades, tendo uma alta no abandono familiar.

A família ocupa também um lugar dentro do CAPS, sendo direcionadas a elas alguns atendimentos individuais por parte da equipe e também grupo de família como busca de informações do paciente que se mostrem importante para o tratamento, acompanhamento e esclarecimento de dúvidas sobre o transtorno mental. Entende-se que a família precisa também de orientação e apoio, principalmente nos momentos em que o usuário se encontra em crise, pois é nesse estágio que a fragilização da relação está mais forte.

Há que registrar também um esforço para que se firmem as parcerias com as famílias, o que antes era atribuído à mesma o lugar da culpa e do não tratamento. Percebemos no *ethos* do trabalho profissional, mecanismos de intervenção que buscam a participação familiar, de forma a grupalizar esses sujeitos, mas entendendo suas particularidades. A família contribui com o serviço, a partir da sua experiência de convívio diário com o usuário e o serviço contribui com a família a partir da vivência daquilo que o usuário é

capaz de produzir, das suas relações com o semelhante e dos limites institucionais. (DUARTE, 2010, p. 4)

É importante que haja também direcionado às famílias questões que vão trabalhar temas como o preconceito e a cidadania.

A temática da cidadania,..., é o carro chefe da Reforma, onde se evidencia sua dimensão política, que não se restringe apenas à proposta de uma revisão das formas de detalhamento da loucura, mas busca dar a ela outra resposta social, que supere a tradicional exclusão do louco, traduzida na aparente estigmatização e preconceito social. (DUARTE, 2010, p. 3)

3.2.3 Gênero, família e saúde mental

A cultura enraizada na nossa sociedade através do patriarcado destina a mulher o espaço privado dentro das relações sociais, delimitando o espaço da residência e do cuidado com aqueles que estão inseridas na mesma como de total responsabilidade da mulher, o homem é encarado muitas vezes como genitor e cabe a ela a ideia do espaço público.

Não está distante a relação de gênero que se estabelece através da relação que se encontra o processo de desinstitucionalização que está apoiado principalmente nas mulheres, que muitas vezes são as mães, irmãs, esposas ou filhas dos usuários portadores de transtorno mental. Há, portanto, dentro da análise realizada um trabalho que busca evidenciar e problematizar as prováveis formas de opressão que se identificam na relação das famílias, principalmente centradas na mulher através do traço cultural que rebate também no processo de desinstitucionalização. Passos, (13 CBAS/2010) Coloca uma problematização na ideia do cuidado, pontuando que no processo de desinstitucionalização e volta para casa às mulheres ocupam o papel de cuidado para aqueles que então são considerados incapazes e muitas vezes são culpabilizadas por tal questão.

Outro lado referente à questão de gênero é apresentado no Trabalho de Cibele Henriques (14 CBAS/2013), na qual relata as muitas dificuldades que as mulheres portadoras de transtorno encontram para exercer a maternidade, que se manifesta tanto no âmbito familiar quanto no âmbito institucional. Notou que muitas das mulheres que buscavam o tratamento tinham também como demanda o resgate do vínculo com seus filhos, que muitas perderam precocemente.

Embora haja a presunção da garantia de direitos para essas pessoas, sua cidadania é questionada, principalmente em relação ao exercício da maternidade/paternidade, pois a sociedade burguesa vincula o transtorno mental à periculosidade e, portanto, indagam quaisquer possibilidades de cuidado em relação aos filhos, ou seja, não acreditam que eles são capazes de educar uma criança e, até mesmo, não entendem como eles vão cuidar do outro se necessitam de cuidados. (HENRIQUES, 2013, p. 5)

As mulheres com transtorno mental acabam exercendo a maternidade de forma diferente das outras mulheres. A noção de liberdade fica submergida ao transtorno. Pautados no ideal conservador, acredita-se que para garantir uma vida saudável ao bebê a mãe precisa exercer um papel importante ditado nos padrões burgueses de cuidado. As mulheres que não são consideradas saudáveis nesse momento são afastadas, pois entende que esse processo pode vir a ser prejudicial a criança.

3.2.4 A possível desresponsabilização do Estado através da coparticipação da família

Com essa nova face da saúde mental a família é considerada partícipe do cuidado da pessoa com transtorno mental o que muitas vezes é encarada como uma grande problemática de uma possível culpabilização da família combinada com uma desresponsabilização do Estado.

Esse tema é de grande importância e surgiu nos trabalhos analisados. Pontua-se então que o cuidado do portador de transtorno mental deve ser um cuidado compartilhado pelo Estado e a família, através de uma gestão compartilhada. A família é de grande importância nesse cuidado, mas ela também precisa de apoio e, portanto, o Estado precisa ter uma participação efetiva através das suas políticas públicas e qualidade no serviço prestado.

3.2.5 Família, Interdição e Inserção

A interdição dos usuários de saúde mental é um processo que está presente no dia-a-dia do CAPS. Ser interditado considera que a pessoa possui uma incapacidade para exercer alguns atos civis. Essa questão gera um grande debate

acerca da liberdade e do respeito à cidadania, mas também muitas vezes se faz necessário.

Dentro desse tema, há um trabalho que trata sobre a interdição e o que isso implica nos direitos dos usuários. A partir da análise, Barison e Oliveira (2013) problematizam a ideia de inserção dos usuários de saúde mental que são interditados na sociedade através de atividades de lazer, cultura e social. A pesquisa aconteceu através de seis casos nas Varas de Família ou nos Juizados da Infância e Juventude e do Idoso. Concluíram que em sua maioria o dia a dia dos usuários é composto por “atividades rotineiras no mundo doméstico”.

Não encontraram nas visitas que realizaram nenhuma relação de impulsionar outras formas de inserção social. Os autores afirmam que

Apesar deste universo de interditando não estarem internados em hospitais psiquiátricos, mantêm-se o isolamento social dentro de suas próprias residências. Ousamos afirmar que os muros de concreto dos manicômios foram substituídos pelos muros simbólicos e invisíveis das cidades. Identificou-se que, o único espaço que os interditados têm acesso fora de suas respectivas famílias, é o do serviço que lhe oferece tratamento em saúde mental. (BARISON e OLIVEIRA, 2010/ 13º CBAS, p. 6).

A família aparece nesse trabalho como curador do portador de transtorno mental que através da necessidade de benefícios previdenciários precisam entrar com processo de interdição. Estabelece que a relação da família com usuário seja uma das poucas interações que o mesmo possui. A família é também parte integrante do resgate da sociabilidade afirmada e impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, mas não está colocada isoladamente, mas sim através de várias outras vertentes de inserção, como por exemplo, a comunidade.

4 CONCLUSÃO

O Serviço Social como profissão que atua dentro da política de saúde de mental possui diversos desafios tanto em relação ao ser fazer profissional como também as suas condições de trabalho.

É de grande importância estudar o tema em que envolve o cuidado da loucura na história como também estar atenta a nova configuração do sistema de saúde mental baseado na atenção psicossocial que visa entender a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos.

É dever ético central de a profissão realizar uma atuação que garanta a liberdade, que atue diretamente na defesa dos direitos humanos. Como exposto em todo o trabalho a atuação na saúde mental impõe inúmeras questões como: a garantia dos direitos que por muitos anos não era regulamentado, a compreensão de que a família enquanto participe do cuidado deve ser entendido em toda sua totalidade e ainda sim ser trabalhada através da centralidade desse cuidado que busca entender a pessoa com transtorno mental como sujeito que possui demandas e necessidades.

A partir disso é atuação do assistente social a luta pela garantia dos direitos em seu amplo aspecto, mas nesse caso principalmente a garantia à política de saúde e as demais políticas sociais, como a previdência social e a assistência social.

Pode-se concluir que a relação da família e a saúde mental experimentam diferentes lugares em determinados contextos históricos, deixando de ocupar um local de distanciamento para conquistar um espaço de luta para defesa dos direitos do portador de transtorno mental. Identifico que o Serviço Social como profissão participe da equipe multidisciplinar do sistema de atenção psicossocial traz à tona a grande importância de atuar no processo de afastamento total de uma ação que prevaleça o isolamento e estar buscando cada vez mais ocupar espaços que buscam fortalecer a cidadania.

Através da análise realizada a partir dos artigos apresentados no 13º CBAS/2010 e no 14º CBAS/2013 notou-se que o tema “família e loucura” possuem poucos trabalhos que fazem referência direta a ele. Pode-se dizer que há, no entanto, uma expressiva aparição desse tema dentro dos outros trabalhos que tem como base a saúde mental. É notável que a família seja parte integrante desse modelo reformado, aparecendo, portanto, constantemente durante o fazer

profissional do assistente social dentro do CAPS já que ela acaba muitas vezes adoecendo junto com seu parente.

O transtorno mental aparece de primeira como algo desconhecido que gera uma união de medos, preconceitos, tutela do usuário. É preciso que haja um atendimento que possa dar apoio e orientação a partir do reconhecimento do usuário em sua totalidade, tanto na sua individualidade, quanto até mesmo no conhecimento da dinâmica familiar e social que está inserido.

O Serviço Social como profissão que busca a garantia de direitos tem um grande papel nessa relação buscando orientar a família acerca dos direitos sociais e previdenciários que poderá acontecer desde a orientação para tirar um documento até mesmo à obtenção do Benefício de Prestação Continuada que muitas vezes se coloca como parte importante para sobrevivência do mesmo.

Por fim acho de grande importância pensar a pessoa com transtorno mental para além da política de saúde, ou seja, é de direito e de grande importância para garantia da cidadania que a pessoa com transtorno mental e sua família estejam em todos âmbitos das políticas públicas e é de grande importância que haja um conhecimento das suas questões e necessidades. Junto disso e remetendo diretamente o código de ética profissional é necessário que além de ter uma atuação que pressupõe a superação do estigma e preconceito que haja também um trabalho de conscientização do mesmo. É preciso, por mais retórico que seja, identificar o usuário e sua família em sua totalidade para além do viés da “loucura”, mas todo o contexto social e cultural em que o mesmo está inserido, compreendendo e buscando identificar e atuar contra situações que remetem a sua exclusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. Por uma análise política das instituições. Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.

ALMEIDA, Edileuza Bezerra de. O serviço social face à política de saúde mental no hospital João Machado (HJM) 14º CBAS/2013.

AMARANTE, Paulo (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Ed FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

ANDRADE, Márcia Schmidt. Democratização no Hospital Psiquiátrico Um Estudo da Colônia Juliano Moreira nos Anos 80. (Tese de Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina-1992.

ARAÚJO, Alecsonia Pereira; OLIVEIRA, Rochele Sidartha Pinheiro; CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau; MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales; COSTA, Cibelly Michalane O. dos Santos; MEDEIROS, Kátiusca Torres; FRANÇA, Merilin Carneiro. Álcool e tratamento: um estudo realizado no CAPS AD em Campina Grande/PB. 14º CBAS/2013.

BANDEIRA, Marina. Desinstitucionalização: Importância da estrutura comunitária de saúde mental-In: Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro, 1994.

BARISON, Monica Santos e DE OLIVEIRA, Joanna Mota Santos. Direito e cidadania: os impactos da interdição civil no cotidiano de vida dos portadores de transtornos mentais. 13º CBAS, 2010. Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda

BEZERRA, JR.B. De médico, louco e de todo mundo um campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80`.In: Guimarães e Tavares, Saúde e sociedade no Brasil anos 80.Rio de Janeiro, Relume Dumara, 1994.

BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde mental: Uma análise social da prática. Rio de Janeiro, Editora Cortez, 2007.

CABRAL, Ingrid de Assis Camilo e RODRIGUES, Valeska Quintanilha Arena. "ROMPENDO A CORTINA DE FUMAÇA": o serviço social no Capsad – Resende1. 14º CBAS, 2013.

CASTRO, Magali Sampaio; MELO, Tânia Maria Ferreira da Silva; ALVES, Tahiana Meneses, LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas, DOS SANTOS, Walquíria

CORRÊA, Ivânia Nazaré. Gestão em saúde mental do centro de atenção psicossocial Caps Dr. Silvério Tundis em Manaus/AM. 13º CBAS, 2010. Instituição: Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania

COSTA, Natasha e GONÇALVES, Pollyane Colaço. Produção monográfica sobre a prática do assistente social na saúde mental do piauí. 13º cbas, 2010. Instituição: Universidade Federal do Piauí

DRAVANZ, Glória Maria Gomes e HEIDRICH, Andréa Valente. O exercício profissional do serviço social no caps escola: Para além da dicotomia teoria X prática. 13º CBAS, 2010. Instituição: Universidade Católica de Pelotas

DUARTE, Marco José de Oliveira e ALENCAR, Mônica. Família & Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas. Loucura e Família: (Re) Pensando o Ethos da Produção de Cuidado. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2010.

DUARTE, Marco José de Oliveira. CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL: Apontamentos para o trabalho profissional. 13º CBAS, 2010. Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DUARTE, Marco José de Oliveira. Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos: Implicações éticas e políticas em tempo de internações compulsórias. 14º CBAS/2013.

DUARTE, Ronaldo Alves. O caps como espaço sócioocupacional do assistente social: desafios para um novo tempo. 13º CBAS, 2010. Instituição: Faculdade Divinópolis

FALEIROS, Vicente de Paula. Saber Profissional e Poder Institucional (p.45- p. 70). 3ª ed. – São Paulo: Cortez, 1991.

FORTI, Valeria Lucília e BEIRAL, Thaís Cassiano. Desinstitucionalização, por quê e pra quê? 14º CBAS/2013.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

GOMES, Reges Chagas. (Des) caminhos do trabalho em grupo. In: IAMAMOTO, Marilda Vilela *et al.* Metodologias e técnicas do Serviço Social. Brasília: Sesi –DN, 1996. p. 31-41.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva. O trabalho do serviço social no campo da saúde mental na emergência de um hospital psiquiátrico no município do rio de janeiro. 13º CBAS, 2010. Instituição: Pontifícia Universidade Católica Do Rio de Janeiro

GOULART, Daniela Cristina Soares Goulart, SOARES, Ana Cristina Nassif. **DEPENDÊNCIA DE DROGAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS: interfaces com as políticas públicas intersetoriais.** 14º CBAS, 2013.

HENRIQUES, Cibele da Silva. **Serviço Social e Saúde Mental: estudo do processo de maternagem das mulheres com transtorno mental.** 14º CBAS/2013.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo. Editora Escrituras, 2001

NASCIMENTO, Francielly Adão e GARCIA, Maria Lúvia Teixeira. **fórum de saúde mental e a questão do uso indevido de drogas: um pouco de demandas, pautas e debates.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima e DA COSTA, Liduina Farias Almeida. **Apoio matricial em saúde mental: a percepção dos profissionais.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Universidade Estadual DO Ceará

NOVAIS, Liliâne Capilé Charbel, SIMON, Soraya Danniza Barbosa Miter **Reforma Psiquiátrica e sua interface com as Políticas Públicas.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso.

OLIVEIRA, Carolina Alves de. **DIREITOS SOCIAIS E SAÚDE MENTAL: uma análise a partir da concreticidade da questão.** 14º CBAS/2013.

OLIVEIRA, Juliene Aglio de e DE CARLOS, Maria Carolina Carvalho. **Saúde mental no Brasil e seus rebatimentos para o serviço social: o paradigma da desinstitucionalização.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente, Pontifca Universidade Católica de São Paulo

OLIVEIRA, Maíra Pereira de. **A atuação do serviço social no campo da saúde mental.** 14º CBAS/2013.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“De quem é a responsabilidade do cuidado?” O papel da mulher no processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Prefeitura de São Paulo secretaria de Habitação

PASSOS, Rachel Gouveia. **E o Cuidado na Saúde Mental, como anda? O Processo de Desinstitucionalização no Município do Rio de Janeiro: uma avaliação da implantação dos CAPS no período de 20022007.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Prefeitura de São Paulo Secretaria de Habitação

PATRIOTA, Lucia Maria; LIMA, Gerbson da Silva e SILVA, Mayara Duarte. **SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: o que pensam e sabem alunos concluintes do curso de serviço social da UEPB.** 13º CBAS, 2010. Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

PEREIRA, Eliane Tozato e BRANCO, Nicéia Maria Malheiros Castelo. O serviço social no centro de atenção psicossocial caps: desafios e possibilidades na consolidação da Atenção Psicossocial. 13º CBAS, 2010. Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória Es

PEREIRA, Jaira Alana Claro. Intervenções e competências profissionais postas ao serviço social na saúde mental: Um estudo nos Centros de Atenção Psicossociais. 14º CBAS/2013.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa e GUIMARÃES, Simone de Jesus. Os processos de trabalho do assistente social na saúde mental. 14º CBAS/2013.

PINHO, Terezinha Medeiros e SILVA, Maria José. Atuação de serviço social: desafio e possibilidade para efetivação de direito junto a equipe multiprofissional no centro atenção psicossocial caps do município de Mairiporã, SP. 14º CBAS/2013

PSCHISKY, Camilla de Oliveira Marné. Saúde mental indígena e serviço social: Sistematização da Prática Profissional. 13º CBAS, 2010. Instituição: Fundação Nacional de Saúde

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental. 13º CBAS, 2010. Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

QUEIROZ, Valéria Derbórtoli de Carvalho. As contribuições do serviço social para a saúde mental e a atenção primária em saúde. 14º CBAS/2013.

REBOLI, Karla Garcia e DE ABREU, Deivid. Participação na saúde mental: A trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Mental. 14º CBAS/2013.

ROSA, Lúcia. Transtorno Mental e o Cuidado na Família. Rio de Janeiro. Editora Cortez, 2012.

ROSEN, George. Locura y sociedad. Sociologia histórica de la enfermedad mental. Alianza Universidad, Madrid, 1974.

SARACENO, Benedetto. Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. Editora Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 1999.

SENA, Fernanda Silva de; SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; COSTA, Maria Carolina de Souza. Grupo de Família: A experiência do serviço social no centro de atenção psicossocial CAPS II – Cais do município de Angra dos Reis – RJ. 13º CBAS, 2010.

SIMON, Soraya Danniza Barbosa Miter. Direitos humanos e seu papel na construção da política de saúde mental. 13º CBAS, 2010 Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso.

WIESE e DOS SANTOS, Michelly Laurita e Rosemeire. A centralidade da família nas políticas sociais da assistência social e saúde: A relevância no debate para o Serviço Social. PUC- SP, São Paulo, [s/d].

HEMEROGRAFIA

As formas históricas de abordagem da loucura até a vida do século XIX. Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009. https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056_3.PDF. Acesso em 20 de setembro de 2020.

Brasil, Lei 8662, de 7 de junho de 1993. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8662.htm. Acesso em 20 de novembro de 2020.

Brasil, Lei nº 10.217 de 06 de maio de 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm Acesso em 20 de novembro de 2020.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2020.

Ministério da Previdência Social: Auxílio Doença. Disponível em <http://image.slidesharecdn.com/auxliodoena-111013105822-phpapp02/95/slide-1-728.jpg?cb=1318521544> Acesso em 20 de setembro de 2020.

Ministério da Saúde. Diretrizes da Saúde mental. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasadepsicossocial>. Acesso em 20 de novembro de 2020.

Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2020.

Wiese, Michelly Laurita e SANTOS, Rosimere dos. A Centralidade da família nas políticas sociais da assistência social e saúde: A relevância no debate para o serviço social. Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (s/d). Disponível em <https://www.cibs.cbciss.org/arquivos/A%20CENTRALIDADE%20DA%20FAMILIA%20NAS%20POLITICAS%20SOCIAIS%20DA%20ASSITENCIA%20SOCIAL%20E%20SAUDE.pdf>. Acesso em 04 de setembro de 2020.