

I

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NO CAPS

Lucas Fábio Nunes Neres¹

RESUMO

O presente artigo científico busca discutir a participação da família no tratamento dos pacientes com transtorno mental e usuários dos serviços do CAPS. A realidade cultural e socioeconômica do Brasil, por muitas vezes, não permite o que realmente se espera da reforma psiquiátrica como um molde no tratamento do paciente portador de desordem mental. Nesse sentido, os equipamentos e as redes utilizadas no atendimento dos pacientes usuários do CAPS, devem incluir os membros familiares e destacar a grande importância que eles têm no processo de recuperação do indivíduo com transtorno mental. As famílias são peças fundamentais no tratamento desses indivíduos, pois são os principais cuidadores. A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura descritiva, com intuito de buscar fundamentações necessárias e consistentes para consecução das análises.

Palavras Chaves: Serviço Social, Saúde Mental, Transtorno Mental, Família.

ABSTRACT

This scientific article seeks to discuss the participation of the family in the treatment of patients with mental disorders and users of CAPS services. The cultural and socioeconomic reality of Brazil, many times, does not allow what is really expected of the psychiatric reform as a model in the treatment of patients with mental disorders. In this sense, the equipment and networks used in the care of patients using CAPS should include family members and highlight the great importance they have in the recovery process of the individual with mental disorder. Families are fundamental parts in the treatment of these individuals, as they are the main caregivers. The present research is a descriptive literature review, in order to seek necessary and consistent grounds for carrying out the analyzes.

Keywords: Social Work, Mental Health, Mental Disorder, Family

¹ Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Educacionais de Capim Grosso – FCG. Pós-graduando em Neuropsicopedagogia - FASB E-mail: fabioninenine@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9744-8564>.

1 INTRODUÇÃO

Quando se fala em saúde mental, surgem desentendimento com relação ao que é exatamente saúde e doença, visto que alguns autores julgam que a doença é a escassez da saúde, e por outro lado, outros afirmam que existem muitos elementos e fatores que podem desenvolver uma enfermidade. A reforma psíquica no Brasil refletiu de maneira significativa no processo de tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, levando uma nova visão sobre a responsabilidade da família junto ao sujeito com transtorno mental, além de direcionar novas demandas ao profissional assistente social.

Um de muitos logros conquistados com a reforma psiquiátrica foi o procedimento de desinstitucionalização do sujeito com transtorno mental, tal procedimento foi muito importante para inclusão do assistente social na saúde mental. Contudo também trouxe para as famílias a incumbência na criação de uma nova história na vida do sujeito com transtorno mental. Bisneto (2011) sustenta que a história do Serviço Social na saúde mental é frisada por regras e antinomias que maleficiaram no bom desenvolvimento entre a teoria e prática em meio a atuação do profissional de Serviço Social em clínicas psiquiátricas, labores alternativos e em hospitais manicomiais brasileiros. Rosa (2013) diz que é preciso um processo intensivo frente as famílias do indivíduo com transtorno mental, concedendo ao meio familiar a sensação de plena capacidade em prosseguir com sua responsabilidade como cuidadora.

O trabalho do assistente social na saúde mental, tem que levar sempre em consideração os laços familiares. A família precisa ser inserida aos cuidados, objetivando o revigoramento de vínculos, visto que é necessário o rompimento de uma visão completamente errônea de que o sujeito portador de transtorno mental é "louco" e que deve ser apartado de sua família, para o bem estar desta. Mesmo com o objetivo de vínculos familiares, é preciso que a família usuária e os especialistas/ou os profissionais da saúde mental, trabalhem em conjunto, objetivando a inserção do sujeito portador de transtorno mental na sociedade, acabando com o preconceito e garantindo os direitos da pessoa portadora de transtorno mental.

O tratamento de pessoas com transtorno mental, por um certo período, circunscreveu há um molde hospitalocêntrico, ao qual no mesmo existiam práticas que corroboravam o preconceito, a estigmatização e a segregação. No transcorrer dos

anos e com o tentamento de atenuar a inquietude das pessoas com transtorno mental, modificações começaram a acontecer fazendo ressurtir um novo modelo de cuidar, baseando-se na reinserção social e liberdade.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem um atendimento aberto e direcionado a comunidade local, através de uma equipe com multiprofissionais, que prestam atendimentos aos sujeitos com martírio e transtorno mental grave e insistente. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem em seu quadro de funcionários/ou servidores multiprofissionais estruturado por psicólogos, psiquiatra, pedagogo, técnico em enfermagem, enfermeiro, assistente social, e equipe de serviços gerais.

Com a ampla diversidade de pessoas que sofrem de transtorno mental, consideramos esses indivíduos multifacetados, levando em consideração também o fato de os mesmos serem doentes, ao que se expede uma mudança nos conceitos e atuação em saúde mental. Segundo Amarante (2008), é importante para o CAPS, prestar o devido acolhimento aos indivíduos que se encontram em um momento de crise e ao restante das pessoas envolvidas (Amigos, família, entre outros), de uma maneira que possa ser desenvolvida uma rede de relações com a equipe e os indivíduos que estão dentro deste meio.

Os conceitos assimilados no íntimo do grupo familiar são importantes na formação da identidade do sujeito, tendo uma função importante, pois o mesmo conduz a vida de cada um dos membros da família. Isso posto, na família se compreende não somente valores, como também comportamentos, que serão reflexivos ao decorrer da vida na sociedade (KALINA et al., 1999; SCHENKER, 2008).

Sendo assim, o presente artigo estabeleceu como problema de pesquisa: Quais as principais influências que a participação familiar proporciona no processo de tratamento dos usuários com transtorno mental atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS)?

Em conformidade com o problema de pesquisa, estabelece-se o seguinte objetivo geral: Analisar as principais influências que a participação familiar proporciona no processo de tratamento dos usuários com transtorno mental atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS). Nesse contexto, para alcançar o objetivo geral de pesquisa, os objetivos específicos do presente trabalho são: Conceituar o processo de tratamento dos usuários com transtorno mental, Conceituar participação familiar, Discutir a presença da participação familiar no processo de tratamento dos usuários

com transtorno mental e Identificar as influências que a participação familiar proporciona no processo de tratamento dos usuários com transtorno mental atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS).

1.1 Processo de tratamento dos usuários com transtorno mental

O processo de tratamento do usuário com transtorno mental, envolve o chamado "cuidar", que nada mais é uma prática social estabelecida pelo homem onde são englobados diversos significado. Nesse sentido, o "cuidar", está presente desde o nascimento do ser humano, onde por toda via sua durabilidade é por toda vida, cooperando diretamente na produção da sociabilidade, consciência, cultura e linguagem. Segundo o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos sobre a resolução nº 08/2019:

A assistência em saúde mental e seus serviços devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma (BRASIL, 2019, Art 2).

Diante disso, o tratamento do usuário com transtorno mental, parte primeiramente da compreensão no que se refere as necessidades individuais e coletiva dadas em diversos contextos históricos e principalmente nas realidades sociais, culturais e políticas. Segundo Brasil (2019), o sujeito ao qual está sobre o tratamento focado em saúde mental deve de todas as formas ser direcionado há um processo de conquista da cidadania e seus requisitos básicos, melhor dizendo, o indivíduo deve ter um tratamento visando a integralidade, universalidade, e completo acesso aos direitos sociais, como o seu direito a saúde, educação, lazer, assistência social, previdência, trabalho, moradia e renda.

Sabe-se também que a participação da família no tratamento do usuário é fundamental. Segundo Tanaka et al (2009), no andar da intervenção, a família torna-se uma das principais peças da recuperação do indivíduo, pois a mesma consegue extrair ótimos resultados no que se refere a adesão aos tratamentos medicamentosos e conseqüentemente terapêuticos.

Por outro lado, o processo de tratamento tem um alinhamento direto com a Política Nacional de Saúde Mental, com as ações de prevenção, tratamento e

promoção a saúde, que são baseadas em comprovação científica. Os portadores de transtorno mental, contam com abordagens multifatoriais, que requerem uma abordagem interdisciplinar, onde cercam diversas áreas governamentais (Assistência Social, Saúde, Justiça e trabalho).

1.2 Trajeto histórico da Saúde Mental no Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), as atribuições da Saúde Mental são definidas através do desajuste emocional, na maneira de pensar, ou através de reações angustiantes, que de alguma forma poderá prejudicar ao longo da vida do sujeito. Ou seja, os problemas da Saúde Mental, são enfermidades que podem interferir na proatividade do desenvolvimento social do indivíduo.

A Política Nacional de Saúde Mental, preconizada na Lei 10.216/01, procura firmar um paradigma na atenção de Saúde Mental aberto e comunitário assegurando a liberdade da população portadoras de transtornos mentais aos serviços factuais, disponibilizando cuidados baseados em auxílios comunitários. Esse paradigma oferece uma conexão de serviços e dispositivos diversificados tais como: CAPS, SRT, Centros de Convivências e Cultura, suporte de atenção integral e Programa de Volta para Casa. A partir do início da internação de pessoas que sofrem de transtornos mentais no Brasil, precisamente no século XIX, os cuidados direcionados as pessoas portadoras de transtornos mentais refletiu em internações em hospitais de cunho psiquiátrico especializados, localizados nos maiores centros de desenvolvimento econômico do país.

Com início dos anos setenta principia as renovações que procederam um paradigma compenetrado na população e substitutivo no modelo de um hospital especializado, enquanto o Movimento de Reforma Sanitária pelejou por evolução nas melhores condições no desenvolvimento de saúde da população, buscando a reformulação do sistema de saúde vigente no Brasil, sendo estimulado através de questionamentos no âmbito da saúde e através de outros movimentos sociais (OLIVEIRA, 1987).

Segundo Vital (2007), expõe de maneira paralela ao Movimento da Reforma Sanitária, corroborando uma nova sugestão ao sistema de saúde e, singularmente, a saúde mental, tem-se o movimento pela Reforma Psíquica, com intenção de desconstruir os dispositivos de assistência vigente, sugerindo novas maneiras de

atendimento. A reforma psíquica no Brasil, foi bafejada na vivência dos italianos, que tinham inferências de que “quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29). Conforme afirma Amarante (2003), o propósito da Reforma Psíquica é

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (2003, p. 58).

Desta forma, a reforma psíquica objetiva, além de apurar a excelência em um atendimento, elaborar mecanismo e meios para tratar o indivíduo tracejado na inclusão comunitária, abandonando a convicção de que os "malucos" ou "loucos", precisariam ser apartados para tratamento (AMARANTE, 2009). O princípio deste remodelamento político no Brasil sucedeu pelo aparecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e, sobretudo, do estímulo procedente da experiência Italiana coordenado por Franco Basaglia (AMARANTE, 1988). Com isso, objetivou eliminar o padrão unicamente hospitalocêntrico de atenção em saúde mental e estabelecer outra dialética de assistência, como conservá-los em suas relações sociais, sem afastá-los da instituição, com o objetivo de buscar tratamento, apoio assistencial e recuperação.

Através da Constituição Federal de 1988, é fundado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo circunstâncias institucionais para inserção de novas políticas de saúde mental, em meio delas, a saúde mental. Dando ênfase no processo de Reforma Psíquica, no ano de 1989, o Projeto de Lei de Paulo Delgado, que nos dias de hoje é Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, tem como objetivo regulamentar os direitos e acesso do cidadão com problemas de saúde mental. Com a aprovação da lei, foi proporcionado o aumento integral dos Centros de Atenção Psicossocial.

Diante disso, o padrão de atenção comunitário surge como primeira escolha de atendimento e atribui aos Centros de Atenção Psicossocial a incumbência de promover a readaptação de pessoas com problemas de saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial, procuram sempre trazer inovações no tratamento em saúde mental, com intuito de banir o padrão hospitalocêntrico. Em meio de muitas funções realizadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma delas é desenvolver

trabalhos em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, com o foco de estabelecer uma vida comunitária aos usuários e levar autonomia aos mesmos.

Após 10 anos da aprovação da Lei 10.216/2001, afamada como Lei Paulo Delgado, ao qual essa lei permitiu abertura de sistemas substitutivos de um padrão hospitalar manicomial, em 2011, surgiu novos modelos substitutivos como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os CAPS e alguns outros.

1.3 Família e transtorno mental

Segundo Pimenta e Romagnoli (2008), afirmam que antes da Reforma Psíquica o sujeito portador de transtorno mental, era observado ou tido como louco, sendo apartado da convivência social e de uma rotina produtiva, coabitando longe da sociedade e de sua família. De acordo com Pimenta e Romagnoli (2008), no mesmo momento em que se defendia o pensamento de que a família teria de ser defendida de seu familiar doente, o conjunto familiar era apontado como o principal problema no desenvolvimento da loucura ou problema psíquico.

Desse modo, a conexão entre a pessoa portadora de transtorno mental e seu familiar era mediado através das agências estatais e por médicos, que tinha a responsabilidade de levar o tratamento até chegar na cura, levando também assistência e, possuindo também a tutela do paciente. O encargo da família era apenas identificar a afonésia do seu familiar doente e mandar para o asilo, disponibilizando informações relevantes no andamento do tratamento e, em alguns momentos visitava o paciente, esperando a recuperação do mesmo.

De acordo com Santin e Klafke (2011) a Reforma Psiquiátrica no Brasil beneficiou a saúde mental com várias mudanças, alterando também a conexão da família com o portador de transtorno mental, visto que com a desinstitucionalização dos doentes, a família começa a ser incorporada no cuidado. O envolvimento e a conexão da família como cuidadora da pessoa com transtorno mental, passou por diversos momentos, que se modificam através da realidade econômica e sociocultural no decorrer do tempo.

Segundo Soares e Munari (2007, p.358) a confirmação de uma enfermidade crônica ou de uma deficiência infundável no âmbito familiar é observada como uma situação de luto e conflito, sucedendo "[...] um desequilíbrio entre a demanda de ajustamento e os recursos disponíveis para lidar com a questão". Ambas as autoras salientam que para ajustar a harmonia entre o doente e a família, é necessário superar

o período mais crítico, que vai depender de como cada família vai saber resistir com o estágio do paciente com transtorno mental e maneira que ela vai achar para estabelecer um novo autocontrole.

Soares e Munari (2007) ponderam que o momento mais complicado para as famílias com portadores de transtorno mental, é na transformação do sujeito, na pessoa que o mesmo se torna, é como se o ente querido tomasse forma de uma pessoa irreconhecível. Outra inquietação da família é nas atitudes diárias do mesmo, como por exemplo; nos maus hábitos diários, na agressividade, no retraimento, na falta de higiene, o fato de não querer cooperar com pessoas que querem somente ajudar. Tudo isso pode despertar nas famílias insegurança, medo, remorso e a sensação insuficiência, debilidade e fraqueza, diante da realidade enfrentada.

Rosa (2013, p.134) afirma que no começo de 1990 a família começou a ser mirada “[...] como usuário de serviços e como sujeito político do processo de reforma psiquiátrica brasileira, em curso no país, como política oficial”. A autora afirma que a desinstitucionalização da pessoa portadora de transtorno mental deu-se como base a política de assistência psiquiátrica norteada pelos direitos da pessoa portadora de transtorno mental e pela formação de uma nova conexão entre a afonésia e a sociedade. “Essa mudança no modelo assistencial exige uma outra relação entre os serviços destinados à assistência psiquiátrica e o grupo familiar, principalmente com os cuidadores-familiares, manifesto na sua incorporação como parceiros dos novos dispositivos” (ROSA, 2013, p. 134).

2 SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social está amplamente direcionado aos preceitos humanitários que luta constantemente para superar as conexões sociais dominantes, desempenhando um papel muito importante no processo de reintegração dos sujeitos portadores de transtorno mental aos serviços substitutivos, tendo em mente não só atender eles, mas também prestar suporte e atendimento aos seus familiares. Os parâmetros do Serviço Social têm origem no século XIX, no processo da Revolução Industrial e, em seguida, o capitalismo também, surgindo intensas alterações na sociedade contemporânea (SANTOS, 2010).

Segundo Silva & Silva (2007), o Serviço Social no Brasil, a partir das primeiras escolas no ano de 1930, eleva-se sobre a persuasão norte-americana, tendo como sustentação a doutrina católica, constituído por setores opulentos da sociedade,

sendo a atuação profissional alicerçado no comprazimento, caridade e em atos filantrópicos. No ano de 1936 teve o surgimento da primeira escola de Serviço Social em São Paulo e a segunda escola surgiu no ano de 1937 no Rio de Janeiro, sendo assim as duas primeiras escolas de Serviço Social no Brasil. Três sustentáculos estabelece a formação do profissional assistente social; formação e conhecimento científico; formação e conhecimento técnico e formação moral e doutrinário.

No momento da formação científica é extremamente importante o conhecimento nas disciplinas como por exemplo: Psicologia, Sociologia, Filosofia e Biologia, desenvolvendo praxes da objetividade; já na formação técnica há um propósito na preparação do lecionado quanto aos seus atos no combate dos males em meio a sociedade; já na formação moral e doutrinária tem como objetivo o absorvimento dos conceitos pertinentes à profissão (SILVA & SILVA, 2007).

Vista como profissão, seu meio institucional se coaduna “à criação das grandes instituições assistenciais estatais e paraestatais, especialmente na década de 1940, período marcado pelo corporativismo do Estado e por uma política a favor da industrialização” (SILVA & SILVA, 2007, p. 3). Com o passar do tempo e melhorias alcançadas pela categoria, o Serviço Social começou a desempenhar um papel muito significativo no que se refere aos cuidados direcionados aos portadores de transtorno mental, seus familiares e na sociedade. Na prestação dos serviços sociais, o profissional assistente social opera em frente aos elementos da questão social, aonde um dos seus aspectos é o adoecimento.

O profissional assistente social principiou o desenvolvimento na área da saúde cognominado Serviço Social Médico. As competências facultadas para esse profissional se embasavam na triagem, no momento da elaboração de ficha, na divisão e distribuição de um auxílio econômico para possibilitar a locomoção dos pacientes à instituição de saúde e a adaptação do paciente junto à instituição (IAMAMOTO, 1998).

A inclusão do profissional assistente social na área da saúde foi alicerçada em fundamentos direcionado em um atendimento através do comprazimento e filantropia. Esses arcaísmos mesmo não sendo hegemônicos são levados rente com a profissão; muitos atendimentos estão baseado entorno deste modelo (TESARO, 2010). Segundo Montaño (2007), nos seus estudos referentes a essência do Serviço Social exhibe duas teses antagônicas referente a natureza da profissão: panorama endógeno e panorama histórico e crítico.

No panorama endógeno ao Serviço Social está concernente à evolução, organização e práticas direcionadas à caridade e filantropia das mulheres afamadas como damas da caridade (mulheres ricas) provenientes da igreja católica, por meio do humanismo, tendo como foco questões morais e instruções conservadora alicerçada no Neotomismo. Nesse sentido, a atuação profissional está ligada diretamente ao conflito individual ou também coletivo dos trabalhadores, com o intuito de garantir as relações de solidariedade que estabelecem a sociedade.

O panorama histórico e crítico foca no trabalho e na forma de produção capitalista como base da profissão, compreendida como subproduto de uma súmula de projetos políticos e econômicos estabelecida no meio da sociedade capitalista como um componente que tem sua participação na reprodução das relações de classe e na incongruência nelas vigentes.

Congruente a tudo isso, os dois panoramas tem uma diferença básica entre elas sendo que a visão conservadora à profissão é observada a partir dela mesma, onde o tratamento teórico facultado ao Serviço Social permite uma autossuficiência histórica relacionado às classes, nas lutas de classes e na sociedade; no histórico e crítico à profissão é compreendida como subproduto da súmula de projetos políticos e econômicos estabelecido no meio da sociedade capitalista como um componente que tem sua participação nas relações de classes e incongruências nelas vigentes.

2.1 Serviço Social na Saúde Mental

O Serviço Social está introduzido na saúde mental aproximadamente desde 1940, referenciado como serviços sociais psiquiátricos. Segundo Vasconcelos (2000), os profissionais de serviço social já labutavam juntamente com as famílias, desenvolvendo trabalho prático junto ao Centro de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil. As atividades desenvolvidas, se davam através de levantamento de dados sociais sobre as famílias dos sujeitos, alta médica e encaminhamentos. O trabalho era exíguo e os profissionais assistentes sociais exerciam trabalhos voltados ao "serviço social clínico" em que prevaleciam enfoques higienistas (VASCONCELOS, 2000).

Segundo Bisneto (2011), afirma que na década de 1970 o Serviço Social brasileiro presenciou o Movimento de Reconceituação, que contrariou os métodos utilizados na saúde mental, levando à uma dificuldade na prática e articulação na

psiquiatria e nas novas concepções da profissão. “Os paradigmas em Serviço Social que tentavam orientar a prática nos anos 1970 não conseguiram estabelecer uma metodologia de atuação em Saúde Mental” (BISNETO, 2011, p. 28).

Segundo Rosa (2006), expõe que a primeira metodização do Assistente Social na Saúde Mental surgiu em torno de 1905, nos Estados Unidos da América, juntamente com o Serviço Social Psiquiátrico, enquanto já era existente uma certa preocupação no que se relaciona à reinserção social das pessoas portadoras de transtorno mental e o labor contrário ao estigma já existente contra eles. Pode-se perceber que a ingerência do Assistente Social já tinha inclusa a família e a comunidade que os cercavam.

As práticas profissionais do assistente social na área da saúde mental não acontecem de uma maneira isolada, mas articula-se a outros profissionais, como Psicólogos que tem o papel importantíssimo na reinserção do usuário portador de transtorno mental em seu meio de convívio. Nessa época também já tinha uma certa preocupação no que se refere a obter informações sobre o portador de transtorno mental, como informação sobre o emocional, sobre a situação econômica e físicas.

Em meados de 1930, ao qual a política de saúde foi estruturada, principia a criação de políticas sociais afim de responder às necessidades dos trabalhadores, Vital (2007) expõe que a saúde foi sistematizada em dois setores: o setor da saúde pública, até o ano de 1960, que foi responsável pela prevenção e promoção, com destaques nas campanhas de cunho sanitário e na fundação dos serviços direcionados ao combate às endemias, concentrando-se na formulação de condições sanitárias para a população e, a medicina previdenciária, sublinhada pela formulação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), ao qual cambiaram para Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) inauguradas no ano de 1923. Os principais meios utilizados pela saúde pública, entre 1930 a 1940 foram

ênfase nas campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde, pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1937; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941 (BRAGA e PAULA, 1986 apud VITAL, p. 6).

Na década de 40, diante da formação dos primeiros profissionais assistentes sociais no Estado do Rio de Janeiro, os mesmos passaram a fazer parte da equipe profissional que trabalhavam na área da saúde e, especialmente na área da saúde

mental (BISNETO, 2007). No trajeto desse processo, o Serviço Social passou diversas vezes por desvalorização e, conseqüentemente diminuindo a grande relevância da atuação profissional do assistente social.

De acordo com Silva & Silva (2007), o Serviço Social operava de uma maneira subalterna aos cuidados médicos e, também visando sempre os trabalhos desenvolvidos na instituição, onde consistiam das seguintes formas; pesquisa e levantamento de dados relacionados à realidade social e familiar dos pacientes, realização e confecção de atestados sociais; e encaminhamentos. Visava também atender pacientes e membros familiares com relação às necessidades emergentes como por exemplo; contatos, roupas e recursos financeiros exíguos.

Os profissionais assistentes sociais em determinadas instituições, atuavam e colaboravam em campanhas no sentido de arrecadar capital financeiro, objetivando auferir cigarros, roupas e vinténs de necessidade imediata dos internos. O fazer profissional dos assistentes sociais limitava-se somente em serviços burocráticos e consuetudinário, sem nenhum meio interventivo inovador no dia a dia dos pacientes e seus familiares.

A Saúde metamorfoseou-se no principal campo de absorvência profissional datado no ano de 1948, quando uma nova conceituação de saúde, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade”, começou a focar diretamente os aspectos biopsicossociais, tendo como necessidade determinar o requerimento de outros profissionais para atuarem no setor, dentre eles, o profissional assistente social.

Na psiquiatria brasileira o trabalho do assistente social teve seu início através da assistência aos trabalhadores, a fim de diminuir as manifestações sociais em meio ao capital e o trabalho. A prática profissional em manicômios aconteceu posteriormente. A motilidade militar no ano de 1964, é marcada por uma adjunção entre uma assistência remetida ao enfermo mental indigente e uma nova etapa na qual é ampliada a cobertura e massa dos trabalhadores e seus dependentes (SILVA & SILVA, 2007).

No período da ditadura militar, conforme as autoras afirmam, o maior empecilho era a pobreza que precisava urgentemente ser dominada, pois o mesmo poderia levantar muitas contestações da sociedade, especialmente com a junção na rede previdenciária, por meio do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes.

Dessa forma, o profissional assistente social foi requisitado pelo Estado absolutista para trabalhar como realizador de políticas públicas no campo da saúde mental.

Segundo Vital (2007), a política de saúde mental no ano de 1964 até 1974, beneficia a iniciativa privada, admitindo um novo molde de prática clínica e assistência médica de cura, menosprezando práticas preventivas de caráter coletivo.

Com o surgimento de clínicas e hospitais psiquiátricos particulares, a atuação profissional do assistente social aumentou gradativamente tendo em vista o grande volume de privatização nessas clínicas e hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, mesmo assim, ainda não tinha uma demanda certa exposta pelos empregadores. Nas clínicas e hospitais psiquiátricos os profissionais assistentes sociais, foram admitidos com a finalidade de cumprir a exigência feita pelo Ministério da Saúde, contudo os salários eram extremamente baixos e os profissionais não tinham uma função definida (SILVA & SILVA, 2007).

De acordo com Bisneto (2007), a inclusão do profissional de Serviço Social dentro dos hospitais psiquiátricos foi exigida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), datado no ano 1973, demonstrando a grande importância que é ter uma equipe interprofissional prestando atendimentos aos portadores de doença mental.

Na década de 70 surgem realizações impactantes para a saúde mental e da mesma forma para o Serviço Social: o Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe transformações e um novo molde de tratamento psiquiátrico, levando uma maior liberdade nos serviços de atenção psicossocial, de acordo com as demandas impostas por cada usuário e, sempre buscando uma estrutura embasada em um Projeto Profissional fundamentado na teoria social de Marx.

Segundo Vital (2007) no período de 1974-1979, o Serviço Social na área da Saúde não se modificou, mesmo com o processamento organizativo da categoria, do conhecimento teórico e do movimento geral da sociedade. Permaneceu o cunho conservador com uma visão voltada para a psicologia das relações sociais, sendo o sujeito culpabilizado por seu convívio social ou seu estado de saúde, tendo o profissional de Serviço Social como responsabilidade, recuperar o sujeito através de ação mobilizadora.

Nas décadas de 80 e 90, através das transformações realizadas por meio da Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental reivindicou atuações mais comprometidas a fim de trazer meios proponentes no que se refere à

desinstitucionalização, da retirada da atenção em saúde mental do manicômio, concedendo ao portador de doença mental a total condição de indivíduo, merecedor de receber uma atenção relacionada aos direitos sociais (SILVA & SILVA, 2007).

Bisneto (2007, p.120) expõe que “algumas variáveis típicas na caracterização dos usuários de estabelecimentos psiquiátricos que podem trazer implicação para a prática do Serviço Social”, sendo feito levantamento de alguns questionamentos como a hegemonia de sujeitos pertencentes a camada dominada: usuários com baixo grau de conhecimento escolar e moradores de ruas. Mesmo as instituições psiquiátricas não fazendo distinção de classe social, são as pessoas mais pobres e com menos poder econômico que prevalecem, trazendo com eles mesmos não somente as emergências resultantes de sua condição social, mas também principalmente suas questões ocultas que podem ser facilmente percebidas e, nesse sentido tendo o profissional assistente social a responsabilidade de descobri-las, pois é nesse sentido que a lei n. 10.126/2001, tenciona em seu Artigo 1º:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A atuação do assistente social junto as famílias dos portadores de transtorno mental, tem que estar sempre alinhado ao fortalecimento de vínculos com o membro que precisa de atenção e desvelo especial, o que em muitas das vezes deriva um certo distanciamento e repugnância e, dessa forma vindo a prejudicar ambos os lados/partes. Se colocar à disposição das famílias no sentido de ouvi-las, é importantíssimo principalmente para dar a impressão que os problemas delas levados em questão, está sendo levados a sério e que está sendo dada a devida atenção e, conseqüentemente despertando uma certa confiança nas famílias.

Esse é um processo a ser percorrido objetivando algo maior, no qual a diferença está pautada no planejamento do assistente social no sentido de elaborar meios interventivos junto as famílias e o sujeito, não deixando se levar aos limites institucionais e alguns outros desafios impostos e que devem ser superados ou que, de alguma forma venha conceder mudanças efetivas na realidade dessas famílias vítimas de exclusão social.

O profissional que presta ajuda à família deve pensar que a mesma tem de ser respaldada nos conceitos já estabelecidos no meio familiar e não nos do profissional; quando se passa a considerar o doente mental nos seus

contextos familiar e social, atribui-se ao seu distúrbio mental um significado cultural, ou seja, “diferente” para aquela determinada família sustentada por uma cultura diferenciada (OLIVEIRA & COLVERO, 2001, p. 199).

A família tem um papel importantíssimo no processo de tratamento do portador de transtorno mental, possibilitando o acolhimento, proteção, tal como contribuição afetiva e cuidados diferenciados. Referente aos conceitos do papel familiar, Rosa (2003) relata que a mesma deve ser colaboradora corresponsável nos delineamentos terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental. O profissional tem por sua obrigação superar as fraquezas que ainda existem na área da saúde mental:

[...] reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar idéias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos (BISNETO, 2007, p. 145).

De acordo com a Abade (2001), o profissional Assistente Social colabora no que se relaciona uma visão completa sobre o tratamento terapêutico individual do sujeito de uma maneira que venha garantir ao cidadão dignidade frente ao tratamento, transformando-o em um sujeito social com deveres e direitos. A pessoa portadora de doença mental em meio ao convívio social em qual vive, precisa cotidianamente de ajuda, assistência e apoio cônsono, para que o mesmo possa exercer sua cidadania em qualquer momento ou circunstância de sua vida, fazendo com que o sujeito seja capaz de lutar por conquistas e conservação dos direitos fundamentais.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo consiste em pesquisa aplicada em revisão de literatura, de forma descritiva. A revisão de literatura ela é caracterizada por uma análise de pesquisas relevantes que servem como amparo para uma eventual decisão, possibilitando uma síntese de conhecimento de um referido tema ou assunto, como também observar brechas do conhecimento ao qual precisam ser preenchidas com a efetuação de novos estudos (LAKATOS, 2009).

Para a elaboração deste artigo, foi seguido seis etapas. Na primeira etapa, teve a eleição do tema e da questão norteadora. Essa primeira etapa é importantíssima,

pois ela permite uma construção na revisão muito bem elaborada. Já na segunda etapa, foi estipulado um método de inclusão e exclusão. Na terceira etapa, foi o momento de extrair informações e resultados consistentes. Na etapa seguinte, teve uma análise através de uma leitura de forma sistemática e crítica. Na quinta e sexta etapa, teve a finalização e apreciação dos resultados e discussões, e após tudo isso, foi apontado uma síntese de todo conhecimento assimilado.

As amostras levantadas para dar auxílio sobre essa revisão, teve como objetivo a literatura acadêmica com relação ao tema, sendo essas pesquisas tipificada por um contorno atemporal, tendo como bases os dados da *Scientific Eletronic Library - SCIELO* e *Google Scholar – Google Acadêmico*. Os descritores usados foram Serviço Social, Saúde Mental, Transtorno Mental, Família. Na primeira filtragem foram encontrados 18 artigos, mas através de uma leitura muito criteriosa restaram apenas 5 artigos que tiveram relação com os resultados que corroboram sobre a influência da participação da família no tratamento dos usuários portadores de transtorno mental no CAPS.

Os resultados foram observados e apontados a partir de uma tabela, com a intenção de classificar os artigos observados, ressaltando como resultados a influência da participação da família no processo de tratamento do usuário no CAPS. A maneira de inclusão será: artigos que estejam escritos em 100% português, com o período de 2011 a 2020. A forma de exclusão será: artigos que não tem relação ao tema ou que não colabore com os objetivos da pesquisa.

4 RESULTADOS

As pesquisas que foram encontradas exteriorizam a influência da participação da família no tratamento de pessoas com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial, mostrando sua grande relevância no processo de recuperação do mesmo. O quadro 1 traz a base de dados ao qual os artigos foram encontrados, expondo de maneira sistemática os presentes artigos que foram utilizados para elaboração dos resultados, no que se refere a: título, periódico, autor, ano e resultados das pesquisas.

Quadro 1- Artigos utilizados, quanto título, periódico, autor, ano e resultados

TÍTULO	PERIÓDICO	AUTOR	ANO	RESULTADOS
A FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.	SANTIN, Gisele; KLAFFE, Teresinha Eduardes.	2011	Os serviços que são voltados para Reforma Psiquiátrica, são procedentes particularmente da família, pois a mesma é importantíssima e fundamental no decorrer do tratamento do indivíduo com transtorno mental.
A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL USUÁRIA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES).	BRASIL, Ângela Maria de Oliveira Moura et al	2020	É importante a inclusão da família no processo de recuperação do usuário, pois este estudo mostrou que, a família extrai uma melhora significativa no quadro terapêutico, mas tudo isso em um trabalho conjunto com a equipe multidisciplinar.
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA.	Serviço Social em Perspectiva , v. 3, n. 2, p. 99-112, 2019.	DE SOUZA, Leidiany Melo; BRANDÃO, Viviane Bernadeth Gandra.	2019	Este estudo mostra que a reforma psiquiátrica trouxe avanços no tratamento do usuário, bem como também uma nova visão do papel da família quanto cuidadora. Continuando, o referido artigo também traz, a real necessidade do assistente social se aperfeiçoar profissionalmente, para que possa ver a família com novos olhos e assim, prestando também assistência e orientação, para que a mesma possa saber como lhe dar no processo terapêutico do doente mental.
SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E O APOIO ÀS FAMÍLIAS.	Revista Serviço Social em Perspectiva Montes Claros, Edição Especial, março de 2018. Anais do I Encontro Norte Mineiro de Serviço Social	PRATES, Tharcísio Barbosa de SOUZA; Prates, Tathiane Paraiso da Silva; MARTINS	2018	A busca da inclusão familiar no processo de tratamento do indivíduo usuário do CAPS, ajuda substancialmente, pois esse artigo mostra que há melhora significativa na condição do dia a dia, na saúde e dentro e fora da casa da pessoa com transtorno mental. Congruente a tudo isso, é sabido também, que o trabalho em junção com a equipe de saúde é essencial para ter êxito.
A representação social de familiares nos centros de Atenção Psicossocial.	Escol. Nery	MIRANDA, F. A. N.	2011	A inclusão da família cuidadora no tratamento dos usuários do CAPS, beneficia na recuperação do indivíduo e principalmente na reabilitação social.

Fonte: Elaboração Própria

Vários estudos mostram frente e antigo conceitos, que o doente mental precisa ser apartado de seu convívio familiar ou ter seu internamento imediato. No olhar de Santin e Klafke (2011), a Reforma Psiquiátrica trouxe diversos benefícios para a saúde mental, sendo o principal desses benefícios, a conexão fortíssima entre a família e o sujeito com transtorno mental. Desse modo, parece lógico afirmar que, segundo os conceitos da autora, a conexão entre a família cuidadora e o sujeito, possibilita uma alta confiança no decorrer do tratamento e assim levando um sentimento de tranquilidade ao doente. Na mesma linha de argumentação é possível dizer que a família se torna diretamente o pilar principal na recuperação do indivíduo, sendo que a mesma consegue trazer bons resultados na intervenção profissional, medicamentosa ou terapêutica (TANAKA et al, 2009).

A participação da família no Centro de Atenção Psicossocial sendo a mesma vista como cuidadora, possibilita meios e estratégias exitosas para uma boa formulação de intervenção e tratamento por parte dos profissionais residentes no CAPS, e assim levando bons resultados no processo de cura no indivíduo. As

estratégias formuladas são visadas no intuito de orientar e preparar a família a lidar com seu ente querido, levando uma sensação de acolhimento sobre a pessoa doente mental (MOURA, et al 2020).

Como parte das estratégias da equipe profissional na inclusão da família como objeto de cuidado no processo de tratamento do doente mental na atenção psicossocial, inclui a escuta, acolhimento, e nisso tendo o assistente social como um dos principais autores também na elaboração das estratégias, pois o assistente social vai traçar meios de intervenção junto a família através da orientação social, análise da dinâmica da família, atendimentos e realização de visita domiciliar (BRANDÃO; SOUZA, 2019).

Segundo Miranda (2011), a família tem de ser classificada como unidade cuidadora, no qual os membros interagem, identificando problemas de saúde e apoiando-se mutuamente em busca da solução dos casos. Nesse sentido, a participação da família não pode ser limitada somente em momentos predeterminados, levando em conta que a experiência familiar no que se relaciona enfermidade permite que os mesmos participem efetivamente em todas as situações que envolva o cuidado em saúde.

Na pesquisa de Prates e Souza (2018) os resultados apontaram que a participação e a inclusão da família no processo de recuperação do usuário no CAPS, possibilitam uma progressão substancialmente no dia a dia, na saúde e por fim dentro e fora da casa do doente mental. Nesse sentido através da pesquisa das autoras pode-se afirmar, que a inclusão familiar pode facilitar a regressão dos sintomas clínicos, sobretudo também, melhorando as relações interpessoais e assim incentivando o indivíduo usuário a participar das atividades desenvolvidas no CAPS.

Entende-se que a família é um grande coligado no processo de reabilitação psicossocial, tendo em vista que essa reabilitação relacionada a colaboração da família vai facilitar muito na reinserção social do usuário, com acesso a saúde do núcleo familiar levando em consideração as dimensões pessoais, sociais, biológicas e políticas que cercam a vida cotidiana (MIRANDA, 2011).

A família é vista como uma base master da sociedade contemporânea, contribuindo não somente na constituição do ser humano, como também na socialização e proteção, sendo que fica mais claro e evidente que a família é uma peça importante no processo de tratamento no CAPS, necessitando ser sempre incluída no tratamento compartilhado e principalmente no apoio psicossocial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carência das pessoas portadoras de doença mental, assim também como os seus familiares são diversificados e também incongruente com relação as etapas da doença, o que indica uma emergente necessidade de diversas ações e serviços que concedem um atendimento qualificado ao doente mental, e assim entendendo o real significado da atuação dos profissionais de saúde em especial do assistente social, tendo como foco o acesso e garantia dos direitos sociais aos portadores de doença mental, como também a sua família.

Diante disso e, com base no referido artigo, entendeu-se que laborar com familiares de usuários da saúde mental, é algo que ainda está em uma fase de evolução. Fica claro também, que ainda é necessário continuar novas pesquisas para uma melhor compreensão sobre o assunto, tendo em vista que o tema falado não tem uma repercussão ao qual deveria ter, pois esse estudo é apenas um recorte da realidade vivida diariamente por usuários, familiares e profissionais da saúde que atuam diretamente na saúde mental. Congruente a tudo isso, é através de novas pesquisas que poderá acompanhar o avanço para sociedade de modo geral.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ABADE, Flávia. **Caracterização do trabalho do Assistente Social em equipe: interdisciplinar de Saúde Mental no Centro de Atenção Integral à saúde de Santa Rita – Cais – RS**. 10º CBAS, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, Ângela Maria de Oliveira Moura et al. **A importância da família no tratamento da pessoa portadora de transtorno mental usuária do centro de atenção psicossocial–caps i**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAUN, L. M.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; HALPERN, S. C. **A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência**. Revista da SPAGESP, v. 15, n. 2, p. 122-140, 2014.

DE ASSIS VIEIRA, Maria Augusta et al. Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. **Ciências Gerenciais em Foco**, v. 9, n. 6, 2018.

DE SOUZA, Leidiany Melo; BRANDÃO, Viviane Bernadeth Gandra. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA**. **Serviço Social em Perspectiva**, v. 3, n. 2, p. 99-112, 2019.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo. Cortez. 1998.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MIRANDA, F. A. N. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. Esc. Anna Nery. v. 15, n. 2, p. 354-360, 2011.

OLIVEIRA, Márcia A. Ferreira; COLVERO, Luciana de Almeida. A saúde mental no programa saúde da família. In: BRASIL. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, cap. 6, p. 197-210.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (2001). Organização Panamericana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: **Saúde mental – nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.