

## PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA A REINserÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA SOCIEDADE

Carolina Assis Vieira Oliveira<sup>1</sup>

Frederico Cordeiro Martins<sup>2</sup>

Maria Augusta Assis Vieira<sup>3</sup>

### RESUMO

O presente artigo apresenta uma reflexão teórica sobre a trajetória histórica da saúde mental no Brasil, enfatizando o processo de reforma psiquiátrica e sua relevância para a construção de um novo modelo de assistência psiquiátrica, contemplando a contribuição da família nesse processo e principalmente a participação do Serviço Social na prestação de serviços as pessoas com transtornos mentais em suas demandas, funções e desafios. Utilizou-se, como metodologia, a pesquisa bibliográfica, com a utilização de livros, artigos disponíveis. Conclui-se que o Serviço Social, através de assistentes sociais, contribui para a inserção das pessoas com transtornos mentais na sociedade, mas sua atuação necessita de inúmeros fatores, e da viabilização do Estado. Mas pode-se dizer que o modelo de assistência em saúde mental tem sido de fundamental importância para a melhoria na forma de tratar esses pacientes. Por meio dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é possível promover a inserção social dos usuários, abandonando-se o modelo asilar, visando sempre a qualidade de vida e o convívio social. Por meio dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é possível promover a inserção social dos usuários, visando sempre a qualidade de vida e o convívio social.

Palavras-chave: Família; Serviço Social; Pessoa com transtorno mental; Saúde mental.

### 1. INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Pedagoga.carolvieira002@hotmail.com

<sup>2</sup> Advogado. Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG - frederico.martins@uemg.br

<sup>3</sup> Assistente Social. Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG - gutavieira@hotmail.com

O tratamento a pessoa com transtorno mental, por muito tempo, limitou-se ao modelo hospitalocêntrico, no qual existiam ações que reforçavam o preconceito, a estigmatização e a segregação. Com o passar dos anos e com a tentativa de minimizar a angústia das pessoas com transtorno mental, transformações começaram a acontecer fazendo surgir um novo modelo de cuidar baseado na reinserção social, liberdade e cidadania.

Apesar das mudanças no modelo de atenção à saúde mental, a ideia que ainda persiste em relação aos portadores de transtorno mental traz o estigma de ameaça e perigo. Por isso, conhecer o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é importante, considerando que esta instituição recebe a pessoa com transtorno mental, oferece atendimento médico e psicológico. Além disso, na tentativa de buscar a cidadania e oferecer-lhes a autonomia, busca também estratégias sociais e familiares para transformar o paradigma de periculosidade e construir novos caminhos para que eles sejam reinseridos nos grupos sociais dos quais fazem parte (SATURNINO et. al., 2010).

Neste sentido, o presente artigo procurou caracterizar a atuação do assistente social na área da saúde mental através de uma trajetória histórica e crítica do sistema de saúde e saúde mental enfatizando o processo de reforma psiquiátrica e sua relevância para a construção de um novo modelo de assistência psiquiátrica, contemplando a contribuição da família nesse processo e principalmente a participação do Serviço Social na prestação de serviços as pessoas com transtornos mentais em suas demandas, funções e desafios.

Utilizou-se, como metodologia, a pesquisa bibliográfica, quando foram utilizadas as literaturas atuais, artigos e revistas que forneceram subsídios para esclarecer, conceituar, identificar e expressar a trajetória histórica e as formas de agir perante a loucura.

## **2. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), os problemas de saúde mental são caracterizados pelas alterações do modo de pensar e das emoções, ou por comportamentos angustiantes e/ou de deterioração que podem afetar o desenvolvimento da vida do indivíduo. Isto significa dizer que os problemas de saúde mental são doenças que interferem na capacidade de organização social do sujeito.

A Política Nacional de Saúde Mental, Lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e comunitário garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços existentes e oferecendo cuidados com base nos recursos comunitários. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral e o Programa de Volta para Casa.

Desde o início da internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil, no século XIX, a atenção aos portadores de transtornos mentais significou internação em hospitais psiquiátricos especializados, concentrados nos centros de maior desenvolvimento econômico do país.

A partir dos anos setenta começam as reformas que resultaram em modelo focado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado, quando o Movimento de Reforma Sanitária lutou por melhorias das condições de saúde da população e buscou a reestruturação do sistema de saúde existente no Brasil, impulsionado por questionamentos no campo da saúde e por outros movimentos sociais (OLIVEIRA, 1987).

Vital (2007) relata que, paralelamente ao Movimento de Reforma Sanitária, reafirmando a proposta de um novo sistema para a saúde e, particularmente, para a saúde mental, tem-se o Movimento pela Reforma Psiquiátrica que tinha o de desconstruir o método de assistência existente, propondo novas formas de atendimento.

A reforma psiquiátrica, no Brasil, foi inspirada na experiência italiana, que partia do pressuposto 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).

Segundo Amarante (2003), o objetivo da Reforma Psiquiátrica 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).

Assim, a Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2009). Desta forma, criou-se a possibilidade de um tratamento humanizado, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família ao qual eram submetidos os usuários até este período.

O início desta transformação política no Brasil se deu através do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, principalmente, da inspiração advinda da experiência Italiana liderada por Franco Basaglia (AMARANTE, 1988). Este buscou abolir o modelo meramente hospitalocêntrico de tratamento em saúde mental e instituir outra lógica de assistência, como mantê-los em suas relações sociais, sem isolá-los institucionalmente, de forma a buscar o tratamento, o acompanhamento assistencial e a recuperação.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) quando são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a da saúde mental.

Dando continuidade ao processo de Reforma Psiquiátrica, em 1989, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, hoje Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, objetivou regulamentar os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e

sua aprovação proporcionou efetivamente a expansão dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS).

Desta forma, o modelo de atenção comunitário passa a ser a primeira opção de atendimento e transfere aos CAPS a responsabilidade de promover a ressocialização dos portadores de problemas de saúde mental. Os CAPs buscam inovar o tratamento em saúde mental, de forma a substituir o modelo hospitalocêntrico. Uma das funções dos CAPS é realizar um trabalho conjunto com as Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários.

A reforma psiquiátrica elegeu os agentes essenciais neste processo: os técnicos e a família, que passam a serem peças principais. Neste significado, a política de saúde mental está sendo implementada a partir de uma agenda empenhada com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e na produção da autonomia das pessoas.

A partir de 1990, o Ministério da Saúde, através de uma nova Política de Saúde Mental, redireciona os recursos da assistência psiquiátrica em um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária, oferecendo cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços públicos e territorializados em saúde mental ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização dos hospitais especializados.

Em 2011, dez anos após o sancionamento da Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, lei essa que possibilitou a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalar manicomial, houve a expansão dos diversos serviços substitutivos como: as Residências Terapêuticas – SRT, os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, entre outros.

### 3. SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social orienta-se por princípios humanitários e luta para superar as relações sociais dominantes, exercendo importante papel na reintegração dos portadores de transtorno mental nos serviços substitutivos, atendendo não apenas a eles mas também suas famílias.

Os fundamentos do Serviço Social datam do século XIX, com a consolidação da Revolução Industrial e, conseqüentemente, do capitalismo, trazendo consigo profundas alterações na sociedade vigente (SANTOS, 2010).

O Serviço Social no Brasil, conforme Silva & Silva (2007), desde as primeiras escolas em 1930, que surge com influência norte-americana, tem como base a doutrina católica, composta por setores mais abastados da sociedade, sendo a atuação profissional baseada na benevolência, caridade e filantropia. As duas primeiras escolas de Serviço Social no Brasil são abertas; em 1936, a Escola de Serviço Social de São Paulo, em São Paulo e, em 1937, a Escola de Serviço Social no Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro. Três eixos definem a formação profissional do assistente social, a saber: formação científica, formação técnica e formação moral e doutrinária.

Na formação científica há a necessidade do conhecimento de disciplinas como Sociologia, Psicologia, Biologia, Filosofia, criando o hábito da objetividade; na formação técnica há o objetivo de preparar o educando quanto sua ação no combate aos males da sociedade; na formação moral e doutrinária busca-se a absorção dos princípios inerentes à profissão (SILVA & SILVA, 2007).

Como profissão, sua institucionalização se une “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 decorrer do tempo e os avanços conquistados pela categoria, o Serviço Social passou a exercer um significativo papel nos cuidados às pessoas com transtorno mental, suas famílias e sociedade.

Ao trabalhar com a prestação dos serviços sociais, o Assistente Social atua com os fragmentos da questão social, que tem como uma de suas expressões o adoecimento.

O Assistente Social começou a desenvolver na área da saúde o denominado Serviço Social Médico. As atribuições dadas a este profissional se baseavam na triagem, elaboração de fichas, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do paciente à instituição médica e a adequação do paciente à instituição (IAMAMOTO, 1998).

A inserção do Assistente Social na saúde também foi baseada em princípios de atendimento benevolente e filantrópico. Esses ranços apesar de não hegemônicos são carregados junto com a profissão; alguns atendimentos estão envoltos nessas marcas (TESARO, 2010).

Montaño (2007), em seus estudos sobre a natureza do Serviço Social apresenta duas teses opostas sobre a natureza profissional: perspectiva endógena e perspectiva histórica e crítica.

Na perspectiva endógena ou conservadora a origem do Serviço Social está relacionada à evolução, organização e profissionalização da caridade e da filantropia, das damas de caridade (moças de família rica) emergentes na Igreja católica, através do humanismo cristão, enfocando questões de natureza moral e orientação conservadora baseada no Neotomismo. Neste contexto, a ação profissional está atrelada à resolução dos conflitos individuais ou coletivos dos trabalhadores, com o propósito de assegurar as relações de solidariedade que constituem a sociedade.

As perspectivas históricas e crítica enfocam o trabalho e o modo de produção capitalista como o berço da profissão, entendida como subproduto da síntese dos projetos políticos e econômicos, e situada na sociedade capitalista como um elemento que participa da reprodução das relações de classe e da contradição nelas existente.

A diferença básica entre as duas perspectivas é que na conservadora a profissão é vista a partir dela mesma, na qual o tratamento teórico conferido ao Serviço Social lhe permite uma autonomia histórica referente às classes, as lutas de classes e a sociedade; na histórica e crítica a profissão é entendida como subproduto da síntese dos projetos políticos e econômicos e está situada na sociedade capitalista como um elemento que participa das relações de classes e das contradições nelas existente.

### **3.1 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

A sociedade brasileira a partir da década de 30 passa por alterações na sua conjuntura, como o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais respondendo reivindicações dos trabalhadores. As características econômicas e políticas desse período fizeram surgir políticas sociais que respondessem às questões sociais.

A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional. (BRAVO, 2004 *apud* VITAL, 2007, p. 5).

O Serviço Social na área de Saúde Mental teve início em 1940 com a criação de instituições assistenciais onde a classe atuava em cuidados com educação em saúde e higiene. Atendia a uma parcela da população de forma asilar. O trabalho do assistente social nessas instituições consistia em fazer estudo de caso, orientação familiar e comunitária e entrevistas terapêuticas, lidando com crianças tidas pela sociedade como problemáticas (VASCONCELOS *apud* ROSA, 2006).

Rosa (2006) relata que as primeiras sistematizações da atuação do Assistente Social na área da saúde mental surgiram por volta de 1905, nos Estados Unidos, com o Serviço Social Psiquiátrico, quando já existia a preocupação de reinserção social de pessoas com transtorno mental e o trabalho contra o estigma existente contra eles. Percebe-se que a intervenção do Assistente Social já incluía a família e a comunidade que os cercava. As ações profissionais do assistente social no campo da saúde mental não ocorrem de forma isolada, mas articulam-se a outros eixos como a Psicologia, tão importante na reintegração do portador de transtorno mental em sua comunidade. Também nesta época já havia a preocupação de se obter maiores informações a respeito dos portadores de doença mental como informações sociais e econômicas, hereditárias, físicas e emocionais. Esta tendência convergiu-se para a realidade brasileira.

Por volta dos anos 30, período em que a política de saúde foi formulada e começam a criar políticas sociais em resposta às reivindicações dos trabalhadores, Vital (2007) relata que a saúde foi organizada em dois setores: o da saúde pública, até meados dos anos 60, responsável pela promoção e prevenção, com ênfase nas campanhas sanitárias e criação de serviços de combate às endemias, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas para a população e, a medicina previdenciária, marcada pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) criadas em 1923. A medicina previdenciária ultrapassa a saúde pública a partir de 1966.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 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).

A partir da década de 40, com a formação dos primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro, passam a integrar a equipe de profissionais que atuavam no campo da saúde e, em especial, no campo da saúde mental (BISNETO, 2007). Na trajetória desse processo o Serviço Social esteve desvalorizado por diversas vezes, reduzindo a relevância da atuação do profissional.

Segundo Silva & Silva (2007), o Serviço Social atuava de forma subalterna aos médicos e ao direcionamento da instituição, exercendo as seguintes atividades: levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação da alta; confecção de atestados sociais; e realização de encaminhamento. Atendia, também, a demanda dos usuários e familiares em relação às necessidades imediatas como roupas, contatos e pequenos recursos financeiros. Os assistentes sociais em algumas instituições, participaram de campanhas para arrecadação de recursos financeiros, visando adquirir roupas, cigarros e bens de primeiras necessidades dos internos. Seu fazer limitava-se a serviços burocráticos e rotineiros sem nenhuma intervenção transformadora no cotidiano de pacientes e familiares.

A área de Saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional a partir de 1948 quando o novo conceito de Saúde, elaborado 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” passou a enfatizar os aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social.

Na área da psiquiatria brasileira a atuação do Serviço Social teve início como assistência aos trabalhadores, para amenizar as manifestações sociais entre o capital e o trabalho. Sua atuação em manicômios ocorreu posteriormente. O movimento militar de 1964 marca a divisão entre uma assistência destinada ao doente mental indigente e uma nova fase na qual é estendida a cobertura a massa de trabalhadores e seus dependentes (SILVA & SILVA, 2007).

Durante a ditadura militar, segundo as autoras, o maior problema era a pobreza que precisava ser controlada, pois poderia gerar contestações da sociedade, principalmente com a incorporação na rede previdenciária, através do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes. Sendo assim, o assistente social foi demandado pelo Estado ditatorial para atuar como executor de políticas sociais na área da saúde mental.

A política de saúde no período de 1964 a 1974, de acordo com Vital (2007), privilegia o setor privado, assumindo um modelo que valoriza a prática clínica e a assistência médico-curativa, desvalorizando as ações preventivas de caráter coletivo. Há também uma diminuição das responsabilidades estatais e uma transferência progressiva da função estatal de regulador das políticas públicas de saúde para o setor privado.

O espaço de atuação do Serviço Social no mercado de trabalho aumentou devido à implantação de clínicas e hospitais psiquiátricos particulares e à privatização ocorrida na saúde nessa época. Mesmo assim, inexistia uma demanda definida para atuação por parte dos empregadores. Nos hospitais psiquiátricos os assistentes sociais foram contratados para cumprir a exigência do Ministério da Saúde, entretanto os salários eram péssimos e os assistentes sociais não tinham função definida (SILVA & SILVA, 2007).

Segundo Bisneto (2007), a inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos foi exigida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a partir de 1973, evidenciando a importância de uma equipe interprofissional no atendimento ao doente mental.

É na década de 70 que surgem iniciativas de impacto tanto para a saúde mental e também para o Serviço Social: o Movimento de Reforma Psiquiátrica que estabelece a transformação do modelo de tratamento psiquiátrico, colocando a exigência de superação da privação de liberdade para os serviços de atenção psicossocial diária

de acordo com as necessidades de cada indivíduo e a busca pela construção de um Projeto Profissional embasado na teoria social crítica de Marx.

No período de 1974-1979, conforme Vital (2007), o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade. Manteve-se o caráter conservador com uma visão psicologizada das relações sociais, sendo o indivíduo culpabilizado por sua situação social ou seu estado de saúde, cabendo ao profissional de Serviço Social, recuperá-lo através de uma ação moralizadora.

Nas décadas de 1980 e 1990, com as transformações operadas pela Reforma Psiquiátrica, a área da saúde mental exigiu abordagens mais comprometidas com a proposta de desinstitucionalização, de retirada da atenção em saúde mental do âmbito do manicômio, atribuindo ao doente mental a condição de sujeito, digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais (SILVA & SILVA, 2007).

Bisneto (2007, p.120) aponta que “algumas variáveis típicas na caracterização dos usuários de estabelecimentos psiquiátricos que podem trazer implicação para a prática do Serviço Social”, sendo levantadas algumas questões como a predominância de usuários pertencentes a classe dominada: moradores de rua, sujeitos com baixo nível de escolaridade. Apesar das instituições psiquiátricas não fazerem distinção de classe social, são os empobrecidos que prevalecem trazendo consigo não apenas as demandas emergenciais decorrentes de sua condição social, mas principalmente questões implícitas que cabe ao assistente social desvelá-las, pois neste sentido a Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001, dispõe 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.

O trabalho do assistente social com as famílias dos portadores de transtorno mental deve estar direcionado ao fortalecimento dos vínculos para com o membro que

necessita de atenção e cuidados especiais, o que muitas vezes resulta no distanciamento e rejeição, prejudicando ambas as partes. Colocar-se a disposição da família para escutá-las, demonstrando atenção e importância para os diversos problemas que ela apresenta. Esta é uma etapa do caminho a ser percorrido na busca de algo maior, cujo diferencial está na intencionalidade do assistente social que pode se deixar levar pelos limites institucionais e outros desafios a serem superados ou então propor e efetivar mudanças na realidade dessa família vítima da 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 exerce um papel fundamental junto ao portador de doença mental proporcionando toda a proteção, acolhimento, bem como aportes afetivos e cuidados distintos. Concernente à concepção conceitual do papel da família, Rosa (2003) enfatiza que ela deve ser parceira co-responsável nos projetos terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental.

Cabe ao profissional para superar determinadas fragilidades ainda existentes no campo de 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).

Conforme Abade (2001), o Assistente Social contribui para uma visão global do paciente frente ao seu projeto terapêutico individual, de forma a garantir ao paciente dignidade ao tratamento, tornando-o um sujeito social com direitos e deveres. A pessoa portadora de sofrimento mental, frente ao sistema social em que vive,

necessita de apoio e assistência adequada para exercer cidadania em qualquer momento da vida e em qualquer circunstância, tornando-se capaz de ser o agente da luta pela conquista e conservação dos direitos fundamentais.

O Serviço Social é uma profissão historicamente ligada ao campo de saúde mental e à intervenção junto à família, e nesse contexto da desinstitucionalização, recupera o compromisso ético e profissional da categoria, na luta pelo direito à saúde de qualidade e a necessária articulação entre os atores envolvidos nesse cenário (usuário/família/profissionais) buscando conquistar espaço de controle social (ABADE, 2001).

Na área da Psiquiatria, o assistente social necessita de conhecimentos relacionados à saúde mental, para discutir a necessidade de se buscar soluções quanto aos interesses do portador de transtorno mental quer seja na saúde psicossocial, como também ter conhecimentos acerca dos direitos de cidadania, que vão de encontro às concepções de outras práticas políticas que respondem à política neoliberal (ABADE, 2001).

É importante haver um aprofundamento dos conhecimentos em torno da atuação do Serviço Social junto ao campo de Saúde Mental para que os profissionais reflitam sobre a sua prática, uma vez que a mesma é integrante de uma equipe interdisciplinar em serviços abertos de Saúde Mental.

Neste sentido, segundo Abade (2001), o atual contexto da política de saúde mental coloca novas possibilidades para os assistentes sociais, que devem adotar uma prática investigativa que seja problematizadora do real, pois só surge alternativas para uma intervenção profissional crítica e competente, a partir de uma análise crítica da realidade, isto é, a partir de uma investigação concreta feita através de situações concretas.

#### **4. A REINSERÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

Segundo Silva *apud* Gambatto & Silva (2006), ainda existem 55 mil leitos psiquiátricos, dos quais 20 mil são ocupados por pacientes considerados crônicos ou que, abandonados por suas famílias, transformaram-se em “moradores” das instituições hospitalares.

Os manicômios retiraram-lhes o direito à existência pública reduzindo-os ao anonimato e à miséria por anos, privando-os do que a humanidade produziu e da oportunidade de aderirem às lutas pela construção de um mundo melhor para todos, principalmente, para eles.

Silva *apud* Gambatto & Silva (2006) narra que, para modificar esse quadro, no dia 18 de maio de 1987, teve início o movimento da luta antimanicomial, cuja proposta foi abolir os tratamentos realizados aos pacientes psiquiátricos nos manicômios e substituí-los por procedimentos terapêuticos que possibilitassem o cuidado em liberdade e o resgate da cidadania do portador do sofrimento psíquico.

A luta antimanicomial, de acordo com Canedo *apud* Gambatto & Silva (2006), propôs nova forma de encarar os pacientes portadores de transtorno mental, buscando reintegrá-los na família e na sociedade. Desse modo, o poder psiquiátrico criou uma rede de atenção à saúde mental substitutiva, composta por unidade básica de saúde, centros de atenção psicossocial, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência e cooperativa e residências terapêuticas. (VIEIRA *apud* GAMBATTO & SILVA, 2006).

Segundo Crispim *apud* Gambatto & Silva (2006), nos novos serviços como os centros de atenção psicossocial e hospitais dia, com internação parcial, procura-se a inclusão da família nos tratamentos para que ela compreenda o transtorno mental e suas implicações, aceitando o paciente em casa, visto que “quanto maior for a crença de poder controlar o comportamento do doente mental, maior será a intenção comportamental de permanecer com o doente mental em casa.” (CRISPIM *apud* GAMBATTO & SILVA, 2006, p. 10).

É necessário, entretanto, que a família receba o suporte para oferecer possibilidades de intervenção e de ajuda, constituindo o melhor espaço de relações afetivas.

Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica a devolução as famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolverem a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental (GONÇALVES & SENA *apud* GAMBATTO & SILVA, 2006, p. 12).

Por isso, é preciso repensar o cuidado as famílias com a pessoa com transtorno mental numa concepção que favoreça a diversidade de diálogos e, assim, as construções, saberes e ações, entre profissionais e entre estes e a família, a partir de uma interação entre as instâncias.

O Serviço Social contribui e muito para a inserção nos novos serviços de saúde mental, os serviços substitutivos como o CAPS. Segundo Alves *apud* Kantorski et. al. (2011), os CAPS oferecem várias atividades aos seus usuários e familiares para atender, tratar e acompanhar os usuários, resgatando sua cidadania e oferecendo espaços de produção de subjetividades, onde haja diálogo, interações, reciprocidade e construção de vínculos.

As atividades, conforme Kantorski *apud* Kantorski et. al. (2011), valem-se de grupos terapêuticos, oficinas, atividades de geração de renda, meio de inclusão social, atividades culturais, de lazer, de trabalho, de convívio com o objetivo de atendimento/tratamento e de reabilitação psicossocial.

Kantorski et. al. (2011) relatam o resultado de um estudo desenvolvido no sul do Brasil (Alegrete, Joinville, São Lourenço do Sul, Porto Alegre e Foz do Iguaçu), que teve por objetivo identificar as contribuições das atividades de suportes terapêuticos desenvolvidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da percepção de usuários, familiares e profissionais. As atividades existentes preenchem os dias da semana, com atendimento pela manhã e à tarde: reunião do sistema com a coordenação do serviço; atendimento individual e ambulatorial com médico e

psicólogo; realização de oficinas de trabalhos manuais, atividade física e capoeira; oficinas de alfabetização, visitas domiciliares; yoga; oficina de saúde mental coletiva; reuniões do Serviço Residencial Terapêutico; assembleia dos usuários (KANTORSKI et. al., 2011).

Em relação às atividades que integram o serviço, as oficinas de saúde mental coletiva são diárias, sendo desenvolvidas a cada dia por um profissional de formação diferente; os temas são diversos para privilegiar a integralidade do portador de sofrimento psíquico. Fazem parte das atividades: oficinas de trabalhos manuais (tricô, crochê, pintura em tecido, desenho em pintura e bordados), atividades na horta, atividades pedagógicas, teatro, yoga, capoeira, grupo de obesidade, grupo de alfabetização e oficina de família.

Além dessas atividades são oferecidos o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e outras escolas de ensino, importantes estratégias e instrumentos no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico; passeio com os usuários, cinema, participação em festas para acabar e/ou diminuir o estigma que se tem em relação aos pacientes em sofrimento psíquico.

Segundo Kantorski et. al. (2011), as entrevistas realizadas com familiares e usuários mostram que eles consideram as oficinas um importante instrumento de tratamento a pessoa em sofrimento psíquico. As atividades corporais proporcionam a oportunidade de percepção pessoal e pode revelar sentimentos vivenciados e aliviar tensões geradas por suas condições de vida.

Um aspecto relevante é a aproximação do assistente social com as famílias dos portadores de doença mental. A família deve inserir-se no processo de tratamento para que possa contribuir na manutenção da saúde do usuário do serviço assim como partilhar suas experiências, anseios, medos e frustrações. É preciso que as famílias conheçam as possibilidades de melhora do seu familiar em tratamento porque pode existir esperança na recuperação e na cura. Para Albuquerque & Bosi *apud* Kantorski et. al. (2011), a visita domiciliar permite a obtenção de informações

sobre a vida do usuário e de sua família. Através das visitas do assistente social, a família pode ser orientada para compreender que a reabilitação pode significar autonomia, melhorando a qualidade de vida não do portador de doença mental no contexto social como no seu dia a dia.

Para Oliveira e Colvero (2001) a família deve receber uma assistência abrangente, com o apoio necessário para que ela assuma o seu papel de agente de inclusão do seu doente mental, inserindo-o na comunidade ao qual pertence. Somente contando com o apoio familiar, comunitário e da rede de saúde o portador de doença mental terá condições de se reintegrar, na sociedade, com seriedade e cidadania.

Compreende-se assim que a reintegração do portador de transtorno mental na comunidade em que vive é possível se apoiado pelos serviços substitutivos, pela família e pela sociedade. Sua recuperação será possível se lhe forem oferecidos os meios para que possa viver com dignidade e cidadania.

Diante do exposto, vê-se que a nova compreensão de saúde mental que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que atentam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As necessidades das pessoas portadoras de distúrbios mentais e seus familiares são variadas e divergem em diferentes etapas da doença, o que denota a necessidade de uma gama de serviços e de ações que permitam o seu atendimento, compreendendo a atuação do Serviço Social visando à promoção e a garantia dos direitos sociais ao portador de distúrbio mental assim como à sua família.

O adoecimento mental deixa indivíduos à margem da sociedade, da vida, da família. Sempre existiu a loucura. Os locais usados para tratar dos loucos variaram no decorrer do tempo e lugar: templos, domicílios e instituições. Mas foi a partir da instituição psiquiátrica que tais locais se tornaram sinônimo de exclusão e isolamento específico para o louco. Atualmente, ainda existe essa realidade, (de exclusão e isolamento), porém de forma mais amena.

Desde o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, busca-se uma mudança de paradigma no tratamento aos portadores de doença mental que anteriormente era baseado em uma cultura estigmatizadora e excludente. Programas governamentais voltados para a inclusão do portador de doença mental foram implantados para mudar a forma de cuidar do portador de transtorno mental de modo mais humano.

Os maiores desafios que o assistente social vive na atualidade é construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes na sociedade. Inserido nesse processo contraditório, o Serviço Social se vê confrontado com este conjunto de transformações societárias.

Estes desafios precisam ser colocados em pauta para viabilizar uma política de saúde mental que garanta os direitos dos usuários, o seu fortalecimento, voltando-se o cuidado para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; concretizar e aumentar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, que os reintegre socialmente como cidadãos; implementar uma política de saúde mental dinâmica no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, com a violência e com o desemprego; aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a saúde mental.

Os desafios precisam ser conquistados e compreendidos pela sociedade para que se consiga amenizar os tensionamentos e garantir o atendimento integral, humanitário, com eficiência e eficácia, fazendo valer os princípios e diretrizes do SUS.

O Serviço Social, através de assistentes sociais, contribui para a inserção das pessoas com transtornos mentais na sociedade, mas sua atuação necessita de inúmeros fatores, e da viabilização do Estado. Apesar do significativo avanço das políticas de saúde, o SUS que existe no cotidiano está longe do que está determinado na Lei. O SUS como um sistema universal e público não se efetivou de verdade.

## REFERÊNCIAS

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.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições:** Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro. Módulo. 7. Fiotec/Fiocruz, EAD/Fiocruz. 2009.

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

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

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

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.

GAMBATTO, Rosani; SILVA, André Luiz Picolli da. Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. In: **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 24, n. 45 p. 25-33, abr./jun. 2006.

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

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; DEMARCO, D. A.; ESLABÃO, A. D.; NUNES, C. K.; GUEDES, A. C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. In: **Rev. enferm. saúde**. Pelotas (RS) 2011 jan-mar; 1(1): 4-13.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2007.

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.

OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). **Cad. Saúde Pública** [online]. 1987, vol.3, n.4, pp. 360-387. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n4/v3n4a02.pdf>> Acesso em: 3 abr. 2014.

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.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXIII, São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Cláudia Mônica. **Na prática a teoria é outra?** Mitos, dilemas na relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SILVA E SILVA, M. O. S. (Coord). **O Serviço social e o popular:** resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 4 eds. São Paulo: Cortez, 2007.

TESARO, Elizandra. **Tecendo algumas reflexões sobre o serviço social no contexto da saúde** - como foco principal, a questão da saúde mental. 2010. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial283531.PDF>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

VITAL, Natália Silva. **Atuação do Serviço Social na área de saúde mental frente ao liberalismo**. 2007. 61 f. TCC (Especialização em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.