



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

**A Intervenção nos grupos de família e o Serviço Social: um estudo
exploratório no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba**

Praia Vermelha

FEVEREIRO de 2016

Jaqueline Silva dos Santos

A Intervenção nos grupos de família e o Serviço Social: um estudo exploratório no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariléia Franco Marinho Inoue

Praia Vermelha

Fevereiro de 2016

Autor:

Jaqueline Silva dos Santos

Orientadora:

Prof^a Dr^a Mariléia Franco Marinho Inoue

Examinadores:

Prof. Dr. José Augusto Vaz Sampaio Bisneto

Prof. Dr. Erialdo Matias Nicácio

Rio de Janeiro, 2016.

Dedico este trabalho de forma especial aos meus pais, irmã e amigos que me incentivaram, sem medir esforços, a não desistir e conquistar mais um objetivo.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que está sempre guiando meus caminhos, à frente das minhas conquistas e me reservando o que há de melhor.

A meu pai, Luis, que nunca mediu esforços para me ajudar nos estudos, que em sua imensa sabedoria me ensinou a ser um ser humano melhor e a acreditar nos meus objetivos.

A minha mãe, Eliete, pelo amor, esforço, confiança e esperança quando eu mais precisei.

A minha irmã, Ana Lu, pois sempre estive ao meu lado para me ouvir.

A minha tia, Maria da Luz, mulher dedicada, perseverante, batalhadora, que apesar de todas as dificuldades conquistou duas graduações e que sempre me incentivou a continuar na caminhada da graduação de serviço social. Obrigada por ter acreditado em minha capacidade, me encorajando e sempre ligando para saber como estava a faculdade. A senhora será sempre um exemplo para mim.

Aos amigos que fiz na ESS, principalmente, Thaís, Sara, Greice, Vanessa e Evanir por fazerem parte dessa trajetória.

As minhas supervisoras de campo, Beatriz, Anne e Delma, pelos seus ensinamentos.

Aos usuários da saúde mental com os quais convivi e que me ensinaram a ter uma nova visão sobre o que parece ser diferente.

Aos amigos, Eliane e Adriano, que mesmo longe se fizeram presentes todas as vezes que era necessário.

Ao amigo, Thiago Jambo - “meu filosofo preferido”, por ter me proporcionado intermináveis debates e discussões sobre filosofia e política. Você foi fundamental para que eu tivesse uma nova visão da sociedade.

Ao mestre, Rodrigo Nogueira, pelas simples e essenciais palavras de encorajamento e apoio “Eu acredito em você!!! Toda vida”. Elas ficaram eternamente em minha memória, continuarão a me ajudar a não desanimar na minha caminhada.

A todos os professores que contribuíram para a conclusão de mais uma jornada, em especial, Márcia Borges (*In memoria*), que tanto me ensinou.

Obrigado a cada um de vocês, esse é o termino de um objetivo e o começo de novos sonhos.

“Se soubesse que o mundo se desintegraria amanhã, ainda assim plantaria a minha macieira. O que me assusta não é a violência de poucos, mas a omissão de muitos. Temos aprendido a voar como os pássaros, a nadar como os peixes, mas não aprendemos a sensível arte de viver como irmãos”.

Martin Luther King

“Vontade todo mundo tem, mas o esforço para alcançar é outra história.”

Antônio Rodrigo Nogueira

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso buscou compreender as dificuldades e implicações para a atuação do Serviço social nos grupos de família no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, sob a visão da inclusão dos familiares no projeto terapêutico. Para tanto aliou-se a pesquisa bibliográfica sobre este tema e se tentou entrevistas com Assistentes Sociais. No entanto, devido a instabilidade promovida pela terceirização não foi possível encontrar Assistentes Sociais dentro da proposta de grupos operacionais. Por essa razão, fizemos um estudo exploratório com dois profissionais participantes dos grupos de famílias. A pesquisa versa sobre os avanços do movimento de saúde e a luta antimanicomial, o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a inserção dos assistentes sociais trabalhando a relação da família e a pessoa com transtorno mental, a partir de trabalho com grupos de família. Concluiu-se que o Serviço Social tem sido prejudicado, na atual conjuntura, pelo processo de precarização do trabalho, com terceirizações que impedem um trabalho sistematizado, ou mesmo, pelo excesso de demanda de priorizar esta modalidade de atendimento, uma vez que não existe a perspectiva de continuidade. No caso desta pesquisa percebeu-se que o Assistente Social foi substituído por um profissional do quadro, porém de uma profissão sem nenhuma afinidade formativa com o trabalho em grupo, embora da área de saúde. A falta de experiência e qualificação distorce a proposta do ponto de vista teórico-metodológico, tornando esse atendimento a familiares um momento de informação, sem objetivo definido.

Palavras-chaves: Grupos de família, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Serviço Social, Reforma Psiquiátrica, Política Nacional de Humanização

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COI	Centros de Orientação Infantil
COJ	Centros de Orientação Juvenil
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESEHA	Escola Superior de Ensino Helena Antipoff
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
HPJ	Hospital Psiquiátrico de Juruçuba
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PNA SH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PNS	Plano Nacional de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIAC	Serviço de Internação para Adolescentes e Crianças
SIAF	Serviço de Internação de Agudos Feminina
SILP	Serviço de Internação de Longa Permanência

SIM	Serviço de Internação Masculina
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OS AVANÇOS DO MOVIMENTO DE SAÚDE E A LUTA ANTIMANICOMIAL	14
2.1. Apontamentos sobre a história da saúde no Brasil da década de 40 a proposta do SUS.....	14
2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	18
2.3. O Serviço Social na Saúde Mental.....	25
3. A APLICAÇÃO DOS GRUPOS COM FAMILIARES EM SERVIÇO SOCIAL	30
3.1. Brevíssima colocação sobre a perspectiva educativa e a técnica de inserção em grupos na saúde mental	33
3.2. GRUPO FOCAL	37
3.3. GRUPO TERÂPEUTICO.....	39
3.4. GRUPO OPERATIVO.....	40
4. APLICAÇÃO DA PESQUISA	42
4.1. Passos Metodológicos.....	42
4.2. Local e sujeitos do Estudo.....	43
4.3. Fases do Estudo.....	44
4.4. Instrumentos e de Coleta de Dados.....	45
4.5. Universo pesquisado.....	46
4.6. Análises de Dados.....	49
4.7. Análise das Entrevistas.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	68

1.INTRODUÇÃO

Cabe ressaltar que o debate sobre esta temática é de grande importância para os estudantes de Serviço Social, porque o trabalho com saúde mental tem dificuldades e implicações específicas na intervenção dos assistentes sociais perpassa nossa futura prática profissional, onde devemos ter um trabalho profissional baseado no compromisso ético.

O interesse por esse tema surgiu após a realização do estágio supervisionado I e II no HPJ, durante agosto de 2012 a maio de 2013. Dentre as diversas demandas atendidas pelo Serviço Social na instituição o grupo de família trouxe diversas inquietações como: o objetivo do grupo; tipo de grupo desenvolvido; sua importância no tratamento terapêutico; o trabalho do assistente social no grupo.

Foi através desses questionamentos que o interesse por essa temática, grupos de família, tornou-se objeto de estudo deste Trabalho de Conclusão de Curso.

O objetivo geral do trabalho era investigar as dificuldades e implicações dos assistentes sociais nos cinco grupos de família do Hospital Psiquiátrico Jurujuba, localizado no bairro de Charitas no município de Niterói., sob a visão da inclusão da família no projeto terapêutico. Além disso, objetivávamos também aprofundar o conhecimento dos estudantes de serviço social na área de saúde mental, junto a grupos de família e contribuir para dar visibilidade a esses grupos sociais e suas demandas. Depois dos trâmites burocráticos tivemos acesso somente a dois serviços, sendo que um está suspenso, porém somente está funcionando o grupo da ala masculina e apenas com a coordenação da terapeuta ocupacional, pois a assistente social que coordenava este grupo, contando com a ajuda da enfermagem e da terapia ocupacional. A assistente Social também

coordenava os demais grupos existentes e foi mandada embora, porque era contratada. Devido ao concurso público os funcionários que passaram estão substituindo os que estavam contratados temporariamente.

Dentre os vários recursos que uma pesquisa possibilita ao pesquisador, foi utilizada para a construção deste trabalho inicialmente a pesquisa bibliográfica e documental que possibilitaria o conhecimento do que foi produzido sobre o trabalho nos grupos de família e especificamente o trabalho dos assistentes sociais. Como já dito o trabalho de campo previa entrevistas junto aos coordenadores dos grupos de família, que seriam assistentes sociais, para avaliar suas intervenções nos grupos. Não foi possível o acesso a nenhum assistente social, porém definimos que qualquer profissional que estivesse assumindo esta função poderia trazer as informações que buscávamos, caso algum grupo estivesse funcionando. A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre de 2015.

Desta forma, entrevistamos dois profissionais, cujas identidades serão resguardadas aqui pelas letras “X”, profissão “Y” e “Z”, profissão “W”, nenhum dos dois assistentes sociais. Desta forma obtivemos as possíveis respostas, que explicam a razão da desestruturação dos grupos que existiam ao longo de 2013, conforme pode ser visto no capítulo destinado a discutir a pesquisa.

Esta monografia está distribuído da seguinte maneira: no capítulo 1. Introduziremos a discussão da temática; no capítulo 2 discutiremos a reforma psiquiátrica no Brasil, inserindo nela o Serviço Social; no capítulo 3 abordaremos a aplicação dos grupos com familiares em serviço social; no capítulo 4 discorreremos sobre a pesquisa e faremos exposição para análise qualitativa. Finalmente, faremos as conclusões possíveis dentro deste Trabalho de Conclusão de Curso.

2.OS AVANÇOS DO MOVIMENTO DE SAÚDE E A LUTA ANTIMANICOMIAL

2.1.Apontamentos sobre a história da saúde no Brasil da década de 40 a proposta do SUS.

Escorel e Teixeira (2012) afirmam que foi a partir dos anos 40, no Brasil durante o governo Dutra, que no âmbito da saúde pública, as críticas ao modelo centralizado e autoritário ganha força e surgem as ideias de diferentes projetos políticos e de saúde, entre eles o da criação de um Ministério de saúde que se concretizou em 1953.

A partir da década de 1940 o Estado é chamado a atuar nas implicações da vida dos cidadãos, com isto a previdência social adotou o modelo de seguridade social, incorporando a assistência-médico hospitalar como uma atribuição da previdência, garantida na constituição de 1945. Nos três anos subsequentes os custos elevaram-se e as despesas já não iam de encontro com a solução dos problemas, o que gerou uma crise financeira da previdência.

Com a saída de Dutra do governo e o retorno de Getúlio Vargas, surge e vai tomando forma o pensamento sanitaria desenvolvimentista com a visão de que a saúde da população tem ligação direta com o desenvolvimento econômico de seu país. O grande marco do segundo período do governo Vargas (1951-1954) foi à criação do ministério da Saúde, autônomo. No entanto o governo não demonstrou uma postura preocupada a atender as demandas da saúde pública.

Apesar da crise na previdência social houve crescentes conquistas para os segurados dos IAPs e CAPs que passaram a ter garantido benefícios na assistência médica, o que em 1954 se consolidou com a aprovação do Regulamento geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Em meados da década de 1950, após fortes pressões da oposição e suicídio de Vargas, Juscelino Kubitschek o sucede em 1956 baseado no desenvolvimentismo. No mesmo ano, dentro do ministério da Saúde, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), cujo objetivo era unificar, sob uma coordenação, os cerca de 15 órgãos envolvidos no combate, no controle ou na erradicação de doenças específicas. O que logo se percebeu é que essa unificação não deu certo, pois as ações na saúde pública davam-se sem o conhecimento entre os diferentes órgãos. Não havia uma estratégia para o desenvolvimento das ações. Todos os órgãos desenvolviam suas ações independentemente. (Escorel e Teixeira, 2012)

No âmbito da política de saúde, no período do governo de Juscelino Kubitschek¹, ficou clara a intenção do estado em seguir com o discurso do desenvolvimento do país, enquanto as políticas sociais voltavam ao patamar de apenas complementares do sistema privado.

“a repressão contra as classes subalternas - a qual servia aos interesses do grande capital, garantindo uma superexploração da força de trabalho – impediu manifestações organizadas dos trabalhadores em favor dos seus direitos. Dessa forma, a política previdenciária mas também as políticas sociais em geral foram utilizadas como moeda de troca: a extensão de alguns direitos sociais tinham como objetivo buscar legitimidade para um regime essencialmente coercitivo [...] Em meados da década de 1970, pode-se dizer que o conjunto de trabalhadores inseridos no mercado informal de trabalho estava vinculado de algum modo ao sistema previdenciário. Mais uma vez, repete-se um antigo traço da história brasileira: ainda que algumas reivindicações das classes subalternas sejam incorporadas ao projeto de poder das classes dominantes, as modificações políticas, sociais e econômicas ocorrem sem a participação efetiva dessas classes subalternas”. (TEIXEIRA, 1995, p. 51-52)

¹ Ao final do mandato de Juscelino Kubitschek, diante da diferença entre as categorias profissionais, é aprovada em 26 de agosto de 1960 - a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), após 14 anos de tramitação no Congresso Nacional com a proposta de uniformizar as contribuições e incorporar todos os trabalhadores urbanos. Vale lembrar que os trabalhadores rurais e pobres foram excluídos e ficaram a mercê das instituições públicas, privadas ou filantrópicas.

Durante a ditadura militar a saúde da população no Brasil tornou-se cada vez mais decadente, pois as políticas de saúde tornaram ineficientes as demandas da população, demonstrando a precariedade de recursos. Em 1967, é realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tomava para si, o mesmo caráter técnico das CNS anteriores. Nesse sentido, é em 1968, que surge a proposta de privatizar os hospitais públicos e desvincular o dever do estado na prestação desse serviço. Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) o financiamento dos serviços privados deveria ser pago pelo estado, porém junto com os próprios usuários do serviço.

Fazendo-se uma retrospectiva percebe-se que no final da década de 60 e início da década de 70, surge o discurso preventista no Brasil. Segundo Escorel (2009), o pensamento de transformação do sistema de saúde foi incorporado nos departamentos de Medicina Preventivista (DMP), dentro das faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968. Movimento que foi impulsionado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A proposta da OPAS era de um modelo de medicina comunitária voltado a população mais pobre. O programa contava com a ajuda da própria comunidade na realização das ações. Além de apontarem o baixo custo, eles difundiram a ideia de inserção das ciências sociais junto aos problemas de saúde.

A crise econômica se aprofundou e a partir da transição dos anos 70 para 80, o crescimento das desigualdades sociais refletiu na mobilização política. Nesse momento, com a proposta de reorganização dos serviços, pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira:

“um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção”. (ESCOREL, 1999, apud GIOVANNA, MENDONÇA, 2009, p.599).

O Movimento sanitário conseguiu avançar em suas propostas frente à oposição ao setor privado e reforçar o caráter público dos serviços. O marco desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, que teve como principais temas de discussão a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. É importante lembrar que na Conferência também foi levantada a bandeira da Reforma Sanitária. O movimento visava democratizar os serviços, romper com o privilégio do setor privado, fortalecer o setor público e conscientizar a população que a saúde era um direito de todos e dever do Estado. A conferência contribuiu para elaboração do artigo 196 e reformulação da Constituição Federal.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(Constituição Federativa de 1988, art, 196).

A partir da promulgação da Constituição de 1988, as diretrizes para reorganização do sistema resultaram na criação no Sistema único de Saúde (SUS). O novo modelo de sistema implantado introduziu mudanças significativas na saúde “... com o princípio do universalismo para as ações de saúde; com a descentralização municipalizante; com um novo formato organizativo para os serviços de saúde sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização” (COHN, 2009, p.3)

Como vimos, entre os períodos da década de 40 até a criação do SUS, através da Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, como efetivação da visão universal de “direito de todos” e “dever do Estado”, regulado pela Lei nº. 8.080/1990, para o atendimento público da saúde. Embora tenham ocorrido

diversas mudanças no campo da saúde ainda existe um caminho a ser trilhado para efetivar a saúde nos ditames constitucionais.

No contexto da saúde geral está a reforma psiquiátrica, cuja história e especificidades veremos no item a seguir.

2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil tem início na década de 70, mesmo período do Movimento de Reforma sanitária, sob a influência de outros países como França, Canadá, Estados Unidos e Itália, países que influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com especificidades peculiares, as quais vale a pena ressaltar.

Nesse sentido, voltamos ao período pós-segunda guerra mundial para refletir sobre os processos de mudança no aspecto da vida cotidiana dos pacientes psiquiátricos, pois nesse período a psiquiatria também fez um movimento de reflexão e questionamento sobre suas práticas. Dentro de tal perspectiva, surgem diferentes correntes de pensamento sobre a reforma psiquiátrica: “Essas se diferenciam em seus conceitos, suas práticas e abordagens, porém com alguns pontos em comum” (AMARANTE, 2003, p.26).

A fim de compreender a influência dessas experiências de reforma psiquiátricas no caso brasileiro serão apontados três grupos, seguindo a proposta de Amarante. São eles: Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva) e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

No primeiro grupo temos a Comunidade Terapêutica, cuja proposta era marcada pela ideia de transformação dentro do próprio hospital psiquiátrico. Essa

experiência colocava em questão para a sociedade as formas desumanas como os pacientes internados eram tratados.

Diante do contexto pós-guerra, as sequelas psicológicas, sociais e econômicas afetaram diretamente um contingente de homens. A sociedade europeia, no cenário de reconstrução não aceitava práticas que fossem contra os direitos humanos. Dessa forma, a prática asilar foi condenada pela própria população. Havia uma expectativa de incorporação da população antes considerada como improdutiva como uma possível mão-de-obra no mercado de trabalho. Assim, a proposta da comunidade terapêutica visava mudar a dinâmica no âmbito asilar propondo práticas com o envolvimento coletivos e participativo de profissionais e usuários.

A Psicoterapia Institucional também incorporou a ideia da participação dos pacientes e a reformulação da dinâmica institucional dentro dos hospitais. Suas práticas ganharam notoriedade e foram incorporadas por vários hospitais franceses, visto que havia

“um questionamento da segregação na instituição psiquiátrica, críticas ao poder do médico e à verticalidade das relações intra-institucionais. Como já falamos, a experiência de Saint-Alban tinha, em sua origem, o questionamento ao autoritarismo, à exclusão e à violência na sociedade. Buscava então romper com a verticalização e o controle autoritário no hospital e não admitia a possibilidade da existência de situações de violência e segregação”. (AMARANTE, 2003, p.35)

Tanto a Psicoterapia Institucional como a comunidade terapêutica trabalhavam priorizando a reforma do hospital.

No segundo grupo temos como primeiro ponto a Psiquiatria na comunidade, cuja corrente de pensamento questionava a prática da psiquiatria dentro do âmbito asilar e propunha que o tratamento no local de vivência do paciente. Essa proposta incorpora a visão que o hospital seria uma fase do tratamento e não a única alternativa.

Com a proposta de tratamento nos locais onde os usuários viviam, os hospitais passaram a ter divisões por setores. Se o paciente morava no Setor A de sua cidade, dentro do hospital ele faria parte do setor A e seria atendido pela equipe referente aquele setor. A intenção era de preservar, mesmo dentro da instituição, o meio social no qual o indivíduo estava inserido “uma relação de convivência entre o tratamento no setor e o tratamento hospitalar” (AMARANTE, 2003, p.44)

Temos também a Psiquiatria comunitária ou Preventiva que surgiu nos Estados Unidos, na década de 60. Ela considerava que seria possível, não apenas, tratar as doenças como preveni-las. Desse modo, as metas passaram a girar em torno da saúde mental comunitária, sob a visão do cuidado como forma de prevenção. É nesse momento que surge à inserção das equipes multidisciplinares e a articulação de outros setores ao Centro de Saúde mental comunitária.

Como vemos no segundo grupo, ambas as propostas de reforma, atuavam na visão do cuidado fora do hospital e dentro das comunidades.

No terceiro grupo como primeiro ponto destacamos a antipsiquiatria. Ela surgiu por volta do final dos anos 50 e início dos anos 60. Segundo Amarante

“A Antipsiquiatria teve como origem a psicoterapia institucional, que tentou reformar os manicômios e transformar as relações entre os que prestavam e os que recebiam cuidados. Porém, não se limitou a melhorias nas instituições psiquiátricas; pretendia extinguir e eliminar a própria idéia de doença mental” (AMARANTE,2003, p.60)

Nessa perspectiva, a família entra como uma categoria central para a compreensão da loucura. “A loucura de um membro da família não poderia ser abordada como fato isolado, mas como reflexo de uma estrutura familiar” (AMARANTE, 2003, p.61). Tal experiência teve um papel importante para a área de saúde mental, ao questionar os princípios e métodos do saber psiquiátrico.

Finalmente, no segundo ponto, do terceiro grupo, temos a Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como Psiquiatria Democrática Italiana, que foi, segundo Rotelli & Amarante (1992), a que mais influenciou o Brasil. Surge na década de 70, tendo como idealizador Franco Basaglia, que propôs interferir no plano da cultura para mudar a forma de pensar e lidar com a pessoa com transtorno mental. Essa experiência de reforma foi contra a ideia de isolar o indivíduo do convívio social. Criticando as propostas da estrutura manicomial voltadas para a instituição psiquiátrica como “local de tratamento”. Propunha-se a construção de novas estratégias para lidar com a doença mental. A psiquiatria Democrática teve como princípio norteador a desinstitucionalização:

“Centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental, e do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social” (VASCONCELOS,1997, pág.135).

Entendendo que tal conceito não deve ser compreendido apenas como um sinônimo de “desospitalização”, o que se deve levar em consideração aqui é que a proposta da Reforma Psiquiátrica traz consigo um pensamento que vai muito além do simples fechamento dos hospitais psiquiátricos e do processo de transinstitucionalização do paciente. O movimento é de repensar os conceitos e práticas, questionar as instituições e os saberes, compreendendo que a loucura, enquanto fenômeno social, não pode ser reduzida só ao conceito de doença mental (próprio do estar doente), mas pensar sua relação com o processo de estar institucionalizado.

Como já dito a Reforma Psiquiátrica Italiana questionou a institucionalização e suas práticas², influenciando o Brasil e outros países. Na Itália, como fruto da repercussão desta Reforma foi aprovada a Lei Basaglia, em maio de 1978, que visava à proibição da construção de novos manicômios ou a reativação dos antigos; substituindo a legislação de 1904. O movimento chega ao Brasil junto com os ares da democracia, após um longo período de repressão militar, quando ressurgem os movimentos sociais; frutos da insatisfação popular e da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. O ano de 1978 é o ano que se iniciam os movimentos de luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, surgindo no cenário nacional O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que buscou a transformação da política de saúde mental e denunciou o atendimento desumano dos hospitais psiquiátricos.

No ano de 1987 passam a surgir os primeiros eventos e encontros para discutir às propostas e ações de redirecionamento das políticas de assistência psiquiátrica no Brasil. Como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, também conhecido como “Congresso da Abertura”, que foi um dos encontros que resultou no apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ao projeto político do MSTM. O II Congresso Nacional do MSTM, em Bauru-SP, que adotou o lema “Por uma

².Para fins deste texto, está se referindo as antigas práticas institucionais dos hospícios e manicômios. A qual não aprofundará por não ser a temática do trabalho. Sobre essa discussão exemplificaremos conforme proposto no prefácio do livro “Holocausto Brasileiro” de Daniela Arbex que retrata o manicômio Colônia, na cidade mineira de Barbacena. “[...] Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas [...] Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. [...] Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes de manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida”.

sociedade sem manicômios” que remete à conquista dos direitos de cidadania e a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, onde surge a Luta antimanicomial.

No ano de 1989, dá em entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei 3.657 do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. É o marco das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no âmbito jurídico legal. Esse projeto de lei acabou por receber diferentes posicionamentos contra e a seu favor. O que desencadeou em diversas discussões.

Durante a década de 90, período de tramitação do Projeto de lei Paulo Delgado, no Congresso os movimentos sociais passam a discutir e criar instrumentos legais, como a Lei 9.716, que determinava a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Nesse momento os estados começam a normatizar essa lei, que acabou por reforçar o projeto de lei inicial. Neste mesmo período, dois eventos tiveram grande relevância a Conferência de Caracas e a II Conferencia Nacional de Saúde Mental, no Brasil. A partir deles firma-se as normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

E no ano de 2001, a Lei Paulo Delgado é aprovada no Brasil, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Mesmo sofrendo alterações desde o projeto inicial, a Lei 10. 216 manteve a intenção do movimento antimanicomial, que em sincronia com a política de Saúde Mental avança na busca por priorizar a melhoria da rede de serviços comunitários e a transformação cultural da sociedade com relação ao doente mental.

Como consta no artigo 3º da Lei 10.216:

“É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais’ (Lei n. 10.216 – De 6/4/2001 (DOU 9/4/2001))

Frente os avanços no processo de desinstitucionalização no Brasil, baseados na instituição de um modelo de tratamento ligado a atenção comunitária e voltada a redução gradual de leitos hospitalares, pelo Ministério da Saúde. Instaura-se “o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) - primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil, instituído em 2002” (Ministério da Saúde, 2007, p. 25). O programa contribuiu para o controle na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos junto à articulação dos setores da Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Controle e Avaliação.

Em 2003, é criado o Programa “De Volta para casa”. Como consta na Lei 10.708, parágrafo único, “O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde” (Lei n. 10.708 – De 31/7/2003 (DOU 1/8/2003)). Ele é um auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes que tem história de longa internação hospitalar por razões psiquiátricas. O paciente ou representante legal recebe o valor de quatrocentos e doze reais mensalmente pelo período de um ano. O mesmo pode ser renovado caso haja confirmação médica sobre a necessidade.

À medida que tais mecanismos configuram-se através de programas, leis e benefícios, as transformações implicadas pela reforma psiquiátrica vão tomando

forma e é sob esse olhar de novas práticas que visa-se resgatar a cidadania dos usuários da saúde mental.

2.3. O Serviço Social na Saúde Mental

Segundo Bisneto (2013) nos Estados Unidos, o serviço social na saúde mental surge pouco depois de 1905. Lá o serviço social apresentava-se dividido por campos, na saúde mental e ficou conhecido como serviço social Psiquiátrico. A atuação dos profissionais nesse período, dentro do campo psiquiátrico, era ligada ao atendimento clínico, voltado para o reajustamento do indivíduo e a prevenção de situações que levavam ao “desajuste”. Nesse sentido, eram chamados a trabalhar realizando funções que não condiziam ao assistente social, pois mesmo a sua formação teria um forte componente ligado a Psicologia e a Psiquiatria.

Chegada à primeira guerra mundial cresce o número de pessoas que, fragilizadas com as situações enfrentadas na guerra, necessitam de atendimento psicológico para lidar e compreender tal situação. Dessa forma o serviço social amplia-se atuando não só no atendimento de casos de pacientes psiquiátricos, mas também junto as suas famílias que possuíam membros na guerra e em tratamento na saúde mental. Vale salientar, que o serviço social psiquiátrico atuava especificamente atrelado as questões do tratamento, porque existiam as agências de serviço social, que trabalhavam as questões referentes às necessidades sociais. Porém o serviço social norte-americano não entende os problemas sociais como parte do processo de adoecimento dos pacientes com transtornos mentais. Pensamento que se difere do Serviço Social no Brasil como veremos mais a frente.

Segundo Bisneto (2007), “O atendimento norte-americano na área psiquiátrica segue a metodologia clássica de Caso, Grupo e Comunidade”, enquanto no Brasil essas formas de atendimento foram questionadas e abolidas.

No Brasil, o serviço social surge como profissão entre as décadas de 30 e 45, quando surge a política de saúde frente às demandas dos trabalhadores. O trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, segundo Vasconcelos (2010), inicia-se por volta dos anos 40 devido às necessidades do Estado atender as demandas modernizadoras. Porém o número de profissionais trabalhando na área de saúde mental era muito reduzido, começando nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ).

É importante atentar para o fato de que as equipes de saúde mental não contavam com assistentes sociais e o número de profissionais contratados pelo setor público era consideravelmente baixo. A expansão do serviço social na saúde, só ocorre em 1945, quando o campo da saúde contrata grande parte dos assistentes sociais devido às exigências do avanço do capitalismo.

Bisneto (2005) aponta que após o golpe de 1964, com as reformas da saúde e da previdência, cresce o número de hospícios que passam a ter a sua administração centralizada e atendimento priorizado pelo saber médico. Conforme já mencionado anteriormente os gastos começam a ser pagos pelos INPS – (Instituto Nacional de Previdência Social), criados com a unificação dos IAPs- (Instituto de Aposentadorias e Pensões). Se rompe com o caráter sindicalista/trabalhista e o INPS passa a atender as necessidades de saúde da grande massa trabalhadora e seus dependentes. Depois os hospícios são vinculados à rede de previdência privada, período em que houve um grande número de clínicas psiquiátricas privadas criadas com convênio com o Estado.

Esse movimento de reorganização psiquiátrica acaba por impulsionar a contratação de mais assistentes sociais, porque os hospitais, clínicas e manicômios deveriam seguir as normas do INPS que exigia a contratação de assistentes sociais para integrar as equipes de saúde mental. Tal contratação era feita apenas para cumprir a regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social - (MPAS), que entendia como necessário uma equipe multiprofissional no atendimento ao doente mental. Cabe ressaltar que nesse período o Serviço social é chamado, pelo estado ditatorial, a atender as demandas como um mero executor terminal de políticas sociais. Atuando de forma precária, com baixos salários e poucas horas de trabalho.

“O assistente social está aí colocado para atender às necessidades da Psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que o mundo “psi” não dá conta: a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva no Brasil” (BISNETO,2005, p.114).

O serviço social atuava apenas mediando o acesso do paciente ao serviço. Isso porque a implantação do serviço social no país sempre teve como fator principal facilitar o acúmulo de capital, através do controle da massa trabalhadora. Fato, que nos anos 70, com a centralização da saúde pelo Estado volta a se implantar, pois é o estabelecimento da formação de equipes multiprofissionais que insere os profissionais, por exigência, no campo.

Nesse período, os profissionais de serviço social não alteraram sua prática. A intervenção dos profissionais continuou baseada no ajuste dos indivíduos, sob uma visão psicologizante das relações sociais. Contudo, é nesse contexto de mudanças sociais que surgem os primeiros debates em torno do conservadorismo do Serviço Social, onde os profissionais “assistentes sociais que estavam convencidos da necessidade de contribuir profissionalmente para as *mudanças*

sociais requeridas para superar o quadro do subdesenvolvimento vincularam-se na luta contra o “Serviço Social Tradicional” (NETTO, 2005, p.9). Impulsionando o caminho para o desenvolvimento da profissão.

É importante lembrar que no período, entre a transição das décadas de 70 e 80, o Serviço Social adquiriu sua maturidade:

“um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando *projeto ético-político*.” (NETTO, 2008, p.1)

Nessa conjuntura, a renovação do Serviço Social viu-se diante de um movimento significativo com a ampliação e incorporação dos debates teóricos junto ao movimento de luta dos novos sujeitos sociais. Segundo Netto (2009), os anos de 1980 repercutiram no desenvolvimento de uma perspectiva crítica, teórica e prática. Nesse sentido, retomando as ideias do movimento de reconceituação de crítica ao tradicionalismo.

Com os avanços da Reforma Psiquiátrica, nos anos 90, houve “a expansão de serviços psiquiátricos alternativos por meio de contratação ou do financiamento de atendimentos não manicomiais” (BISNETO e NICACIO, 2013, p.170) resultando no que atualmente conhecemos como Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). Esses serviços expandiram-se e houve a contratação de mais profissionais de Serviço Social. A Reforma Psiquiátrica abriu as portas para uma maior atuação do Serviço Social.

Vemos que as propostas e movimentos acima influenciaram para que o profissional de Serviço Social passasse a ocupar um lugar na área da saúde mental, tanto no campo de trabalho, quanto na luta propriamente dita.

Atualmente com o movimento da reforma Psiquiátrica e as práticas em saúde mental, o Serviço Social avança construindo e consolidando seu espaço de trabalho dentro da saúde mental.

Cabe ressaltar que no novo currículo da Escola de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, aprovado em 03/05/2001, o conteúdo que aborda a atuação do Assistente Social com grupos atualmente está vinculado a uma disciplina interdepartamental no currículo vigente intitulada técnicas Interventivas. Ou seja, a percepção é que trata-se de uma técnica a ser utilizada por profissionais de Serviço Social em qualquer local que trabalhe, no qual se aplique o uso deste instrumento.

Porém, existem certos equívocos de alguns profissionais que insistem em tomar o todo pela parte, não somente acreditando que o campo da Saúde Mental seria tendencialmente conservador, o que é uma distorção, mas também imaginando que a técnica de grupos seria conservadora. Ora, por ser uma técnica a abordagem de grupo não é refém de nenhuma tradição teórica. O fato de se trabalhar com um instrumento que possui a palavra grupo não significa que o profissional está na antiga perspectiva que dividia a atuação em Caso, Grupo e Comunidade.

3. A APLICAÇÃO DOS GRUPOS COM FAMILIARES EM SERVIÇO SOCIAL

Não há como falar da pessoa com transtorno mental sem falarmos também da família, uma instituição dinâmica que segue junto às transformações da sociedade, sendo as políticas de assistência social centradas nela a partir da instituição do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Segundo a PNAS - Política Nacional de Assistência Social família é “... um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e de solidariedade” (PNAS, 2004, pág. 41).

Na proteção social básica que se constitui um dos eixos da estratégia de atuação do governo para o acesso a assistência social há família em situação de vulnerabilidade tem como objetivo:

“prevenir situações de risco por meio de desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero, ou deficiência; dentre outras)” (Política Nacional de Assistência social/ aprovada pela resolução n° 145 de 15 de outubro de 2004, do CNAS)

As leis de Assistência Social seguem no sentido de evitar agravos que possam ocasionar o rompimento dos vínculos familiares e sociais. Além disso, trabalha com ações extensivas aos familiares, visando apoio, informação, orientação, exercício da cidadania e inclusão na vida social, de caráter preventivo ao isolamento. (Disponível em www.mds.gov.br/assistenciasocial).

A instituição familiar vivencia grande parte dos momentos do cotidiano de um indivíduo e é vista como uma instituição protetora, cuidadora e referência dos

sujeitos. Independente de sua composição a família influencia, de modo concreto e expressivo na formação dos sujeitos que nela estão inseridos, seja de forma positiva ou negativa. Prova disto está que ao longo da história construíram-se valores acerca dos papéis e lugares dos sujeitos dentro do núcleo familiar.

A família antes baseada no modelo patriarcal onde o homem era o provedor da casa e a mulher encarregada dos cuidados com seus membros, colocando as mulheres em posição de inferioridade e submissão aos homens, apresenta novos modelos de organização familiar diante das mudanças estruturais (sociais, culturais e econômicas) sofridas na sociedade. Isso porque ela reflete as contradições e desigualdades da sociedade na qual está inserida.

Nesse sentido, a família vem se configurando muitas vezes com mulheres no papel de chefes de família, desempenhando múltiplas funções, tanto no campo público como no campo privado de provedora econômica à responsável pelas funções no cuidado com o lar.

No campo da Saúde mental a mulher aparece, na maior parte dos casos, como a figura cuidadora e responsável pelo indivíduo com transtorno mental. Suas dificuldades vão muito além do momento de crise, elas perpassam por aspectos econômicos, sociais e culturais.

Os problemas da vida no seu dia a dia e a falta do Estado cumprir sua função no que tange os direitos dos portadores de transtorno mental colocam as famílias no papel de responsáveis por promover o cuidado com seu familiar.

Porém, a pessoa com transtorno mental muitas vezes é vista como um indivíduo improdutivo e que gera despesas que pesam no orçamento familiar. Isso afeta na dinâmica interna da família no que tange o cuidado e a manutenção do indivíduo. Outra dificuldade enfrentada é a questão da estigmatização, tão bem

abordada por Goffmann, que representa uma marca do mal, uma identidade deteriorada por uma ação social, a ser evitada, como uma ameaça à sociedade (GOFFMANN,1988)

. É importante ressaltar que o estigma surge também dentro da própria família que muitas vezes não compreendem as formas como as pessoas com transtornos mentais se apresentam nas relações sociais.

Assim, a dificuldade de proporcionar o cuidado fora do hospital torna-se cada vez mais insustentável. Com isso frente à falta de estrutura e o desconhecimento de como lidar com determinadas situações, quanto ao transtorno mental, torna-se um sofrimento cuidar desses sujeitos.

Os sentimentos de incompreensão, fracasso e impotência das famílias exaustas pelo processo de cuidado e manutenção de seus entes encontram na internação, a ideia de solução e cura para os problemas.

É então que nos deparamos com discursos de que a internação é a melhor opção, muitos familiares acreditam que o cuidado feito por profissionais especializados dentro do campo institucional é o caminho certo para o cuidado efetivo, e assim disponibilizaram de um tempo livre da sobrecarga emocional na responsabilidade diária do cuidado.

Cabe ressaltar que dentro da lógica de desinstitucionalização, a proposta não conta com suportes extra-hospitalares suficientes para sua implementação. Portanto na falta de suporte externo para reabilitação psicossocial os cuidadores entendem tal proposta como uma possível falta de assistência, ou seja, com o fechamento dos leitos psiquiátricos não existiria alternativas no momento de crise.

Porém, as internações frequentes e prolongadas encaminham o indivíduo a se habituar as dinâmicas da vida institucional, isso o leva a perder seu lugar nas relações sociais, tornando-o um estranho dentro do próprio núcleo familiar.

Daí a importância de compreender que é fundamental o trabalho dos profissionais de saúde mental na orientação do cuidado e no acolhimento das famílias. Pois, de acordo com o PNAS “[...] para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir as condições de sustentabilidade para tal”. (PNAS, 2004, pág.41).

A falta de entendimento pela sociedade e a própria família sobre a proposta da reabilitação psicossocial no território e na comunidade dificultam o processo de desinstitucionalização dos pacientes. É nesse sentido que atuam os serviços diversificados de atendimento extra-hospitalar, propondo a divisão do cuidado, inserindo as pessoas com transtornos mentais em atividades e oficinas terapêuticas durante todo o dia, desenvolvendo o trabalho educativo voltado para compreensão e esclarecimento das famílias cuidadoras. Visando sempre a inclusão e reabilitação dos sujeitos e o amparo às demandas dessas famílias fragilizadas e vulneráveis que também precisa de cuidados.

Entendendo que nem sempre o que é ideal na visão do profissional, é ideal ou possível para as condições familiares.

3.1. Brevíssima colocação sobre a perspectiva educativa e a técnica de inserção em grupos na saúde mental

O Indivíduo, enquanto ser social convive durante todas as fases de sua vida inseridas em grupo, seja no nascimento, na adolescência ou na terceira idade.

Os grupos unem e diferenciam seus membros influenciando no delineamento da identidade individual e coletiva de cada um. Cada pessoa, por sua vez, apresenta sua forma de ser através de experiências de vida, sentimentos e valores que contribuem na forma como o grupo se constrói. O que se observa é que o indivíduo faz parte de um conjunto de pessoas, que juntas e com um objetivo em comum formam um grupo. Esse grupo faz parte de outros grupos que se relacionam e formam a sociedade e é a procura pela inserção nesses grupos onde se reflete a busca pela inclusão na sociedade.

O estudo sobre esses grupos vem crescendo gradativamente na área das Ciências Sociais e busca entender como eles funcionam e foram se modificando ao longo do tempo, conforme as diferentes conjunturas políticas e sociais. E cada vez mais a procura pelos trabalhos e dinâmicas de grupos vem sendo utilizadas em diferentes áreas profissionais. O que torna necessário e importante o conhecimento da temática para a realização de um trabalho voltado aos objetivos do grupo.

Cabe ressaltar que apesar de novo o estudo sobre a dinâmica de grupo possibilitou a compreensão da influência dos grupos sobre o modo de agir e pensar dos sujeitos. Amplamente utilizada por inúmeros profissionais desde Recursos Humanos, de empresas, até em grupos focais de pesquisa.

Atualmente no Brasil a prática da dinâmica de grupo está associada principalmente a sua finalidade, ela é construída a partir da sua função e do seu objetivo e apresenta divisões como grupo operativo ou grupo psicoterápico.

No caso do serviço social frente às demandas que surgem, é cobrada ao profissional a construção de novas ferramentas no enfrentamento das expressões da questão social, que segundo NICACIO (2008) “apresenta-se ao assistente social, no cotidiano de sua prática, individualizada na demanda do usuário ou de uma

família”. Sendo assim o trabalho com grupos pode ser uma forma de intervenção muito valiosa. Pois a prática de trabalho com grupos é uma demanda antiga do serviço social. O que se diferencia nos dias de hoje, é que o trabalho realizado não se dá apenas na esfera da organização e direcionamento do grupo. Como aponta Sousa,

“a dinâmica de grupo é uma técnica que utiliza jogos, brincadeiras, simulações de determinadas situações, com vista a permitir que os membros do grupo produzam uma reflexão acerca de uma temática definida. No caso do Serviço Social, uma temática que tenha relação com o objeto de sua intervenção – as diferentes expressões da “questão social”. Para tanto, o Assistente Social age como facilitador, um agente que provoca situações que levem à reflexão do grupo. Isso requer tanto habilidades teóricas (a escolha do tema e como ele será trabalhado), como uma postura política democrática (que deixa o grupo produzir), mas também uma necessidade de controle do processo de dinâmica - caso contrário, a dinâmica vira uma “brincadeira” e não alcança os objetivos principais: provocar a reflexão do grupo”. (SOUSA, 2008, p.127).

O Trabalho com grupos é usado estrategicamente na área de saúde Pública sob a perspectiva educativa, a partir da década de 1970, quando se espera que cada componente aprenda com os demais membros do grupo. Portanto, trata-se de uma instância de aprendizagem em saúde e pode fazer parte de uma estratégia para implementar práticas onde se valoriza a diversidade, com implicações na aprendizagem (DALL’AGNOL, ET all, 2007). Na área da saúde os grupos são planejados de acordo com o projeto específico para cada público atendido. Tal trabalho realizado coletivamente possibilita a troca de saberes entre população atendida e profissional, aproximando-o de questões do cotidiano de cada participante referentes às diferentes variáveis culturais, sociais e econômicas. Essas ações promovem o desenvolvimento das pessoas e potencializam as formas de intervenção na realidade dos sujeitos. O que instrumentaliza o profissional no conhecimento das reais demandas de cada um.

Nesse sentido, o espaço dos grupos traz a importância da participação dos sujeitos não apenas como participantes mas como construtores do grupo, pois enquanto participantes ativos eles tomam para si a responsabilidade de ajudar no desenvolvimento e melhora do grupo. A construção de estratégias seja através das discussões, da proposição de temáticas ou no desenvolvimento do grupo chama os sujeitos a compartilhar e trocar experiências que muitas vezes são similares. O que por um lado aproxima e ajuda na resolução dos dilemas e dificuldades enfrentados. Por outro lado esse espaço também é composto por pessoas com valores e concepções de mundos diferentes podendo gerar conflitos, cabendo aos profissionais saber lidar com as questões colocadas. Essa problemática pode ser trabalhada de forma a convidar os participantes a refletir sobre a importância de respeitar as diferentes opiniões. E assim tais questões modificam e tornam cada grupo singular e diferente do outro.

Dessa forma, a proposta do trabalho em grupo é a de reconhecer o indivíduo em sua integralidade, enquanto ser social e não apenas biológico, viabilizando nesse espaço o aprendizado mútuo entre usuários e profissionais, aprimorando o desenvolvimento dos sujeitos como transformadores de sua própria realidade na busca pela qualidade de vida.

No presente trabalho, sobre o grupo estudado, daremos enfoque ao trabalho de grupo de família associado à perspectiva sócio-educativa. Isso porque visualizamos o trabalho do assistente social no grupo com uma finalidade em primeira instância de cunho educativo, onde os componentes tanto aprendem quanto ensinam (mutuamente). Portanto, esclarecemos que sob nossa visão o serviço social não trabalha com grupos terapêuticos ou grupos focais, mas sim com grupos operativos.

No campo da saúde mental existe uma tendência de trabalhos com familiares de pessoas com transtornos mentais, isto porque são elementos chaves no processo de tratamento e convívio com a doença. Os grupos de familiares são constituídos por vários integrantes de uma mesma família ou pelos representantes legais juntamente com familiares de outros pacientes. Aqui a perspectiva do grupo é o fortalecimento dos laços familiares. Portanto, é fundamental em primeiro lugar compreender quais os objetivos aonde se quer chegar com o grupo. Em segundo lugar entender as construções e vivências de cada família em sua totalidade e dimensões. É importante que haja mais de um coordenador no grupo, pois assim haverá uma percepção do trabalho que está sendo realizado. Na medida em que se tem uma visão e percepção de outro profissional sobre a execução do seu trabalho no grupo, é possível construir em conjunto melhores estratégias para desenvolver o trabalho, indo de encontro aos objetivos propostos.

E assim, o profissional tem a possibilidade de interagir e apreender a real necessidade do grupo. Para avaliar a importância do trabalho com grupos de família, entrevistamos duas profissionais do Hospital Psiquiátrico Jurujuba, experiência que relataremos mais a frente.

3.2 . Grupo Focal :

Com surgimento na década de 50, a entrevista focalizada em grupos hoje conhecida como grupo focal é uma técnica utilizada frequentemente em pesquisas qualitativas na coleta e análise de dados para avaliação de programas e projetos ou no levantamento de necessidades, este também utilizado para prospecção de lançamento de produtos.

“os grupos focais utilizam a interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo. Os dados obtidos, então, levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo. Apesar disso, o grupo focal conserva o caráter de técnica de coleta de dados, adequado, a priori, para investigações qualitativas”. (KIND, 2004. pag,125).

Segundo Dias (2000) o sucesso do grupo focal está ligado à elaboração “clara do objetivo da pesquisa; ao planejamento da discussão; à habilidade e independência do moderador; e à escolha de participantes que consigam se expressar bem e que se sintam confortáveis em compartilhar ideias e sentimentos”.

A partir, dessa perspectiva, entende-se que a figura do Coordenador/Moderador é de fundamental importância na execução do trabalho. Ele é responsável por planejar todas as etapas desde a elaboração, a criação, a realização e conclusão do grupo. Junto às etapas alguns elementos são essenciais no processo de construção dessa técnica, vejamos algumas delas:

- 1) planejar os objetivos e metas – definir quais são;
- 2) estabelecer os temas - promover discussões e reflexões sobre diferentes temáticas em grupo;
- 3) promover a participação de todos – através da interação entre os participantes;
- 4) escolher o local – o ambiente deve proporcionar que os sujeitos sintam-se confortáveis e seguros;
- 5) definir o horário e a duração do grupo – é essencial que o grupo aconteça em horário que facilite a presença das pessoas envolvidas; 6) análise dos dados coletados – transcrever a gravação , interpretar as informações e anotações para concluir o resultado do grupo.

Essa técnica utiliza-se da interação do grupo para produzir dados e um conhecimento profundo sobre a realidade e as necessidades dos sujeitos.

3.3. Grupo Terapêutico:

Os grupos terapêuticos como aponta Osório (2007) tem como um de seus protótipos a experiência de Pratt e seus pacientes com tuberculose.

“Ele observou que esses pacientes, reunidos em sala de espera de um dispensário enquanto aguardavam suas consultas, interagiam e estabeleciam relações emocionais que melhoravam seu estado de ânimo. Isso o estimulou a reuni-los, inicialmente para dar-lhes um curso de higiene pessoal, e logo mais com o propósito de que trocassem suas experiências na maneira como enfrentavam a enfermidade. Mais adiante, introduziu no grupo o testemunho de pacientes que se haviam curado, para animá-los com esperança em relação aos resultados do tratamento, prática que foi retomada depois pelos chamados “grupos de auto-ajuda”. Assim, ele estabeleceu um *setting* grupal que consistia em reuniões semanais de uma hora e meia de duração com a presença de aproximadamente 20 pacientes, sentando-se a seu lado aqueles que haviam mostrado progresso e podiam se construir em exemplos a ser seguidos pelos demais”. (OSÓRIO, 2007, p. 11).

Pratt nas palavras de Osório (2007) foi “um precursor das grupoterapias”.

No Brasil, os grupos terapêuticos datam da década de 80. Eles surgem devido a grande demanda da população, a fim de diminuir a espera por atendimento nos serviços públicos de saúde.

Atualmente, o grupo terapêutico vem sendo um instrumento de trabalho utilizado pelos psicólogos desde a proposta da reforma psiquiátrica e é nessa interação que se estabelece o contato direto profissional/Usuário. Para os profissionais vem como a possibilidade de uma interação diferente da proposta individual.

Segundo Zimerman e Osório (1997) o grupo “Possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes, sendo que muitos buscam amparo diante dos seus problemas de saúde”. Nos grupos terapêuticos as trocas de experiências e os debates, proporcionam ao usuário compartilhar e aprender sobre as dificuldades e necessidades em comum com o grupo. Eles

utilizam esse espaço para interagir com pessoas que vivenciam experiências semelhantes as suas e não apenas ditas por um profissional através do seu conhecimento intelectual.

Nesse ponto, o grupo funciona como um suporte a suas demandas no que tange as vivências e dificuldades do dia- a- dia.

Ao participar do grupo terapêutico os participantes são estimulados a construir a partir de uma ação coletiva uma proposta em comum.

Cabe lembrar que no grupo terapêutico também é de extrema importância que o sujeito tenha espaço para colocar suas ideias. Portanto o mediador do grupo é fundamental para coordenar a realização do grupo e garantir a participação de todos os participantes.

3.4. GRUPO OPERATIVO:

A técnica de grupo operativo de Enrique Pichon-Rivière, surge em 1940. E segundo sua definição “é um conjunto de pessoas com um objetivo em comum”. O grupo operativo tem a tarefa como um aspecto essencial no processo grupal, visando sempre a aprendizagem. Ao grupo se propõe a aprendizagem como uma tarefa.

Nesse sentido, a figura do coordenador do grupo trabalha com a dimensão psicossocial do sujeito, ou seja, a ideia é trabalhar com os participantes o desenvolvimento de suas capacidades e através da técnica, promover as mudanças em grupo.

Os participantes apreendem a pensar, questionar, criticar e promover ações transformadoras. A interação em conjunto com outras pessoas as coloca

tanto como sujeito que aprende quanto sujeito que ensina. Os grupos trabalham sob a perspectiva do ensino-aprendizagem.

“Ensino e aprendizagem constituem passos dialéticos inseparáveis, integrantes de um processo único em permanente movimento, porém não só pelo fato de que ensina, como também em virtude do princípio segundo o qual não se pode ensinar corretamente enquanto não se aprende e durante a própria tarefa de ensinar. Este processo de interação deve restabelecer-se plenamente no emprego do grupo operativo” (BLEGER, 2011, p.62)

A problematização de diversos assuntos possibilita ao participante discutir sobre novas questões e formular sua própria opinião. Isso estimula o indivíduo a refletir sobre uma realidade à qual ele nunca questionou. É nesse sentido, que o grupo operativo contribui para sensibilizar os seus componentes à atuar em sua realidade.

4. APLICAÇÃO DA PESQUISA

4.1. Passos Metodológicos

Este trabalho é uma pesquisa de conclusão de curso com carácter teórico-prático, tendo ainda em seu horizonte às mudanças oriundas a luta antimanicomial.

Para realização desse projeto dentre os vários recursos que uma pesquisa possibilita ao pesquisador utilizamos a pesquisa bibliográfica no intuito de esclarecer e modificar ideias sobre o assunto, através do levantamento de referencial bibliográfico e entrevistas, acrescentando dados qualitativos que segundo Minayo e Cruz Neto :

“é própria para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos e de microrrealidades, visando ao desvendamento de sua lógica interna e específica, de sua cosmologia, de sua visão de determinados problemas, que se expressam em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas.” (MINAYO E CRUZ NETO, 1999, pág.137)

Conforme explanado na introdução do presente trabalho a escolha pelos grupos de família realizados no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba deve-se ao fato de ter realizado o primeiro e segundo nível de estágio no local, condição que facilita a inserção na unidade. No tempo de estágio chegamos a participar do grupo da enfermaria masculina e tomamos conhecimento que outros grupos funcionavam plenamente, na ala feminina e na ala de adolescentes, conforme consta em nosso diário de campo.

Durante o período de estágio, sob a orientação da supervisora de campo, começamos a participar efetivamente dos grupos de família. O grupo ocorria todas as sexta - feiras, às 15 horas. Este era conduzido por uma assistente social, uma

estagiária de serviço social e uma enfermeira. Neste eram discutidos temas a partir das demandas dos próprios familiares. O convite aos familiares era feito pelos membros da equipe multidisciplinar (pessoalmente ou por telefone) e através de informativos colados no mural e dentro da enfermaria.

A equipe multidisciplinar entendia o grupo de família como parte do projeto terapêutico, participava das discussões sobre o grupo nas supervisões e convidava os familiares para esses encontros.

O trabalho do Serviço social realizado no grupo de família da instituição perpassava junto às expressões da questão social, o que se percebia através da análise dos dados colhidos nas discussões, trabalhadas de forma reflexiva com os usuários. Podendo-se inferir que aquele era um espaço estrategicamente dedicado a perspectiva educativa presente naquela atuação, embora segundo observações de nosso diário de campo, que não existisse de forma clara a perspectiva teórico-metodológica no trabalho realizado e também os objetivos

4.2. Local e sujeitos do Estudo

Como prosseguimento de nosso projeto o estudo foi realizado numa primeira expectativa que seria com os assistentes sociais, coordenadores dos grupos de família nos cinco setores do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, pois esse era o panorama existente quando éramos estagiária no Hospital. O número prévio de cinco entrevistas devia-se ao número de coordenadores assistentes sociais que presumíamos existir na instituição.

Realizamos o cadastramento na Plataforma Brasil, em seguida o projeto foi enviado ao Comitê de Ética para aprovação e após foram iniciadas as negociações

para as entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores dos grupos de família do HPJ. Porém, percebemos que após a Divisão de Ensino e Pesquisa tomar conhecimento de nosso projeto, encaminhado já com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro não havia tempo hábil para mudarmos os procedimentos previstos. Devido às mudanças ocorridas na troca de pessoal da Divisão de Ensino e Pesquisa a antiga coordenadora, (psicóloga) achou por bem esperarmos a vinda da nova Coordenadora (assistente social) para iniciar os trâmites para aceitação de nosso projeto na HPJ. A nova Coordenadora marcou uma reunião para explicarmos o projeto e a partir daí encaminhou um formulário para ser preenchido, após o que cedeu os contatos dos coordenadores de cada serviço. A Coordenadora da ala Masculina encaminhou para a profissional que coordenava o grupo; a Coordenadora da ala feminina informou não haver grupo ativo na ala feminina, mas prontificou-se a dar informações que tivesse, proposta aceita por nós a fim de podermos analisar a situação que levou ao fechamento do grupo nesta ala; o Coordenador da longa permanência informou não trabalhar com grupos e a Coordenadora do serviço com criança e adolescente também informou não trabalhar com grupos. Diante deste quadro achamos por bem continuarmos nossa pesquisa a fim de descortinar o significado e o trabalho que se realizava com grupo, e no que isso poderia ser trabalhado no contexto do Serviço Social, que detinha a coordenação dos grupos até pouco tempo atrás..

4.3. Fases do Estudo

O estudo foi realizado em seis etapas: Estudo do projeto, levantamento bibliográfico, entrevistas, análise das entrevistas e elaboração final do TCC.

Inicialmente foram construídos e elaborados os instrumentos para criação do projeto a ser apresentado ao professor orientador e ao Comitê de Ética.

Com relação ao levantamento bibliográfico foi utilizado um referencial bibliográfico de autores como José Augusto Bisnetto, Eduardo Mourão Vasconcelos, Erimaldo Nicacio, entre outros, sobre o serviço social na saúde mental que contribuíram no desenvolvimento reflexivo e teórico da temática. Também utilizamos nossa bagagem crítica relatada em diário de campo para contrapor a realidade vigente quando aplicamos a pesquisa.

Por ser uma abordagem qualitativa consideramos que embora o número de entrevistas, por força das condições naquele momento, fosse pequeno isto não invalidaria as possíveis conclusões a respeito do uso desta técnica naquele hospital psiquiátrico. Foi realizado um trabalho de campo com entrevistas semi-estruturadas junto a um profissional, aqui chamado de “X”, profissão “Y” coordenador dos grupos de família no HPJ, para compreender a presença/ausência de assistentes sociais e as intervenções dos assistentes sociais quando estavam inseridos nos grupos, na condição de contratados. Também se dispôs a falar do que conhecia sobre os grupos outra funcionária, que aqui chamaremos de “Z”, profissão “W”. Trabalhamos então com o que pensavam esses profissionais, a partir de seus saberes e visões acerca da sua realidade profissional no primeiro semestre de 2015.

Por último, foram realizadas as análises das entrevistas para elaboração e finalização do trabalho de conclusão de curso.

4.4. Instrumentos e de Coleta de Dados

Como procedimento de coleta de dados foram utilizados a entrevista semi-estruturada, que como fonte primária de pesquisa deve possibilitar que os

entrevistados narrem suas experiências com um roteiro prévio, porém não preso a ele. Esta liberdade foi muito importante, pois diante da realidade de não existirem assistentes sociais atuantes num único grupo que estava funcionando somente pudemos trabalhar com os fatos reais. Então passamos a direcionar nosso olhar para a presença/ausência de assistentes sociais nos grupos que já existiram e no único que funcionava quando realizamos as entrevistas.

Logo, visava-se elaborar uma reflexão acerca da realidade vivenciada pelos profissionais do Serviço social, nos grupos de família, e especificamente neste caso também na ausência do assistente social investigando as dificuldades e implicações no trabalho, a partir dos fenômenos históricos, dos processos de formação e transformação da realidade social.

4.5. Universo pesquisado

O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) foi inaugurado em 1953, recebeu o nome de Hospital Estadual Psiquiátrico de Jurujuba pela sua localização, em Niterói. Como capital do antigo Estado do Rio de Janeiro, Niterói cria um hospício para atender as demandas psiquiátricas de sua população³.

Construído para ser uma referência em tratamento de doentes mentais (numa filosofia de confinamento e exclusão da sociedade), o hospital era a “solução” para manter longe da convivência social, os sujeitos tidos como sinônimos do perigo, da doença e do medo. As condutas profissionais se baseavam na ideia de que o asilamento e a longa internação eram formas de cuidados terapêuticos.

³ No momento em que estávamos elaborando o texto final tomamos conhecimento que haveria a possibilidade de fechamento do HPJ para dar lugar a uma estação de metrô, fato que não pudemos afirmar a veracidade, mas que explicaria a falta de investimento nesta instituição.

Os considerados loucos eram muitas vezes levados ao hospital por policiais e políticos do interior. Em sua época mais crítica, frente à falta de estrutura e uma equipe técnica adequada para os diferentes setores, o número de pacientes foi crescendo cada vez mais. Segundo Rocha:

“...Suas enfermarias chegaram a ser divididas em função das complicações clínicas que a precariedade institucional trazia, tais como: a dos tuberculosos, dos diarréicos, dos sórdidos, dos maláricos etc. Havia grandes pátios onde os pacientes passavam todo o tempo, inclusive com sanitários e banhos de mangueira. Há registros de pacientes que ficavam meses e até anos para serem vistos por algum médico. Nesse período chegou a existir cerca de 700 pacientes internados, muitos sem leitos. Nesse período mais crítico morriam cerca de 18 pacientes por mês.” (ROCHA,2003,pág.165).

Havia um funcionamento do hospital psiquiátrico nos moldes da instituição total de asilamento e do pensamento de que a loucura deveria ser tratada com intervenções medicamentosas e físicas.

Ao final da década de 60 e início da década de 80 são introduzidas às atividades de ensino e pesquisa, na área de Psiquiatria, dentro o hospital. Foi cedida durante 15 anos parte das enfermarias a Universidade federal fluminense (UFF), que passou a prestar assistência, nas áreas de serviço social e enfermagem, aos pacientes.

A seguir, na década de 80, atingido pelas mudanças do governo, com o processo de redemocratização, a constituição de 1988 e a criação do Sistema único de saúde (SUS) o Estado implanta um Programa de Saúde Mental junto às equipes de Saúde Mental dos ambulatórios dos Centros de Saúde, com abordagens mais humanizadas para garantia do direito a cidadania do paciente, através de ações descentralizadas.

Com a constituição de 1988 fica determinado que no Estado do Rio de Janeiro todos os manicômios teriam as demandas da rede de saúde mental organizadas por seus respectivos municípios.

Com isso, acompanhando as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica de desinstitucionalização e agindo em conjunto com os demais serviços públicos de Niterói, o hospital psiquiátrico de Jurujuba é municipalizado em 1991. Tais condutas conduziram o hospital a se tornar uma unidade de referência nos casos de internação e emergência de Niterói.

Hoje, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, unidade da Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ, possui os seguintes espaços: dois leitos de emergência (Serviço de Recepção e Intercorrência/SRI), duas enfermarias de pacientes agudos (separadas por gênero) feminina e masculina, uma enfermaria de longa permanência, uma enfermaria para dependentes químicos (setor de Álcool e Drogas/SAD), um serviço de internação para adolescentes e crianças (SIAC), um albergue e um ambulatório. Conta externamente com o Espaço de Convivência e Oficinas Integradas onde são realizadas atividades terapêuticas.

Todos estes espaços são compostos por equipes multidisciplinares de profissionais como psiquiatras, enfermeiros auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, musicoterapeutas, médicos clínicos, acompanhantes terapêuticos, e profissionais na área administrativa, de manutenção e segurança e na área do ensino (estagiários e residentes multiprofissionais).

Atualmente, o trabalho realizado pelas equipes multidisciplinares vem sofrendo grande impacto frente à precarização dos vínculos empregatícios dentro da instituição. Isso vem afetando diretamente os profissionais do serviço social que vivem dentro de um contexto de desvalorização e exploração da força de trabalho.

A forma de contratação, dentro da unidade, através do chamado Recibo de pagamento autônomo (RPA)⁴ retrata a tendência à terceirização e flexibilização do trabalho. Como afirma Guerra

“A precarização do exercício profissional se expressa por meio de suas diferentes dimensões: desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e do salário, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras”. (GUERRA, 2010, p.719)

Ainda sob essa ótica de contratação, observamos que dentro do HPJ existem profissionais contratados de diferentes formas: no sistema de RPA e no sistema dos concursos públicos. Essa dinâmica de empregabilidade fragmenta a própria categoria profissional, frente uma categoria que realiza as mesmas atividades profissionais com salários e garantias trabalhistas diferenciados.

4.6. Análises de Dados:

Primeiramente falaremos dos percalços para a realização das entrevistas realizadas. Ao entrar em contato com o Departamento de Ensino e Divisão de Pesquisa- DEP fomos orientados a contatar quatro setores do HPJ. Dois setores, cujos nomes não mencionaremos para não identificar a origem dos informantes, disseram não poder colaborar porque não realizavam trabalhos com grupos de família. Nos focamos onde poderíamos encontrar a não havia realização de grupo ou mesmo uma certa distorção devido a falta de assistente social, mas que poderia esclarecer as situações existentes no HPJ. Existe apenas um setor com grupo de famílias na instituição.

⁴ RPA- É um documento emitido pela fonte pagadora que contratou os serviços do profissional - pessoa física - e que não é regulamentado pela CLT, ou seja, o contratado não pode ter vínculo empregatício com a contratante durante o trabalho que origina o documento.

Antes é importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas com duas profissionais. A formação de “Z” é compatível com a realização de grupos desta natureza, pois a profissão “W” possibilita uma espécie de trabalho com famílias, embora diferente da perspectiva de um assistente social, então esta entrevistada se dispôs a dar sua visão a respeito do objeto de estudo de nossa pesquisa. As entrevistas foram feitas em salas reservadas de cada setor, assegurando-se o sigilo. Cabe ressaltar que não foi realizada nenhuma entrevista com assistente social dos dois setores, pois não tive acesso a assistente social, também contratada, portanto podendo ser demitida a qualquer momento, não havendo, pois condições de sistematização da prática em condições ideais.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas com o consentimento de “Z” e “X”. O instrumento possui 20 questões abertas e fechadas contemplando os objetivos desta pesquisa (questionário em anexo). Elas foram transcritas e analisadas. A análise, por sua vez, compara os dados obtidos a partir das leituras bibliográficas e as entrevistas realizadas com os coordenadores.

A seguir, a partir das entrevistas realizadas com os coordenadores do serviço e do grupo de família, frente as suas vivências no que diz respeito à temática, iremos abordar a questão da Intervenção dos Assistentes Sociais nos grupos de família do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

4.7. Análise das entrevistas:

Ambas as entrevistas foram realizadas no espaço institucional, sob autorização superior, com entrevistas gravadas que levaram cerca de 23 minutos e

29 segundos com “Z” e 39 minutos com “X”. As entrevistas transcorreram com receptividade, sem qualquer restrição a qualquer pergunta.

Primeiramente apresentaremos um pouco sobre o perfil das entrevistadas. Fato que consideramos relevante para entender as dinâmicas e construções do trabalho de grupo de família dentro da instituição.

“Z” apresenta o seguinte perfil: suprimimos o sexo e idade; Tempo de formação: modificamos para apenas menos tempo de formação: Universidade Federal Fluminense (UFF). Suprimimos onde trabalha. A entrevista foi realizada no espaço institucional.

“X” apresenta o seguinte perfil: suprimimos sexo e idade, porém tem mais tempo de formação, numa instituição privada, já fechada. Suprimimos onde trabalha.

Não havia assistente social, conforme prevíamos e assim, passamos a problematizar que o trabalho com as famílias está no âmbito de toda trajetória profissional do Serviço Social. A visão de que a família é um objeto de trabalho fixo dos assistentes sociais, perpassa entre diferentes categorias profissionais. É claro, o entendimento que o Serviço Social tem uma ligação direta no que tange os familiares, contudo dentro do campo da saúde mental os profissionais trabalham dentro de uma equipe multiprofissional, em alguns casos mais progressistas a equipe tem a visão estratégica da interdisciplinaridade, como se pode ver nos profissionais de Saúde Pública. Nesse sentido, o trabalho com as famílias não se torna exclusividade dos profissionais do Serviço Social.

Por outro lado, o HPJ é uma instituição que foi criada antes da Reforma Psiquiátrica. Como cita Vasconcelos:

“Os Serviços tradicionais do manicômio são estruturados com base no internamento em tempo integral e na abordagem predominantemente maciça, medicamentosa e centrada na figura do médico, delimitando sua

ação sobre a família de forma pontual, particularmente no ato da internação, quando lhe é solicitado prestar informações sobre as características do portador de transtorno mental e da evolução de seu quadro clínico. A família é encarada como uma unidade separada de enfermo e por isso é excluída da intervenção terapêutica” (VASCONCELOS, 2010, p.280).

Hoje, o HPJ passa por modificações e avança na busca por entrar em consonância com a proposta de desinstitucionalização. Com as propostas de mudança, vemos que esse quadro mudou significativamente no que tange o cuidado com as famílias. Porém como aponta Bisneto,

“na reabilitação psicossocial em serviços de saúde mental, com termos como, por exemplo, acolhimento, cuidado, escuta, atenção. Eles podem ter significados distintos para psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais”. (BISNETO, 2013, p.184)

Esse é um ponto importante quando se fala do cuidado com as famílias. Porque o entendimento de cada profissional sobre a forma de cuidado reflete no trabalho realizado diariamente. No caso dos grupos de família, a compreensão sobre as dinâmicas do grupo precisam ir de encontro com todos os profissionais da equipe. Enquanto parte do projeto terapêutico do paciente, o grupo precisa ser um espaço entendido e compreendido de forma a contribuir não só para a família, mais para a própria pessoa com transtorno mental.

Assim, observemos “qual” a função dos assistentes sociais dentro do grupo de família na visão de outros profissionais.

Nos setores do HPJ, percebemos que a figura do Assistente Social nos grupos de família é vista como uma figura que age no atendimento apenas ao que tange as questões de benefício e organização do grupo (Hora, local e temas). Podemos visualizar isso, a seguir, no discurso das entrevistadas.

A primeira se baseia numa visão muito restrita, possivelmente por sua precária formação e por não ter provavelmente tido acesso a discussões mais recentes de interdisciplinaridade, embora substituindo o assistente social no grupo

não conseguiu captar qual seria o objetivo do profissional de Serviço Social em um grupo de família e que ela estaria possivelmente inserida anteriormente no grupo apenas como um agente de informação.

“eu acho que com a visão da assistente social, a coisa de benefício, de direitos, né. Então, porque isso era uma coisa que ficava com a gente. O paciente estava internado, mas a família recebia dinheiro, né? E às vezes queria alguma coisa para o próprio paciente e ela tinha a visão. Isso pelo que eu acompanhei do serviço social. Eu acho que focando a coisa dos direitos, dos deveres, né? Então, ela cuidava muito dessa coisa, os pacientes pediam para votar, coisa de documento” (“X”, 2015).

Embora formada há pouco tempo e tendo tido uma formação possivelmente mais qualificada a visão de “Z” vai na mesma direção, não percebe que este profissional vai muito além da organização de horários e também não percebeu o objetivo do assistente social trabalhando junto ao grupo de familiares:

“era uma assistente social que encabeçava que coordenava o grupo mesmo, que é até uma responsável por pensar a questão dos horários e de certa organização mesmo” (“Z”, 2015)

Talvez para mostrar sua legitimidade substituindo o assistente social no trabalho de grupo com famílias “X” tenta dizer que numa equipe “multi” não fica somente com o Serviço Social, o que é justamente o contrário do que os que advogam o primado da equipe multidisciplinar, pois nesta modalidade de equipe cada profissional trabalha estritamente dentro de suas atribuições e de sua especificidade profissional.

“era uma coisa que ela dizia assim mesmo, O grupo não era do serviço social, apesar dos assistentes sociais sempre estarem voltados mais, para essa escuta das famílias, né! E é sempre o assistente social inclinado a essa pegada mais com a família. O que também em uma equipe multi não fica só com o assistente social” (“Z”, 2015)

Aos serem questionadas sobre a construção dos grupos de famílias foram relatados os seguintes depoimentos “Z” apenas diz ter se contagiado a “cuidar das famílias”, não dando qualquer margem a questões teóricas ou fundamentações metodológicas:

“a assistente social, ela emprestava um pouco para gente, contagiava a gente da importância que era a gente cuidar das famílias. Então, essa coisa que tinha mais no trabalho dela específico, uma coisa que ela ficava super atenta, ela acabava contagiando toda a equipe para um trabalho com a família. E não necessariamente para ela atender todo mundo e cuidar de tudo, mas ela estava ali sempre apontando para essa importância que os familiares, às vezes, também eram pacientes” (“Z”, 2015)

“X” relembra o fato que o grupo mais consistente foi o sistematizado por uma assistente social, já aposentada, que mostrava que não existia somente a abordagem individual. Porém considera o grupo apenas para fins terapêuticos, o que nos deixou a dúvida se os grupos sempre foram terapêuticos ou se eram às vezes organizativos. Revendo o fato que fomos estagiária e observadora, podemos perceber que não havia da parte da assistente social contratada, a preocupação com aspectos teórico-metodológicos dos grupos de família

“na época, S., que era assistente social, é ainda porque ela aposentou né? Na época ela dizia assim que a gente só fala com a família individualmente, isso talvez, não produzisse tanto o que a gente pensava [...] Então, resgatando isso a gente pensou nesse espaço do grupo de família fazendo parte do projeto terapêutico do paciente” (“X”, 2015)

Observamos que as duas entrevistadas concordam que o grupo de família tem um lugar importante no que tange o cuidado com as famílias. Como é enfatizado em uma das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares”. Esse cuidado reflete na proposta da reforma psiquiátrica de possibilitar ao paciente o convívio familiar.

Nesse sentido, os familiares tornam-se aliados a equipe no cuidado com o paciente, tanto no aspecto de receber e fortalecer seus vínculos, como no aspecto de sua inserção na vida social.

Ao questionarmos sobre qual o tipo de grupo realizado observamos que não há uma clareza sobre esse aspecto como relatou “X” (2015) “a gente pensou que não seria um grupo assim operativo, não seria um grupo de terapia de família”. Ou seja, o grupo realizado não era nem operativo, nem terapêutico e não havia clareza de que existiam grupos diferenciados, de acordo com os objetivos.

As entrevistadas apresentaram um discurso parecido no que se refere às dificuldades na construção do trabalho frente às mudanças que a rede de saúde mental de Niterói vem apresentando, o que podemos ver nos depoimentos sobre tal questão.

“Z” afirma que não existe condição de planejamento, devido à rotatividade dos profissionais contratados, ou seja, não há como sistematizar as práticas dentro da conjuntura atual, no Município de Niterói.

“É, tem sido muito difícil planejar as coisas a médio e longo prazo por conta desse momento de Niterói, que está sendo a substituição dos profissionais com a mudança de vínculo. Então, mas é uma orientação nossa, assim, da importância que se tem do grupo de família” (“Z”, 2015).

Como apontamos no capítulo 4 a precarização da mão de obra dos trabalhadores da saúde mental reflete diretamente no cotidiano profissional e institucional. Dessa forma inviabiliza práticas profissionais efetivas. O Estado esquivasse cada vez mais de suas responsabilidades junto à sociedade. Como aponta Iamamoto

“A retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compressão das verbas orçamentárias e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos” (IAMAMOTO, 2011, p.42).

Esta configuração de políticas neoliberais vem afetando claramente os profissionais e o trabalho no HPJ.

A crescente degradação das condições de trabalho dos assistentes sociais vem abalando fortemente as estruturas do trabalho realizado, a fim de atender as necessidades da lógica do capital.

Com isso, prioriza-se o trabalhador que “portar as seguintes características: ser desespecializado, desregulamentado, polivalente e multifuncional” (GUERRA, 2010).

Nesse sentido, nos defrontamos com uma realidade contrária ao que abrange o direito dos assistentes sociais. Pois, no Artigo 7º do Código de ética profissional consta como um direito do profissional “Dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (Código de ética profissional do assistente social de 1993, art. 7).

“X” destaca além do quadro confuso gerado pela precarização da força de trabalho, que a visão do servidor, concursado e com tempo de serviço lhe dá a perspectiva de continuidade, que não existe nos profissionais contratados.

“Eu acho que diante da situação que a gente vive, assim, em relação às equipes a gente tem visto isso muito nos municípios. Como sustentar um trabalho esse ano? tem equipe que mudou quase todo mundo. Então, acho que isso dificulta, mas como eu sou servidora e trago esse trabalho há muito tempo eu consigo transmitir e isso não se perde na [suprimido para não identificação] entendeu? Independente do lugar, assim, se eu estou... passei pela gestão mais estou na assistência agora, é um lugar que eu priorizo assim. Então, eu acho que o grupo só não deixa de acontecer. Acho que por isso” (“X”, 2015).

Como observamos nas falas das entrevistas as mudanças na rede de saúde mental e o processo seletivo vem dificultando as práticas de trabalho nos serviços. A constante mudança de profissionais inviabiliza a continuidade de um

trabalho já construído. A visão daqueles que são oriundos de serviços particulares tende a ser diferente daqueles que lidam com a visão de reforma manicomial, já discutida no capítulo 2 deste trabalho e também não tem a prática de encaminhamentos dentro da visão dos capsis.

No primeiro discurso “Z” atenta que apesar dos impasses com a frequente mudança na equipe, o trabalho com grupos de família tem um lugar importante na visão do setor, por isso ela mesma não tendo condições teórico-metodológicas encampou o trabalho. No segundo discurso “X” mostra que apesar das modificações constantes na equipe, a sua permanência na enfermaria fortalece a continuidade no que tange o trabalho com grupo de família.

Diante destes posicionamentos destacamos que o trabalho com grupos depende de um trabalho contínuo. Como aponta Mancia

“seja qual for a técnica utilizada por um grupo, o resultado tenderá a ser comprometido sempre que este grupo não tiver sido preparado e trabalhado no seu funcionamento e na dinâmica de suas relações, para entender que qualquer tarefa só irá a diante quando os grupos que a executam sentirem-se comprometidos com os objetivos e responsáveis pelos resultados” (MANCIA, 1998, p.6)

Vimos que o grupo de família manteve-se ativo e com um profissional concursado dando continuidade aos encontros, não necessariamente criando as condições do ponto de vista teórico-metodológico, mas manteve pelo menos um profissional envolvido no trabalho, onde os familiares se encontram para compartilhar suas situações.

Na percepção de “Z” (2015) “é porque quem coordena precisa emprestar o próprio desejo para aquilo ali acontecer. Porque se não, não acontece. Porque se não tiver um investimento muito grande de quem vai fazer, não vai acontecer”. Como

citado mais a cima o que sustenta a continuidade do grupo é o comprometimento e empenho pessoal na realização do mesmo.

No caso de “X” aponta que diante da constante mudança de profissionais a realização do grupo deixa de ser um planejamento institucional e passa a ser uma questão individual de um profissional. “X” (2015) “Em tempos de mudanças no quadro de pessoal manter o grupo se torna um esforço pessoal e não institucional... talvez em outros lugares mude tanta gente e não tenha alguém que sustenta ainda. Então a mudança de fato prejudica isso de sustentar um trabalho”.

As profissionais entrevistadas ao serem questionadas sobre qual/quais a/as demandas para realização do grupo de família apresentaram discursos voltados para uma visão referentes a cuidado e esclarecimento.

No depoimento de “X” aponta que a necessidade da realização do grupo parte, no seu entendimento, da importância da continuidade do cuidado fora da internação. Segundo “X” o trabalho realizado no grupo ajuda a fortalecer o cuidado que será realizado após a internação.

“Pois é isso não vem como uma demanda externa, assim da família. Ah, eu preciso ter um espaço, não vem pelas famílias. É por que eu acredito que não tem, na minha visão, como a gente só trabalha com o paciente se a gente não tiver com quem tá junto do paciente fora dessa fase da internação. Isso porque eu falo assim, é diferente de uma internação clínica estabiliza lá, a pressão tal, qualquer outra coisa, vai embora para casa. Por que tem todo esse contexto de como é... de coisa da agressividade e isso foi uma coisa que me marcava assim, no início do grupo. Quando elas diziam que dá agressividade que elas sofriam, né. [suprimimos para resguardar a entrevistada] Então, isso de tá junto, eu acho que fortalece um cuidado, entende?” (X, 2015).

No caso de “Z” o grupo de família aparece como uma forma de tornar mais claro o entendimento das questões.

“Eu acho que os familiares que tem muita dificuldade de entender... de entender o lugar do tratamento, as vezes de entender as regras institucionais. Porque às vezes a gente fala e aquilo ali parece que não faz

sentido em alguns momentos da maneira como é falada e aí o grupo é uma, pode ser uma estratégia para que alguma coisa ali. Principalmente porque tem outros que não são só profissionais. Eu acredito muito nisso, assim na intervenção dos outros participantes do grupo para além dos profissionais. Então, as famílias que a gente vê com muita dificuldade, assim, de entender as coisas, de ficar muito angustiado, de achar que aquilo é muito particular do próprio caso, quando isso se desloca um pouco na fala das outras pessoas, isso pode apaziguar algumas angustias.”(“Z”, 2015).

Cabe ressaltar que em ambos os relatos não foram apontados aspectos teóricos metodológicos que fundamentam essas questões como demandas que acarretam a necessidade da realização do grupo de família.

Pensando no modo de construção do grupo de família questionamos se dentro da carga horária profissional havia um espaço para elaborar o grupo.

“Já teve. Não sei se nesse momento, como eu estou sozinha, mais assim, a gente sempre retoma um pouco. Vou dizer como é que funciona, porque é isso nesses três meses. Estou sozinha mais a gente sempre resgata um pouco do que foi o último grupo mesmo não levando as coisas elaboradas né. [...] A gente até leva, mais a partir do que aparece no grupo. Não, de uma coisa elaborada nossa como profissional”. (“Z”, 2015)

Segundo “X” atualmente, devido ao fato de conduzir o grupo sozinho, não haveria uma construção elaborada do grupo, a partir de um planejamento reflexivo para sua utilização. Percebe-se que apesar de “X” atuar como coordenador do grupo, o mesmo não executa funções primordiais para o funcionamento e desenvolvimento de um grupo. Como explicam Backes, Colomé, Erdmann e Lunardi:

“A função do coordenador ou moderador é significativa na dinamização dos grupos e está relacionada ao preparo e instrumentalização em todas as fases do processo, como a definição de um guia de temas, que consiste em um resumo dos objetivos e das questões a serem tratadas, além de um esquema norteador do encontro”. (BACKES, COLOMÉ, ERDMANN e LUNARDI, 2011, p.439)

No caso de “Z” a proposta de trabalho com grupo de família estava totalmente vinculado a assistente social. Percebemos que a assistente social, na época, aparentemente já familiarizada com o trabalho em grupos, realizava o papel

de coordenadora trabalhando no processo de construção como um todo, desde os aspectos reflexivos de criação, implementação e conclusão.

“Tinha sim. Mas era essa assistente social que junto com, ela que coordenava, então, ela que puxava a discussão de pensar o grupo. É interessante notar, fulano tá (Inaudível), pensar mesmo no manejo e sempre com as pessoas que estavam ali coordenando o grupo com ela e acompanhando”. (“Z”, 2015).

É importante ressaltar que “Z” atenta para o fato de que, mesmo com a suspensão do grupo de família em sua ala, as discussões sobre o tema são levadas para supervisão de equipe.

“Aqui na enfermaria, às vezes a gente leva o grupo pra supervisão, mesmo não tendo. Vamos fazer. O que é fazer um grupo de família? Qual é a finalidade? O que a gente entende de grupo de família? Não, dá para ser assim. Vamos fazer um grupo de família! O que a gente entende de grupo de família? Para que é o grupo de família? E aí em vários momentos eu já discuti isso em reunião de equipe e supervisão inclusive para poder tratar um pouco o que é para enfermaria. Por isso acaba sendo muito vivo, ele não existe mais a discussão é sempre muito viva”. (“Z”, 2015).

A partir da fala de “Z” observamos que dentro de sua ala a ideia de trabalho com as famílias continua como pauta de discussão nas reuniões e supervisões. Perpassando por questionamentos sobre diversos aspectos na criação e formação de um grupo, bem como o seu papel no projeto terapêutico e dentro da enfermaria. Como aponta “Z” (2015) “Não é fora da nossa perspectiva, esse grupo não foi extinto. Eu considero que ele foi suspenso”.

Com relação à importância do trabalho em grupo para a pessoa com transtorno mental, “Z” afirma:

“Quando o paciente entra em crise a família entra em crise também, não a mesma crise, mas tem uma desorganização que é de todo mundo. E o trabalho da enfermaria é muito forte, um é trabalhar com a crise do paciente, a outra é trabalhar com os familiares, assim a relação do paciente com o familiar, a gente se debruça nisso também. E a outra coisa é o tratamento extra, a gente fica muito próxima para continuidade. Então se o

familiar pode vir para um grupo e trabalhar suas questões. Porque é a questão do familiar, eu acho que reflete principalmente a questão do entendimento do que é a internação, do que é... Eles chegam muito angustiados, [...] Assim, porque tem gente que é muito inexperiente, é o primeiro surto do filho. Então, reflete diretamente” (Z, 2015).

Observamos que na visão de “Z” ter um espaço para as famílias de PTM reflete diretamente no projeto terapêutico dos pacientes. Isso porque o trabalho da enfermagem está voltado para o cuidado não só do paciente em crise, mas também da família, que continua sendo a instituição de base primordial para o PTM. Como já apontamos no capítulo 3.

No caso de “X” afirma que os usuários “reconhecem esse lugar”. Porém em sua fala não constatamos informações que confirmem o espaço do grupo de família como importante para o PTM.

“E eu tento dizer a eles que é um espaço que é da família, que não é. A gente não está ali para investigar. É curioso porque eles falam, Poxa, a minha família não veio. E é tão importante né. Às vezes a mãe chega aqui com o olho vermelho, né. Inchado de chorar. Aí, ele pergunta ah, o que aconteceu? Eu falo a estava emocionada. Eles reconhecem esse lugar. Então assim, acho que pelo momento agudo que eles estão vivendo eles respondem dessa maneira. Mais eles acham importante” (X, 2015).

Observamos que as profissionais entendem a importância do grupo de família como um espaço voltado a contribuir com o tratamento, Uma vez que as famílias tem um espaço de reflexão e acolhimento.

Nota-se que ambos os posicionamentos seguem direcionados ao cuidado com a família.

Vemos que o direcionamento dado aos grupos nos dois setores baseia-se em visões profissionais distintas do serviço social.

Dessa forma, a compreensão sobre o grupo de família torna-se cada vez mais importante para a realização de um trabalho que possibilite, a todos os envolvidos, manejar o grupo de forma comprometida com os objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social desde sua gênese tem a família como objeto de trabalho, ideia que manteve-se fixa por toda sua história. Nos últimos anos a família tem sido o foco das políticas sociais e junto com o Estado deverá zelar pelo bem estar de seus componentes. Cabe refletir como a família poderá arcar com mais uma incumbência com relação a pessoa com transtorno mental que sempre teve a internação asilar como suporte. Seria o trabalho de grupo uma tentativa de minorar os percalços da família na articulação das novas práticas nessa nova conjuntura?

Atualmente, frente o trabalho dos assistentes sociais nas equipes multiprofissionais, entendessemos que a família não é um objeto de trabalho único e exclusivo do serviço social. Portanto, frente os avanços e as propostas da reforma psiquiátrica o serviço social vem ganhando espaço e ocupando lugar no campo da saúde mental.

Essas propostas vêm firmando a importância de um novo modelo de cuidado com os pacientes, reforçando a ideia de uma sociedade sem hospitais e livre do aprisionamento. A proposta é a da criação de uma rede de atendimento extra-hospitalar, pensando nas práticas em saúde mental. O cuidado com a pessoa com transtorno mental deixou de ser apenas clínico e passou a ser visto em todos os aspectos de sua vida. Contudo, mesmo frente à legislação que prevê a substituição de leitos por serviços de tratamento fora dos hospitais, vemos que o Estado não atua de forma eficaz para garantir o andamento progressivo de uma nova rede de cuidados. Com isso, o Estado se ausenta de suas responsabilidades e a transfere a família, que torna-se a principal responsável no cuidado com o usuário.

A família por sua vez, encontra-se como parte de uma sociedade desigual e contraditória que reflete diretamente em seu ambiente familiar.

Assim, com a ausência do Estado e a dificuldade social, cultural e econômica das famílias, tornou-se necessário um trabalho voltado a auxiliá-las com as pessoas com transtornos mentais.

A partir, disso desenvolveu-se este trabalho com o objetivo de promover o estudo acerca das dificuldades e implicações na atuação do Serviço social nos grupos de família, sob a visão da inclusão dos familiares como parceiros do projeto terapêutico.

Primeiramente o estudo mostrou, através das pesquisas bibliográficas e da aplicação do questionário, que o trabalho com grupos de famílias dentro das unidades das enfermarias no HPJ é compreendido de forma distinta do que é ensinado sobre a técnica no Serviço Social e percebeu-se que não há muita clareza acerca de que tipo de grupo é trabalhado. Assim, como observamos nas referências bibliográficas é fundamental no trabalho com grupos o entendimento dessa dinâmica para que ela tenha sentido e lugar no projeto terapêutico dos usuários.

No entanto o estudo também apontou as mudanças constantes no quadro de funcionários e a precarização da mão de obra assalariada vem fragilizando e dificultando a construção de um trabalho contínuo. A grande rotatividade de profissionais fragmenta os processos de trabalho já construídos e enfraquece a categoria profissional dentro da instituição. Por outro lado o profissional concursado, com mais tempo dentro da instituição, consegue prosseguir com o trabalho proposto.

Em relação às demandas para a realização do grupo, constatamos que os profissionais identificam como ponto de partida o esclarecimento e o cuidado, o esclarecimento dos familiares sobre suas dúvidas a cerca de questões que

envolvam a internação e o cuidado no fortalecimento do elo familiar para o tratamento fora da internação.

Podemos mencionar que, diante dos relatos, o grupo de família encontra barreiras na forma como são realizadas, pela falta de uma estruturação reflexiva voltada as concepções teóricas e metodológicas da técnica.

Nesse sentido analisamos que a falta de profissionais do Serviço Social e de esclarecimento sobre *o que são os grupos, as suas finalidades e o seu funcionamento*, tem implicado fortemente na aplicação da técnica sem uma proposta teórica. Os grupos passam a funcionar como parte de um processo rotineiro, sem uma construção reflexiva. Nessa linha de pensamento entendemos que a formulação e construção, em seus aspectos teóricos-metodológicos, dos grupos de família são essenciais para que esse trabalho seja desenvolvido de forma a garantir o seu sentido no projeto terapêutico dos pacientes. A questão sobre a forma como se dá o trabalho de grupo com família na articulação das novas práticas nessa nova conjuntura fica prejudicada pela falta de objetivos claros no trabalho que está sendo realizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Desta forma, é essencial a figura de um profissional de serviço social, que atue frente as demandas postas no campo da saúde mental comprometido com a construção de um trabalho voltado a garantir os direitos dos usuários sob o olhar da realidade social. A técnica de grupo, tal qual a Saúde Pública a concebe, estrategicamente como potencializadora da educação em saúde, nos interessa para a discussão dentro do Serviço Social. Este é um desafio que vislumbramos a partir da presente pesquisa, em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. (Coord.). *Loucos pela vida- a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, Paulo. (Coord.). *Saúde mental, políticas e instituições: programas de educação a distância*. 20ed. Rio de Janeiro, 2003 Editora: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro* – São Paulo: Geração Editorial, 1Ed. 2013.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. In: *O MUNDO DA SAÚDE*. São Paulo, 2011, p. 438-442.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil*. São Paulo: Monsanto, 1982.

BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 82, 2005.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BISNETO, José Augusto.; NICACIO, E.M. *A pratica do assistente social na saúde mental*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2013.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia - Entrevista e Grupos - Col. Textos de Psicologia - 4ª Ed.* 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica (NOB/Suas)*. Brasília: MDS, 2005.

DALL`AGNOL, C. M.; RESTA D.,G.; ZANATTA, E.; SCHRANK, G., MAFFACCIOLLI, R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Revista Gaúcha de enfermagem*, p. 21-26, 2007.

DIAS, Claudia Augusto. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação & Sociedade: estudos*, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 141-158, 2000.

GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI, organizadores. *POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

GOFFMANN, Erving. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Editora LTC, 1988.

GONÇALVES, A. Martins.; SENA, R. Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, p. 48-55, mar.2001.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. In: *Serviço. Social e Sociedade*. Nº104 São Paulo Oct./Dec. 2010

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez/Celats, 1983.

KIND, L.; Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004

MANCIA, Lúcia. Variáveis que Interferem na Produção de um Grupo: *Revista da Sociedade Brasileira de Dinâmica de Grupo. História Formação Tendências*. 1998.

MINAYO, M.C.S; MINAYO-GÓMEZ, C. Trabalhando com a Diversidade Metodológica 8. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H. de A. (Orgs.). *O clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2003.

MINAYO, M.C. S.; DESLANDES, S. F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. (Coleção temas sociais)

NETTO, J.P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NICACIO, E.M. O assistente social e o usuário. Mimeo, 2008.

OSÓRIO, L. C. *Grupoterapias: Abordagens Atuais* Porto Alegre: Artmed, 2007, p.11.

ROCHA, E. C. "O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba". In: *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VI, nº4: 164-170, dez. 2003.

ROSA, L. C. S. *A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental*. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SOUSA, C. T. "A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional". In: *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008.

TEIXEIRA, L.A. Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: a trajetória do Instituto Pauster de São Paulo no período de 1903-1916. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

VASCONCELOS, E. M. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

ZIMERMAN, D.E. Fundamentos Teóricos. In: OSÓRIO, L.; ZIMERMAN, D.E. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 23-31.

Fontes Primárias:

“X”. **Entrevista.** [out. 2015]. Entrevistador: Jaqueline Silva dos Santos. Rio de Janeiro, 2015. 1 arquivo .mp4 (39 min.).

“Z”. **Entrevista.** [out. 2015]. Entrevistador: Jaqueline Silva dos Santos. Rio de Janeiro, 2015. 1 arquivo .mp4 (23 min e 29 seg.).

SANTOS, Jaqueline Silva dos. Diário de Campo, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2º semestre de 2012 até 1º semestre de 2013.

Hemerografia

Disponível em www.mds.gov.br/assistenciasocial acesso em 09/12/2015.



ANEXOS 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (a). é convidado (a) a participar da pesquisa sobre a temática “A Intervenção dos assistentes sociais nos grupos de família do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”, que tem como objetivos: O objetivo geral da pesquisa é investigar as dificuldades e implicações do trabalho dos assistentes sociais nos grupos de família, sob a visão da inclusão da família como parceira do projeto terapêutico. Além disso existem os objetivos específicos de aprofundar o conhecimento dos estudantes de serviço social na área de saúde mental, junto a grupos de família e contribuir para dar visibilidade a esse grupo social e suas demandas;

Este é um estudo que se baseia em uma abordagem de entrevista semi-estruturada, onde as respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, não sendo mencionado em momento algum seu nome em quaisquer fases do estudo. Em caso de necessidade de exemplificar situação determinada, a privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por códigos (sexo, idade, número da entrevista, entre outros). Os **dados coletados serão utilizados unicamente NESTA pesquisa** e os resultados divulgados em eventos e/ou entrevistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, ou seja, a qualquer momento o (a) Sr. (a) pode recusar-se a responder quaisquer perguntas ou ainda desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Essa pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A mesma será gravada em MP4 para transcrição posterior – que será guardada por 5 (cinco) anos e deletada após esse período.

O (A) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Serviço Social.

O (A) Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e email e o endereço do pesquisador responsável, bem como demais membros da equipe, podendo tirar as dúvidas sobre o projeto e de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já, agradecemos a sua participação!

Marileia Franco Marinho Inoue

Nome do Orientador

Pesquisador Principal

Email: marileiainoue@gmail.com

Cel: 99153-2595

Jaqueline Silva dos Santos

Nome do Orientando

Graduando

Email: jaquelineufrj2009@gmail.com

Cel: 982985671

Rio de Janeiro, 09 de setembro de 2015.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

ANEXO 2

Questionário para entrevista com os coordenadores

Data: / /

Nome:

Idade:

Setor:

Tempo de formada:

Instituição Pública ou Privada?

Qual?

1) Há quanto tempo realiza o grupo de família na instituição?

2) Qual o tipo de grupo realizado?

Focal Operativo Outro:

3) Você já teve outra experiência em trabalho com grupos?

Não Sim. Onde?

4) Qual a sua função no Grupo?

5) Além do Coordenador existe a figura do relator?

6) Quantas pessoas da equipe participam do grupo ?

a) Existem funções estabelecidas para cada coordenador? Quais?

7) Os coordenadores de grupos mudam com frequência ?

Não

Sim. Em sua opinião, isso interfere na realização do trabalho? De que forma?

8) Qual o objetivo do grupo?

9) Qual a principal característica do grupo?

10) Quais as demandas para realização do grupo?

11) Existe um espaço , dentro da carga horária profissional, para o planejamento e elaboração de um projeto para as reuniões do grupo?

12) A instituição valoriza o trabalho do grupo de família?

13) Existe um espaço adequado para realização do grupo?

Sim

Não. Em sua opinião, isso interfere no desenvolvimento do grupo? Como?

14) Quem pode participar dos grupos de família?

15) Existe um número determinado de pessoas que pode participar do grupo de família?

16) Como é feito o convite aos familiares para participar do grupo?

17) Em geral, o grupo tem uma maior participação de familiares do sexo feminino ou masculino?

18) Qual a maior dificuldade no trabalho com os grupos de família?

19) Qual a importância do trabalho em grupo para a pessoa com transtorno mental?

20) Tem alguma experiência marcante que gostaria de compartilhar nesta pesquisa?

21) o que gostaria de ver escrito neste TCC sobre sua experiência com grupos?
