

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCol**

**PRISCILA SCHACHT CARDOZO**

**O PRIMEIRO REMÉDIO SOMOS NÓS: a educação em saúde e a comunicação  
na relação de assistentes sociais com familiares em Centros de Atenção Psicossocial**

**CRICIÚMA-SC  
2018**

**PRISCILA SCHACHT CARDOZO**

**O PRIMEIRO REMÉDIO SOMOS NÓS: a educação em saúde e a comunicação  
na relação de assistentes sociais com familiares em Centros de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferraz

**CRICIÚMA-SC  
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C268p Cardozo, Priscila Schacht.

O primeiro remédio somos nós: a educação em saúde e a comunicação na relação de assistentes sociais com familiares em Centros de Atenção Psicossocial / Priscila Schacht Cardozo. - 2018. 144 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018. Orientação: Fabiane Ferraz.

1. Serviços de saúde mental. 2. Serviço social. 3. Educação em saúde. 4. Reabilitação Psicossocial. 5. Integralidade em Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 361.3

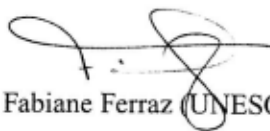
**PRISCILA SCHACHT CARDOZO**

**O PRIMEIRO REMÉDIO SOMOS NÓS: a educação em saúde e a comunicação na  
relação de assistentes sociais com familiares em Centros de Atenção Psicossocial**

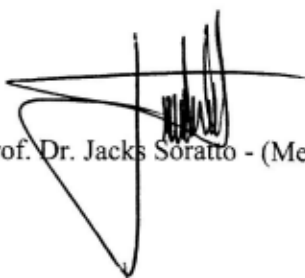
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na Área de concentração de Educação e Gestão do Trabalho em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 01 de outubro de 2018.

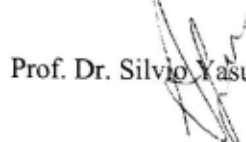
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Fabiane Ferraz (UNESC) - Orientadora



Prof. Dr. Jacks Soratto - (Membro/PPGScol/UNESC)



Prof. Dr. Silvio Yasui - (Membro Externo/UNESP)

## **Folha Informativa**

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas de Centros de Atenção Psicossocial da Região Carbonífera, no Estado de Santa Catarina/Brasil.

Indicação musical para leitura desta dissertação: Chico Buarque (Caravanas, 2017), Criolo (Convoque seu Buda, 2014 e Espiral de Ilusão, 2017) e Emicida (10 anos de Triunfo, 2018). Músicas sobre resistência, política e amor.

*Dedico esta escrita à minha família,  
sem vocês eu não seria.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial à minha família, pela compreensão às ausências, pelas trocas, pela paciência, pelos “vai dar certo” quando eu não enxergava mais: Ivan e Naomi sem vocês eu não conseguiria.

À minha mãe Liane que também esteve presente nesta jornada. Ao meu pai in memoriam, pela inspiração para esta escrita.

Aos meus animais de estimação que nas horas de solidão da escrita me fizeram companhia, em especial ao meu amado Artaud (nosso labrador falecido durante a escrita deste trabalho, profunda perda), à Mel, à Frida, ao Nico.

Aos meus orixás que me ofertam saúde, em especial saúde mental, para seguir nesta empreitada.

À professora Fabiane Ferraz, minha orientadora, pelos direcionamentos, pelos ensinamentos, agradeço em especial a oportunidade de partilhar tamanho conhecimento.

À banca de qualificação e de defesa: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Silvio Yasui, desde a qualificação, gratidão por sua generosidade na leitura, pelo seu direcionamento teórico para o trabalho (sempre firme, mas sem jamais perder a ternura) e pela postura enquanto militante antimanicomial indicando-me estratégias importantes para a resistência. Muita gratidão!

Ao Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Jacks pelas aulas inspiradoras durante o mestrado, pelas contribuições na escrita e na metodologia desta pesquisa, pelas trocas, pelos sonhos para a construção de uma saúde coletiva enquanto movimento de resistência dentro da academia. Sou muito grata!

Agradeço aos amigos da Família ConFarofa: Rafael Casagrande, Mayla Steiner, Chico Toy, Gustavo Perez, Maria Fernanda Araújo, Cedrick Moraes, Cauane Maia, Nuno Nunes, Alice Busch, Leonardo Dagostim, Cecília Busch Dagostim (nossa Cecica), Francine Saade Busch, João Saade, Fernanda e João Alberto Busch Nascimento Saade. Grata pelas trilhas, pelas farofas na praia e no campo, pelas trocas e diálogos, pelas músicas, pelo sentimento de família que nos une, e, especialmente por vocês alimentarem minha saúde mental.

Agradeço às amigas da família Capone: Milena Ayron/Thiago, Guilherme, Chelse/Max, Eder, Rita, Denize, Caio, Jeniffer Alamini, Juliana Crocetta, Manuela Beloli e Lipi, vocês foram fundamentais também para a conservação de minha saúde mental

nesta jornada e pelo ensinamento sobre vínculo e sobre família, ah, e obvio pelas risadas.

Agradeço imensamente às amigas e amigos que fiz durante o mestrado, pelos risos, pelas trocas, pelos diálogos, pelos aprendizados... sozinha não aprendemos: Fernanda Fernandes (pela leveza e pelo permanente sorriso bondoso), Suzamara Vieira (pela paciência e escuta), Daiana Gobbo (pela parceria cotidiana).

A todos e todas colegas da turma III do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC pelos aprendizados, pelas discordâncias, pela convivência. Vocês foram essenciais.

Às professoras e os professores, meu muito obrigada!, Aprendi muito com vocês: Lu Ceretta, Jacks, Maria Inês, Joni, Willians, Cris, Fabi, Lisi, Flávio. Tomo a liberdade de assim citá-los, pois, assim nos construímos como pessoas, como um coletivo sem sobrenomes e títulos, a frente do que nos propomos a construir.

Sou grata às pessoas que entrevistei, que se dispuseram a me ouvir, a dialogar e me oportunizar tantas reflexões bacanas. Agradeço também aquelas que não aceitaram participar da pesquisa, de alguma forma vocês também me ensinaram.

Agradeço às amigas e companheiras do DIDH - Programa Diversidades, Inclusão e Direitos Humanos no qual atuei como bolsista durante o Mestrado: Dipaula Minotto da Silva, Rita de Cássia Guimarães Dagostim, Profa. Dra. Lisiane Tuon, Profa. Dra. Fernanda Lima, Profa. Dra. Fabiane Ferraz, Profa. Dra. Luciane Ceretta, grata por todas as oportunidades construídas.

Agradeço à equipe do CER II Unesc onde atuo como Assistente Social pelo acolhimento, pela oportunidade de construir um Sistema Único de Saúde que dá certo, agradeço aos aprendizados diários. Agradeço às famílias que acolho e as usuárias e os usuários do serviço sou grata pela oportunidade de aprender sempre com vocês.

À Secretaria de Diversidades e Políticas de Ações Afirmativas, pela oportunidade de dialogar no espaço acadêmico sobre uma cultura de paz, sobre a valorização da diversidade e sobre a saúde mental no meio acadêmico.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa de Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES) da UNESC, pelas trocas, pelos ensinamentos, pelas parcerias.

Agradeço ao Thales Macarini Sasso e ao Diego Floriano de Souza pelo trabalho de suma importância na transcrição das entrevistas desta pesquisa.



Enfim, nominar é sempre perigoso, mas necessário. A palavra *agradecer* carrega em si mais que o significado de gratidão, carrega um compromisso com os próximos passos e com aqueles e aquelas que ainda estão por vir.

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira fomentou no país uma nova forma de cuidar em saúde mental, incluindo a família, a comunidade e uma equipe interdisciplinar, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o serviço substitutivo expoente nesta perspectiva. O Serviço Social na saúde mental tem papel fundamental no acompanhamento das famílias de usuários e usuárias. Esta pesquisa tem por objetivos analisar como ocorre a relação de Assistentes Sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em CAPS. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e, segundo seus objetivos, com uma estratégia exploratória-descritiva ancorado pelas ideias de Habermas (agir comunicativo), e de Paulo Freire (agir educativo). Participaram do estudo seis Assistentes Sociais que atuam em CAPS de municípios da Região Carbonífera, do estado de Santa Catarina/Brasil. A coleta de dados ocorreu de outubro a dezembro de 2017, por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante. A análise dos dados ocorreu por meio da proposta operativa da análise temática de conteúdo, pautada em três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na fundamentação teórica emergiram seis categorias da relação entre Habermas e Freire que visam estruturar um agir educativo-comunicativo: escuta, relação dialógica, cultura, horizontalidade, educação em saúde e linguagem. Na interpretação dos resultados considera-se que o conceito de educação apresentado pelas entrevistadas é a educação bancária, fomentando a culpabilização das famílias, práticas familistas e a fragilização dos vínculos familiares. A cultura é considerada importante para o cuidado em saúde mental, mas ainda permanece somente na esfera do reconhecimento e não a materialização no modo de cuidar e na relação de assistentes sociais com familiares. A escuta e o diálogo ainda são práticas incipientes na relação entre assistentes sociais e familiares, o que prevalece ainda é o discurso prescritivo e o modelo biomédico. Destacamos a importância de pensar o cuidado em saúde mental enquanto direito. Assim, consideramos que a relação estabelecida entre assistentes sociais e familiares nos CAPS ainda não estabelece uma relação horizontal e dialógica, embora haja indícios de que existe a possibilidade de construção do agir educativo-comunicativo. A partir dos preceitos antimanicomiais o agir educativo-comunicativo tem potencial para fortalecer os vínculos familiares e comunitários, enquanto intervenção técnica operativa do Serviço Social. Mas para tanto se faz necessário uma intervenção potente de educação permanente em saúde junto as/os assistentes sociais no sentido de fortalecer os princípios antimanicomiais na prática profissional, de ampliar a perspectiva histórica sobre a Reforma Psiquiátrica e de fomentar um conceito de educação que seja emancipadora, por consequência, antimanicomial, baseada no projeto ético-político da profissão.

**Descritores:** Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Relações Profissional-Família; Educação em Saúde; Serviço Social; Integralidade em Saúde.

## ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform fostered in the country a new way of caring in mental health, including the family, the community and an interdisciplinary team, and the Psychosocial Care Centers (PCC), the substitutive service exponent in this perspective. The Social Service in mental health plays a fundamental role in the monitoring of the families of users and users. This research aims to analyze how the relationship of social workers with family members occurs in the work process developed in PCC. It is a qualitative study and, according to its objectives, with an exploratory-descriptive strategy anchored by the ideas of Habermas (acting communicative), and Paulo Freire (acting educational). Six Social Assistants working in PCC of municipalities of the Carbonífera Region of the state of Santa Catarina/Brazil participated in the study. Data collection took place from October to December 2017, through a semi-structured interview and participant observation. The analysis of the data was carried out through the operational proposal of the content thematic analysis, based on three phases: pre-analysis, material exploration, treatment of results and interpretation. In the theoretical foundation, six categories of the relation between Habermas and Freire would emerge, which aim to structure an educational-communicative action: listening, dialogical relationship, culture, horizontality, health education and language. In the interpretation of the results it is considered that the concept of education presented by the interviewees is banking education, fomenting the blame of families, family practices and the weakening of family ties. Culture is considered important for mental health care, but it remains only in the sphere of recognition and not materialization in the way of caring and in the relationship of social workers with relatives. Listening and dialogue are still incipient practices in the relationship between social workers and family members, what still prevails is the prescriptive discourse and the biomedical model. We emphasize the importance of thinking about mental health care as a right. Thus, we consider that the relationship established between social workers and family members in the PCC still does not establish a horizontal and dialogical relationship, although there are indications that there is a possibility of constructing an educational-communicative action. From the antimanicomial precepts, the educational-communicative act has the potential to strengthen family and community ties, as an operative technical intervention of Social Work. However, a potent permanent education in health intervention is needed with the social workers in order to strengthen anti-psychic principles in professional practice, to broaden the historical perspective on Psychiatric Reform and to foster a concept of education that is emancipatory, consequence, antimanicomial, based on the ethical-political project of the profession.

**Descritores:** Mental Health; Mental Health Services; Professional-Family Relations; Health Education; Social Work; Integrality in Health.

## LISTA DE SIGLAS

CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
INPS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
AIS	Ações Integradas em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
ACR	Anarquistas Contra o Racismo
MS	Ministério da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ABRACO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho
EUA	Estados Unidos da América
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COI	Centros de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNIASSELVI	Centro Universitário Leonardo Da Vinci
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
CIR	Comissão Intergestores Regional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CID	Código Internacional de Doenças
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
SISREG	Sistema de Centrais de Regulação

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Filosofia Habermasiana e Filosofia Antimanicomial .....	55
Figura 2: Práticas Manicomiais e Práticas Antimanicomiais .....	56
Figura 3: Agir educativo-comunicativo relacionado ao tema da pesquisa....	59
Figura 4: Processo de construção de conhecimento a partir das relações dialógicas estabelecidas entre usuário - assistente social – família .....	61

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	19
1.2 QUESTÃO NORTEADORA.....	26
1.3 OBJETIVOS.....	26
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LUZ DA REFORMA SANITÁRIA: EXPRESSIVIDADE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS PROCESSOS DE MUDANÇA.....	27
2.2 REDES E PROTAGONISMOS PARA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ANTIMANICOMIAIS: UM CAMINHO A SER PERCORRIDO COLETIVAMENTE E INTERDISCIPLINARMENTE .....	33
2.3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: DA CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO À TRANSFORMAÇÃO DA PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL.....	41
2.4 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SERVIÇO SOCIAL: POTENCIALIDADES PARA O EXERCÍCIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	48
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>53</b>
3.1 AGIR COMUNICATIVO: DIÁLOGOS TEÓRICOS PARA MOBILIZAR MUDANÇAS NOS CONTEXTOS DA SAÚDE MENTAL.....	53
3.2 AGIR EDUCATIVO: INTERSEÇÕES POSSÍVEIS COM O AGIR COMUNICATIVO.....	59
3.3 AGIR EDUCATIVO-COMUNICATIVO EM SAÚDE: POSSIBILIDADE DE EFETIVAR AÇÕES CONSIDERANDO A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO ....	63
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>70</b>
4.1 DESENHO DA PESQUISA.....	70
4.2 LOCAL E REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	70
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	72
4.3.1 Critérios de inclusão.....	73
4.3.2 Critérios de exclusão.....	73
4.4 COLETA DE DADOS.....	73

4.4.1. Convite e sensibilização.....	73
4.4.2. Trabalho de campo.....	74
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	75
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	78
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>81</b>
5.1 NO MEIO DO CAMINHO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE HAVIA UMA PEDRA: compreensão de família e a educação como ferramenta do cuidado das famílias de usuárias e usuários dos CAPS.....	83
5.1.1 Família compreendida como instituição principal da sociedade, constituída por laços consanguíneos e/ou fraternos .....	83
5.1.2 Educação quando compreendida como “bancária”, suscita a culpabilização das famílias, não oportuniza protagonismo familiar para o cuidado e fragiliza os vínculos.....	85
5.1.3 Assistentes Sociais realizam ações informativas buscando romper com o estigma da loucura e fortalecer os vínculos familiares e comunitários.....	92
5.2 “GINGA NA CADÊNCIA QUE É VIDA”: a cultura como categoria basilar para o exercício do cuidado familiar em saúde mental.....	95
5.2.1 Há reconhecimento da cultura familiar, contudo, valoriza-se o histórico biomédico, sendo que o protagonismo do cuidado a ser construído é da/o profissional.....	95
5.2.2 Valorizam a presença familiar na reabilitação psicossocial e identificam que a família também precisa ser cuidada, mas não reconhecem as formas de cuidar exercidas pelas famílias anterior ao CAPS.....	100
5.2.3 Não identificam influências culturais no modo de cuidar exercidos pelas famílias, reforçam o familismo e o modelo biomédico frente aos diagnósticos considerados tardios.....	105
5.3 “ESCUTA, ESCUTA O OUTRO, A OUTRA JÁ VEM. ESCUTA, ACOLHE, CUIDAR DO OUTRO FAZ BEM”: escuta e relação dialógica com familiares para o cuidado em saúde mental .....	108
5.3.1 O cuidado é importante no processo de trabalho das/o assistentes sociais.....	108

5.3.2 Assistentes Sociais prezam pela escuta em suas intervenções profissionais e buscam atuar como mediadoras no diálogo entre usuárias/usuários e familiares.....	109
5.3.3 Escuta é condição fundamental para o diálogo, quando existe diálogo existe transformação, fora desta situação o que impera ainda é o poder coercitivo.....	113
5.3.4 Concepção de diálogo baseia-se em incansáveis orientações das Assistentes Sociais aos familiares.....	117
5.3.5 A informalidade, a horizontalidade e a mediação de conflitos são importantes para a construção do diálogo.....	118
<b>6 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O título deste trabalho “O PRIMEIRO REMÉDIO SOMOS NÓS” tem como objetivo provocar a reflexão sobre o potencial das relações humanas para o cuidado em saúde mental, sendo inspirado na obra de Michael Balint, médico psicanalista que explorou em seus estudos a relação médico-paciente, destacando a importância do vínculo terapêutico e do rompimento da lógica assimétrica destas relações.

Desde a década de 80 do século XX, o modelo de cuidado em saúde mental está em processo de transformação no Brasil, por meio dos ideais do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica que mobilizaram importantes propostas para um novo conceito de atenção e cuidado à “doença mental” (VASCONCELOS, 2016).

Neste processo de mudança duas transformações foram fundamentais para o trabalho que ora apresentamos: a inclusão da família no processo de cuidado da usuária e do usuário e o cuidado em saúde mental promovido por equipes multidisciplinares, e não mais somente pela psiquiatria. Assim, o rompimento com o modelo que fomenta o poder biomédico oportuniza que o Serviço Social se faça presente neste contexto.

Embora tenhamos avanços teóricos e práticos significativos, o tema do Serviço Social e da família na saúde mental continua incipiente (TUON, 2011; SILVA, 2012). A discussão sobre a participação da família em saúde mental é analisada na revisão sistemática elaborada por Santos et al. (2016) e é destacada como um tema ainda pouco explorado no contexto das publicações acadêmicas.

A família, historicamente, foi o foco de intervenção profissional da Assistente Social<sup>1</sup>, contudo, a abordagem era baseada nos preceitos católicos, assistencialistas que concebiam este grupo social como natural e imutável (TUON, 2011). Ao contrário de

---

<sup>1</sup> Para a escrita deste trabalho optamos pelo uso do termo “A” assistente social, buscando potencializar o lugar de fala desta pesquisadora, pois acreditamos que as palavras têm leitura de gênero. Sendo uma pesquisa sobre diálogos, modos de agir, modos de falar e modos de escutar, é fundamental que tenhamos a provocação de descortinar a (in)visibilidade dos gêneros nos espaços que ocupamos. O masculino como linguagem universal, não é neutra. No que tange a escrita do texto (suprimindo as citações que garantirão a fidelidade ao autor ou autora) optamos por utilizar a flexão de gênero, especialmente na palavra usuária ou usuário dos CAPS. Embora saibamos que binariamente não contemplamos a todos e nem a todas, é ainda que incipiente, uma tentativa antimanicomial de desconstrução da neutralidade da linguagem, que tem potencial para reforçar ou romper com estereótipos e papéis estipulados como “adequados” para homens, mulheres, excluindo uma diversidade imensa dos papéis de gênero (cisgênero, transgênero, agênero, entre outros).

outras profissões o Serviço Social inseriu à atenção às famílias em seu campo de atuação como um objeto privilegiado de intervenção (MIOTO, 2010).

A família como protagonista das intervenções das Assistentes Sociais experimentou ora as práticas assistencialistas, ora as práticas da intervenção crítica. Na Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que institui a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), temos nos referencias teóricos-metodológicos da Assistente Social a oficialidade e sistematização do tema “família” explicitada na proposta da matricialidade sociofamiliar (BRASIL, 2004).

Esta ênfase está ancorada na premissa de que a centralidade da família e a superação da focalização, no âmbito da política de Assistência Social, repousam no pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal. Nesse sentido, a formulação da política de Assistência Social é pautada nas necessidades das famílias, seus membros e dos indivíduos (BRASIL, 2004, p.41).

Desta forma, todas as ações da Assistente Social deixam de ser com “os indivíduos problema” e passam a conceber “o indivíduo” como uma pessoa que convive com um grupo de pessoas, que mantém um vínculo de solidariedade, e que no seu território manifesta uma cultura, influenciando diretamente na capacidade de proteção dessa família.

O que se percebe hoje, é que as Assistentes Sociais que atuam na política de saúde, por vezes não promovem o diálogo da Política Nacional de Assistência Social, manifestada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com a política de saúde, manifestada no Sistema Único de Saúde (SUS).

A literatura nos indica que a Assistente Social enquanto profissional que compõem a equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apresenta fragilidade em sua identidade profissional, onde “todos são terapeutas” (LIMA, 2015). Neste cenário, se faz necessário recusar análises terapêuticas e reforçar a fundamentação da prática profissional no projeto ético-político do Serviço Social (PANOZZO, 2009), mas considerando sempre a subjetividade nas relações estabelecidas.

O projeto ético-político do Serviço Social é gestado no período de Redemocratização do Brasil e está instituído a partir do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, estruturado em três perspectivas: perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura (NETTO, 2005).

Atualmente estas dimensões estão materializadas em três documentos fundamentais: o Código de Ética da Profissão, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Serviço Social. O projeto ético-político do Serviço Social enquanto projeto, é também um processo em construção com as demandas societárias contemporâneas (NETTO, 2006).

Atualmente, a equipe multiprofissional dos CAPS considera a Assistente Social como a profissional que deve assumir o cuidado com a família (NISIIDE, 2016), contudo, estudos expressam que nesse espaço ocupacional, a Assistente Social na abordagem com as famílias, ainda reproduz o pensamento conservador que se materializa em práticas pontuais, tecnicistas, burocratizadas e despolitizadas (SILVA, 2012; PANOZZO, 2009; LIMA, 2015).

O manicômio exclui o usuário ou a usuária do mundo, e, por consequência, de sua família, para “cuidar” de sua “doença” mental. Anterior ao Movimento de Luta Antimanicomial e das ideias da Reforma Psiquiátrica, o isolamento era o método primordial, inclusive porque a família era culpabilizada pela “doença mental”.

A ideias da Reforma Psiquiátrica influenciaram diretamente o projeto ético-político do Serviço Social e, na saúde mental, a família assume um papel de destaque no cuidado à usuária e ao usuário (TUON, 2011; SANTOS et al., 2016). Logo, a família passa a ser um espaço com potencial positivo para a promoção de cuidado, e como tal, também precisa ser cuidada, além de requisitar a articulação de uma rede que acolha suas demandas nos territórios onde vivem (SANTOS et al., 2016; NISIIDE, 2016; PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008; LIMA, 2015).

Neste contexto o trabalho que ora apresentamos tem como tema o agir educativo-comunicativo na relação das Assistentes Sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a pesquisa aqui apresentada está alicerçada no vazio de conhecimento sobre o tema do estudo, constatado a partir do levantamento bibliográfico realizado no banco de teses e dissertações da CAPES, bem como, revisão de artigos em bases de dados indexadas nacional e internacionalmente. Também, saliento minha militância sobre o tema e experiência de vida.

Nas referências analisadas, percebemos o cenário das produções acadêmicas acerca da temática do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na sua relação com as famílias das pessoas atendidas. Estudos expressam que ao longo dos anos, profissionais de saúde dos CAPS construíram para as famílias o espaço de culpa e descrédito (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008), pois, com a desculpa de que era preciso manter o equilíbrio social, a família era culpabilizada pela “doença mental” (TUON, 2011).

O trabalho de Pimenta e Romagnoli (2008) entrevistou familiares de usuários e usuárias do CAPS de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, e remete que a proposta de desospitalização, por vezes, é considerada pelos familiares como omissão do Estado no cuidado em saúde mental.

[...] as famílias entendem que a luta antimanicomial, ao invés de resultar na reinserção social da loucura, é, de fato, uma ausência de cuidado por parte do Estado. Nesse contexto, sobrevivem na lógica do assistencialismo, aguardando que venha de fora a ajuda para suas necessidades. Sendo assim, não correm em busca de melhorias, não lutam, não se organizam (PIMENTA; ROMAGNOLI; 2008, p.77).

O referido estudo apresenta um diagnóstico onde a família “terceiriza” o cuidado em saúde, fruto de uma herança histórica assistencialista no cuidado em saúde mental. O pensamento de que as famílias não se organizam, não lutam, não compreendem, “não aderem”, é recorrente nas equipes multiprofissionais de alguns CAPS que não romperam com o modelo da clínica psiquiátrica manicomial.

O trabalho de Silva (2012) instiga o debate sobre as reuniões de familiares que tem a estratégia de mobilizar e sensibilizar, porém estes encontros não apresentam grande participação.

O discurso mais comum neste sentido é de que a família, por não compreender o cuidado em liberdade, tende a reforçar a necessidade de internação nos manicômios, já diante do primeiro surto (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008). Este cenário contribuiu para que as famílias critiquem negativamente a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial, como ineficiente para o cuidado em saúde mental (NISIIDE, 2016).

O resultado deste desconhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial tem resumido a participação das famílias nos CAPS em reuniões, em algumas visitas espontâneas, além disso, deixando de compreender as formas de sofrimento de seus familiares. E, durante estes contatos predominam o discurso

prescritivo, a orientação diretiva e/ou o aconselhamento (PIMENTA; ROMAGNOLI; 2008).

Acredita-se que a educação em saúde potencializa o cuidado (FERRAZ, et al. 2005). A prática profissional da Assistente Social a partir desta perspectiva, para além dos encontros grupais, pode potencializar o cuidado da família com o usuário e com a usuária, construindo um vínculo de solidariedade entre família e profissionais do CAPS, com o objetivo da reabilitação psicossocial do usuário, da usuária e da família.

A partir desta discussão, Nisiide (2016) diz que a intensidade da participação familiar está vinculada ao grau de vulnerabilidade de cada grupo familiar. A logística dos encontros, imposta pelos CAPS como, por exemplo, o horário dos encontros, o valor do transporte para deslocamento, são situações que impõem limites significativos à participação, fortalecendo a não adesão das famílias (NISIIDE, 2016; SILVA, 2012; ROSA, 2005).

Para a inclusão da família nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) é preciso que profissionais de saúde mental identifiquem estas fragilidades, especialmente nas famílias em situação de vulnerabilidade (ROSA, 2005), sendo que, nem sempre o lugar que as famílias conseguem ocupar é o lugar que os profissionais de saúde desejam.

Parece haver uma crise nas formas de participação até então construídas. Ao mesmo tempo, há uma subalternização dos segmentos de baixa renda, ou seja, uma forma aparentemente passiva e resignada com que os usuários pobres se comportam diante dos serviços e do profissional de nível superior, do “doutor”. Tal atitude subalterna, no Brasil, é remanescente de relações historicamente autoritárias, nas quais se evita o confronto e a cobrança direta de direitos. Soma-se a isto o desconhecimento dos direitos e a parca experiência de exercício de cidadania, gerando uma forma peculiar de enfrentar as tensões políticas e sociais: o “jeitinho brasileiro” (ROSA, 2005, p.208).

Essa subalternização alimenta cotidianamente a relação estabelecida entre a assistência social e seus “assistidos” e “assistidas”: o assistencialismo, aqui compreendido como:

[...] uma das atividades sociais que historicamente as classes dominantes implementaram para reduzir minimamente a miséria que geram e para perpetuar o sistema de exploração. Essa atividade foi e é realizada com matizes e particularidades, em consonância com os respectivos períodos históricos, em nível oficial e privado, por leigos e religiosos. A sua essência foi sempre a mesma (à margem da vontade dos “agentes” intervenientes): oferecer algum alívio para relativizar e travar o conflito, para garantir a preservação de privilégios em mãos de uns poucos (ALAYÓN, 1995, p. 48).

Buscar compreender as potencialidades de cada família, faz com que possamos construir um caminho para o protagonismo e empoderamento de cada grupo, reconhecendo no CAPS um suporte para o cuidado aos usuários e as usuárias que necessitam de atenção relacionadas à saúde mental.

Embora seja consenso de que as famílias não são campos exclusivos de intervenção da Assistente Social, academicamente é perceptível que os profissionais de saúde não são instrumentalizados para trabalhar com famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social (ROSA, 2005). O que influencia negativamente na dificuldade de dialogar e de compreender as potencialidades e as vulnerabilidades de cada grupo familiar. O estudo de Santos et al. (2016) relata que familiares verbalizaram, durante as entrevistas, que gostariam de um espaço maior de escuta dentro dos CAPS, destacando que esta iniciativa ainda é incipiente.

Camatta e Schneider (2009) referem que compreender as vulnerabilidades das famílias faz com que muitas vezes as regras do serviço sejam flexibilizadas. O reagendamento de consultas, por exemplo, pode ser uma destas situações, compreendendo que esta iniciativa é uma estratégia importante de vinculação e corresponsabilização entre familiares e equipes. Destacam ainda a importância de conhecer a biografia de cada família, visto que, as informações devem ser personalizadas para determinada realidade, com estratégias que potencializam o vínculo familiar com o CAPS e, por conseguinte, inferem positivamente no processo de reabilitação dos usuários, das usuárias e da sua família.

Para Rosa (2005), existem dois polos onde familiares estão no cenário dos serviços de saúde mental: de um lado familiares que se engajaram na luta pela cidadania e contra o preconceito, por exemplo, participando ativamente das associações de usuários/usuárias e familiares; e de outro lado, familiares que são contra a Reforma Psiquiátrica e contra o Movimento da Luta Antimanicomial, por entender que a desospitalização seria uma desassistência em saúde mental.

Dos familiares que se engajam no processo, destacamos a experiência exitosa de Paulo Delgado intitulado “Familiares Parceiros do Cuidado”, que é inspirado nos serviços de saúde mental internacionais que ofertam espaços de cuidado aos familiares utilizando de forma sistêmica, estratégias de informação, educação em saúde e construção de autonomia (DELGADO, 2014).

Além do acolhimento dos familiares em grupos de apoio e orientação, a experiência internacional sustenta que ações de: i) educação em saúde; ii) capacitação em habilidades para lidar com as situações da vida diária; e iii) construção de estratégias de solidariedade e ajuda mútua, de modo combinado, mostram resultados efetivos na diminuição das tensões intrafamiliares, aumento da capacidade autônoma de lidar com as exigências do acompanhamento, melhor interação do paciente com sua família e melhor adesão ao tratamento (DELGADO, 2014, p.1106).

Reforçando a importância destacada por Ferraz et al. (2005) do processo educativo estar permanentemente articulado ao processo de cuidado na área da saúde e, em especial, na saúde mental, promovendo a reabilitação psicossocial, por meio de um agir educativo-comunicativo de profissionais que trabalham nos CAPS.

Outra experiência exitosa em cenário nacional, também inspirada em construções internacionais são os grupos de “Ajuda e Suporte Mútuo”, de Vasconcelos (2013). Proposta de extrema importância para a saúde mental e para o protagonismo de usuários/usuárias e familiares que é baseada na construção de espaço de acolhida para troca de experiências, para apoio emocional, baseando seu desenvolvimento na autogestão e no protagonismo para o empoderamento.

Para além destas experiências de sucesso, concebemos que a Assistente Social, como integrante da equipe multiprofissional do CAPS pode potencializar o acompanhamento sociofamiliar e a participação nestes espaços com o agir educativo-comunicativo, estabelecendo um diálogo com a família para alcançar a autonomia e construir o protagonismo de usuários e usuárias.

Delgado (2014) afirma que é preciso repensar a relação entre profissionais e familiares, colocando sobre tensão dialética o modo de participação dos familiares nos serviços. Os grupos são espaços dinâmicos onde há possibilidade de troca de experiências e há acesso à informação (ALVENTINO, 2012), contudo,

[...] não se observa iniciativas de democratização da informação que, de fato, promovam o engajamento dos cuidadores/as, sejam eles funcionários dos serviços alternativos, funcionários do sistema básico de saúde como um todo, bem como os familiares e a comunidade, como sujeitos capazes de colaborar no processo social da modificação da atenção em saúde mental (GOES, 2007, p.119).

Transpor o pensamento burocrático de que agendar um horário e fazer o convite seja o suficiente para a participação das famílias se faz fundamental.

Não se trata apenas de cumprir uma obrigação legal, mas de considerar uma obrigação de respeito aos valores, às condições e à diversidade das pessoas, para a busca da

autonomia e das possibilidades da vida dos seres humanos singulares e da coletividade, na preocupação de encontrar “o melhor caminho” para a construção da atenção ao outro, e não apenas o encaminhamento formal ou burocrático (FALEIROS, 2013, p.86).

Partilhar angústias e coletivizar experiências é importante, mas existe uma parte anterior a esta, que se faz no dia a dia, na construção de vínculos reais. Podemos compreender que a “não adesão” das famílias nas atividades propostas, se apresenta como um sintoma, e não um diagnóstico. O que não está presente, exposto na situação às vezes é o mais importante para se observar, para que assim possamos provocar a mudança.

Diante do exposto, observamos que as produções acadêmicas acerca da relação entre a educação e a comunicação na abordagem do serviço social junto à familiares de usuários e usuárias que utilizam os serviços do CAPS são incipientes. As referências abordam o tema a partir da perspectiva grupal, e há consenso de que salvo exceções, os grupos não conseguem atingir ampla maioria dos familiares, ainda que tenhamos as experiências exitosas como de Delgado (2014) e Vasconcelos (2013). Observamos na literatura que o perfil teórico-metodológico conservador do Serviço Social nas equipes multidisciplinares colabora para que ao se pensar grupos, tenhamos ainda uma articulação fragilizada, pois existe pouco entendimento sobre a política de saúde mental, o Movimento de Luta Antimanicomial e os princípios da Reforma Psiquiátrica (NISIIDE, 2016).

A escolha da temática do agir educativo-comunicativo das Assistentes Sociais junto às famílias do CAPS também têm proximidade com minha trajetória pessoal, por vivenciar a militância na área dos direitos humanos há mais de 15 anos, nas questões anti-racistas, da diversidade sexual, da pessoa com deficiência e, especialmente, no recorte da saúde mental e do Movimento da Luta Antimanicomial. Integro a Organização Não Governamental Anarquistas Contra o Racismo (ACR) desde 2002. Através da ACR ocupei uma cadeira no Conselho Municipal de Saúde de Criciúma/SC (Gestão 2015-2017) e integro o Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra (2016-2018).

Ainda, em 2014, a Anarquistas Contra o Racismo desenvolveu projetos financiados pelo Ministério da Saúde (MS), na área da saúde mental, dentre os quais destaco o Projeto “*Tecendo a rede: o desafio do empoderamento de usuários e familiares e a contribuição para o processo de desinstitucionalização e acolhimento na RAPS – Rede de Atenção Psicossocial em Criciúma/SC*”.



Desde 2016 participo na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) do Programa “Diversidade, Inclusão e Direitos Humanos” (DIDH), que tem como objetivo articular iniciativas universitárias sobre as diversidades na formação profissional (pessoa com deficiência; relações de gênero e diversidade sexual; relações étnico-raciais) e em 2016 iniciei minha atuação como Assistente Social no Centro Especializado em Reabilitação (CER-II), junto à UNESC.

O desejo em pesquisar a temática sobre a inserção da família na saúde mental é porque enquanto Assistente Social, militante, e também na condição de familiar de usuário, percebo que a biografia das famílias nos serviços de saúde é muito similar umas às outras, independente do serviço de saúde que você esteja, pois, aquele usuário ou usuária do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) também é usuário ou usuária do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), tem um filho na Escola, um familiar que busca emprego no SINE, utiliza os serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e, nas andanças da vida nos cruzamos, como profissional e usuário ou usuária, e/ou como profissional e família, ou gente com gente.

Observo que o discurso conservador, burocrático e assistencialista infelizmente não é privilégio das Assistentes Sociais, porque existe um desejo de alimentar a fragilidade das famílias para que enquanto profissional mantenhamos o papel de destaque das relações estabelecidas.

Enxergo avanços significativos na relação do cuidado e da educação que busco construir com as famílias que acolho, destacando que a escuta qualificada é algo que aprendi trabalhando com reabilitação. As famílias vivem uma trajetória, que é cultural e histórica, e, enquanto profissional é preciso compreender a importância das relações sem vínculos de dependência, na construção de um cuidado ético, fazendo assim a diferença na vida das pessoas a partir das nossas experiências profissionais.

Ainda, pensar o educar e o cuidar inseridos neste trabalho, materializam duas experiências profissionais que tive: enquanto educadora e enquanto Assistente Social. Minha formação como bacharel e licenciada em História (formada em 2006) fez com que eu pudesse experimentar a sala de aula, na educação regular, em escola pública urbana e rural. No entanto, minha construção teórica enquanto educadora foi sufocada pela lógica mercantilista e manicomial da educação bancária. Pensava educação, mas não conseguia me enquadrar nas “grades” curriculares, portanto, decidi sair da sala de aula e iniciei outra graduação, então em Serviço Social.

Concluí a graduação em Serviço Social em 2012 e quando iniciei a atuação como Assistente Social compreendi que minha prática educacional em sala de aula não estava errada. Talvez naquele momento eu não tivesse “seduzido” meus pares para aquilo que eu acreditava ser possível. A partir de então, nas comunidades onde convivi, experimentei o papel de educadora popular/comunitária, muito mais potente do que a figura de “professora” numa escola de ensino regular. E observei que as colegas Assistentes Sociais não percebiam o potencial da educação para a superação das situações de vulnerabilidades. Desde então, faço uso da educação enquanto ferramenta transformadora, aliada ao cuidar que aprendi na saúde mental.

## 1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Assim, a pergunta que nos instiga a desenvolver esta pesquisa é saber:

Como ocorre a relação de Assistentes Sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial?

## 1.3 OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Analisar como ocorre a relação de Assistentes Sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial.

### **Objetivos específicos**

- Identificar a compreensão das Assistentes Sociais sobre a educação em saúde e comunicação na relação com familiares nos Centros de Atenção Psicossocial.
- Interpretar o agir educativo-comunicativo na relação estabelecida entre Assistentes Sociais e familiares nos Centros de Atenção Psicossocial.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LUZ DA REFORMA SANITÁRIA: EXPRESSIVIDADE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS PROCESSOS DE MUDANÇA

A partir de uma perspectiva histórica da saúde pública no Brasil, entre 1500 e 1889, durante o período Imperial e Colonial, não haviam políticas públicas de saúde, o que prevalecia era uma grande preocupação com a imagem internacional do Brasil, que influenciava negativamente na economia e na política. A partir da influência econômica, o Brasil “importou” uma série de doenças com a imigração como mão de obra de trabalho, a elite brasileira perpetuava os ideais assistencialistas e curativistas em saúde (AGUIAR, 2011).

No período da República Velha (1889-1930) experimentamos o crescimento econômico, mas as doenças assolavam a saúde da população. Neste período temos o importante trabalho de Oswaldo Cruz com as campanhas sanitárias, mas contra o autoritarismo e a violência da vacina obrigatória, temos como resposta da população a Revolta da Vacina em 1904.

No período de Redemocratização (1945-1963) após o período Vargas reinicia-se no Brasil um processo de reconquista das liberdades individuais e de imprensa por exemplo. Em julho de 1953 temos a criação do Ministério da Saúde, desvinculando-se da educação e sofrendo cortes em seus recursos financeiros (AGUIAR, 2011). Esse desmembramento entre os Ministérios oferece visibilidade à política de saúde, garante orçamento e provoca a necessidade de fortalecimento de suas diretrizes institucionais.

Durante o Regime Militar (1964-1984) implementou-se na saúde um modelo onde predominava as instituições previdenciárias e uma burocracia técnica que priorizou a mercantilização da saúde. Em 1966 construiu-se o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

Em 1981 tivemos a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e este coletivo em 1983 criou o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) que articulava todos os serviços de assistência à saúde a integrar ações

preventivas e curativas (AGUIAR, 2011). Caracterizando-se como um primeiro movimento para a construção do Sistema Único de Saúde que temos hoje.

A participação dos movimentos sociais esteve presente no Brasil desde 1976 e em 1988 durante a Nova República, grupos articulados nacionalmente, para participação na Assembleia Nacional Constituinte onde seria construída a nova Constituição Federal e já era traçada a discussão que seria proferida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde: o SUS estava sendo gestado.

No campo da saúde, neste período, observamos a redução da mortalidade infantil e a diminuição da proliferação das doenças imunopreveníveis, dentre outros avanços positivo. Na efervescência da participação popular aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que acolheu os ideais da Reforma Sanitária, que resultou destas movimentações em 1987 um decreto da União transformou as Ações Integradas em Saúde (AIS) em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (AGUIAR, 2011). Por fim em 1988 a Constituição Federal incorporou a maioria das propostas da Reforma Sanitária e em 1990 temos a promulgação da Lei 8080/90 e a Lei 8142/90.

O Sistema Único de Saúde historicamente é construído no Brasil a partir de articulações dos movimentos sociais, da participação social e especialmente do Movimento Sanitário, além dos ideais da Reforma Sanitária que a partir de sua legislação apresenta como princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema, a participação e o controle social, sendo que, para este trabalho, dentre todos os princípios, o de maior destaque se traduz na integralidade.

No texto da Constituição brasileira [...] o que chamamos de integralidade aparece como um dos princípios do SUS: “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*”. Ambos os trechos têm em comum o fato de articularem diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação, no primeiro, e atividades preventivas e assistenciais, no segundo (MATTOS, 2004, p.1412).

O convite para a reflexão acerca do conceito de integralidade pode trilhar diversos caminhos, podendo permear a articulação entre as ações de prevenção e assistência, ou ainda no modelo de organização dos serviços de saúde, ou nas práticas de saúde.

Nesta pesquisa, a abordagem sobre integralidade localiza-se na discussão acerca da possibilidade de um cuidado em saúde mediado pelas famílias que seja em liberdade,

com diálogo e o respeito aos direitos humanos, tendo nas assistentes sociais como mediadoras deste processo.

No início da década de 90 a proposta do Sistema Único de Saúde rompe com uma lógica segmentada, unificando o cuidado em saúde em um *Sistema*, que se faz *Único* e que cuida da *Saúde*, intitulado SUS. No entanto, atualmente as práticas de saúde nos serviços por vezes não absorvem este conceito, assim hoje temos aqueles/aquelas que se dizem defensores/defensoras do SUS, mas que ainda não o compreendem como um Sistema e sim como serviços isolados. O princípio da integralidade não se faz presente neste pensamento.

Aproximando o conceito de integralidade ao cenário de práticas do Serviço Social na saúde, podemos dizer que a “integralidade pode ser concebida como uma ação social que resulta da integração democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2007, p. 258), destacando ainda integralidade como um meio de concretizar o direito à saúde através da superação dos obstáculos para o acesso e a inovação no cotidiano dos serviços (PINHEIRO, 2007).

Neste contexto, a Reforma Sanitária Brasileira nasce na década de 1970, originária do Movimento Sanitário, construindo reivindicações de mudanças e transformações no campo da saúde, ampliando o olhar para além do processo saúde *versus* doença, rompendo com o modelo médico centrado. A Reforma Sanitária fomentou o debate sobre a democratização da saúde, e, na luta contra a ditadura florescem novos sujeitos sociais, tais como, os estudantes e as estudantes, docentes universitários, entidades de categorias profissionais, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976 em setembro de 1979 a constituição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2008).

Neste movimento de resistência que se forjou na Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70 o Brasil era governado por Emílio Garrastazu Médici, e tem neste período de sua história o momento mais repressivo.

O governo Médici também se transformaria num dos períodos mais esquizofrênicos na vida da nação: oficialmente tudo ia às mil maravilhas – o Brasil era o “país grande” que ninguém segurava, o “país que vai pra frente”. Enquanto isso, nos porões da ditadura, havia tortura, repressão e morte. O próprio Médici acabou se tornando o melhor intérprete dessa incongruência ao declarar, em uma de suas raríssimas entrevistas, que “o Brasil vai bem, mas o povo vai mal” (BUENO, 2003, p.375).

Em meio à tamanha violência em solo brasileiro, os movimentos sociais tendem a resistir e fortalecer a suas articulações que nunca se calaram, no entanto, as movimentações políticas e culturais existentes nas décadas anteriores [anos 1950, 1960] não foram soterradas pela Ditadura.

No cenário nacional e internacional, a década de 1970 foi para a política de saúde um período de crise, sendo ela mundial, que refletiu em solo brasileiro. Havia um significativo déficit público governamental onde aconteceu a redução dos investimentos sociais. Destaca-se a urbanização que no crescimento desordenado fomentou os bolsões de pobreza e aumentou a violência, conseqüentemente aumentando as demandas para os serviços de saúde (CAMPOS, 2011). Houve a diminuição dos recursos financeiros e o modelo de saúde centrado na doença passa a falir os cofres públicos, devido ao alto custo dos procedimentos e da ausência de trabalhos de prevenção (CAMPOS, 2011). A importância da Reforma Sanitária se faz a partir do fortalecimento do debate sobre saúde, subtraindo o foco na doença, no procedimento, no hospital, no médico. Valorizando os determinantes sociais de saúde, incluído as periferias das cidades no direito à saúde e já demonstrando a importância da integralidade no cuidado.

Em 1973 temos a primeira citação do termo “reforma sanitária”, em um artigo sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico. Em 1979, a revista Saúde em Debate apresenta um editorial que defendia a saúde como direito e proposições de textos preparatórios para a VIII Conferência Nacional de Saúde contemplavam o conceito de determinação social da saúde-doença (PAIM, 2009; 2012).

Buscando ampliar a concepção da Reforma Sanitária Brasileira, Paim (2012) baseando-se nas ideias de Arouca apresenta um panorama considerando uma totalidade de mudanças baseada em quatro dimensões:

1ª) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

2ª) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.

3ª) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.

4ª) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p.2 apud PAIM, 2012, p.12-13).

A articulação entre as quatro dimensões caracteriza a proposição da Reforma Sanitária para mudanças estruturais e conceituais que transbordam o bojo do campo da saúde e permeiam a sociedade como um todo. Dialoga com os ideais de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária, caracterizada como uma proposta de resistência ao *status quo*, uma mudança de paradigma. Carrega em si preceitos importantes, de valorização das mobilizações sociais, do protagonismo dos usuários e das usuárias, diferente das reformas produzidas pelo Estado por exemplo.

Importante destacar que os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira enquanto “reforma” caracterizava-se como uma “reforma geral” onde é “proposta a transformação de toda a sociedade através de reformas parciais. A atitude crítica em relação à sociedade como um todo possibilitaria uma ação conjunta do movimento social com ampla base de massas” (PAIM, 2012, p.18).

O processo da RSB [Reforma Sanitária Brasileira] não resultou numa reforma social geral, muito menos numa revolução no modo de vida, como insinuado no seu projeto. Submeteu-se à revolução passiva brasileira onde a dialética do conservar-mudando continua imperando (PAIM, 2008, p. 21).

Em tempos atuais tão sombrios onde vivenciamos a fragilidade das políticas públicas e dos serviços substitutivos em saúde mental experimentamos a necessidade da retomada deste pensamento de “reformular”.

Nem por isso parece correto concluir que sua agenda tenha se esgotado. Seu projeto, mesmo passando por redefinições na sociedade brasileira, contém valores fundamentais (democracia, liberdade, justiça, emancipação dos sujeitos, entre outros) difíceis de serem descartados (PAIM, 2012, p.22).

Por vezes, a gestão do trabalho em saúde, tende a não identificar a influência da Reforma Sanitária no cotidiano da política de saúde atualmente: seja na gestão do trabalho em saúde, seja nas manifestações comunitárias, no controle social, dentre outros espaços.

Pensar saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira caracteriza-se como pensar no fomento da igualdade social, da distribuição de renda, da justiça social. E ainda hoje no cotidiano do trabalho vivo em saúde (MERHY, 2002) observamos o pensamento de que o Sistema Único de Saúde é “para pobre”, que o acesso aos medicamentos é “para quem precisa”, pois, a população em geral ainda não absorveu a saúde como direito instituído.

Compreendo a Reforma Sanitária Brasileira como um fenômeno sócio histórico (PAIM, 2008, 2009) e, sendo assim, é possível identificar fatos produzidos na atualidade

que remetem a este fenômeno, tornando-se de suma importância conhecer o percurso da Reforma Sanitária em nossa sociedade para que seus ideais se mantenham presentes nos processos de trabalho dos serviços de saúde, pois, embora estejamos vivendo tempos politicamente sombrios, ainda existem princípios da Reforma em ebulição nos processos de trabalho, nas lideranças comunitárias, gestores e gestoras de saúde, na participação dos movimentos sociais na saúde.

Na prática cotidiana, enquanto profissionais de saúde, percebo que por vezes estas manifestações não são concebidas como influenciadas pelos movimentos sociais, pelo Movimento Sanitário e pela Reforma Sanitária.

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira era muito mais amplo que a proposta elaborada para a formação do Sistema Único de Saúde, porque a produção científica acerca da temática tem procurado analisar com maior profundidade o significado da Reforma Sanitária Brasileira e as suas consequências, mas, ainda é ignorada esta discussão, sendo que é de fundamental importância que esta discussão tenha maior amplitude (PAIM, 2012, p.8).

A assistência em saúde de forma universal e gratuita ainda é um projeto recente na história do Brasil, sendo que, a partir de uma perspectiva histórica, percebo que as transformações na política de saúde até a instituição da saúde como direito não foram um “presente” do Estado para a população brasileira, bem como, a construção da Política Nacional de Saúde Mental. Este direito e a construção de uma política pública, foi resultado de resistências, negociações e articulações dos movimentos sociais e da população, tendo como cenário desta conquista ora as ruas, ora nas mesas de negociação.

A promoção do acesso das populações em situação de vulnerabilidade à direitos, sempre foi um desafio, e assim, compreender a saúde como direito é construir ferramentas e espaços de diálogo coletivo para autonomia nos seus micros espaços, tal qual a família por exemplo.

O Movimento Sanitário e a Reforma Sanitária, na perspectiva histórica, estão intrinsecamente relacionadas ao Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, visto que, só alcançamos o patamar de questionamento frente às práticas manicomiais no cuidado em saúde mental a partir do SUS, a partir da saúde como direito, a partir da identificação dos determinantes sociais em saúde, e, este cenário foi fomentado a partir do Movimento Sanitário e suas derivações.



## 2.2 REDES E PROTAGONISMOS PARA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ANTIMANICOMIAIS: UM CAMINHO A SER PERCORRIDO COLETIVAMENTE E INTERDISCIPLINARMENTE

A trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil é bastante extensa. Se pensarmos a partir da literatura, temos a publicação do livro “O Alienista”, de Machado de Assis ainda em 1881, que pensado a partir da perspectiva deste trabalho, nos interessa compreender de que forma a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento de Luta Antimanicomial contemplam as famílias no cuidado em saúde mental e de que forma construíram um espaço para atuação da assistente social nas equipes multidisciplinares.

Por Reforma Psiquiátrica compreendemos “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 2003, p.87).

No Brasil como protagonistas do início do movimento da Reforma Psiquiátrica destacamos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1978, em meio à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) os trabalhadores e trabalhadoras de saúde mental do Rio de Janeiro deflagram greve. O motivo da greve era a precarização das condições de trabalho, a contratação em massa de “bolsistas” e as constantes violações de direitos humanos. Estes “bolsistas” eram profissionais graduados ou graduadas e estudantes universitários ou universitárias que atuavam como médicos ou médicas, psicólogos ou psicólogas, enfermeiros ou enfermeiras, assistentes sociais, além disso várias destas pessoas ocupavam cargos de chefia (AMARANTE, 2003).

A partir de 1978 vários eventos mobilizam os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde mental em prol dos ideais da Reforma Psiquiátrica, e dentre outros acontecimentos importantes destacamos em 1987 a I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP. Este Congresso foi um movimento importante onde a Reforma Psiquiátrica fortalece seu caráter desinstitucionalizante (AMARANTE, 2003).

Assim, como o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, a I Conferência Nacional de Saúde Mental também oportunizou o protagonismo de novos atores no Movimento, que foram os usuários e usuárias e seus familiares. Rompendo com o protagonismo de profissionais e construindo um espaço de visibilidade para a família no movimento social:

[...] os movimentos de familiares surgem “nos EUA como resposta à política de desinstitucionalização, na medida em que esta defende às famílias a maioria dos cuidados com seus doentes (1993:1). O autor defende que existe uma segunda causa para o surgimento destes movimentos, que diz respeito às necessidades de “retirar a culpa e o estigma lançados sobre a família pelas teorias sociogenéticas. Estas últimas sugerem a causação de doenças como a esquizofrenia por um padrão de relações intrafamiliares inadequadas (por exemplo, relação de duplo vínculo e mãe esquizofrênica, no modelo da antipsiquiatria de Laing e Cooper) (LOUGON e ANDRADE, 1993, citado por AMARANTE, 2003, p.119).

Nesta lógica o movimento de usuários e usuárias irá se construir no cenário político com maior radicalidade do que o movimento dos familiares (AMARANTE, 2003).

No Brasil a experiência da associação intitulada SOSINTRA fundada no Rio de Janeiro em 1979 é uma experiência pioneira e exitosa na forma de organização de familiares. Este coletivo nasce com a principal função de ser um grupo de ajuda mútua, um importante espaço do exercício de solidariedade, reforçando na prática a importância de espaços que coletivizem as dores e as alegrias, e, que por meio do processo educativo conseguem fortalecer os vínculos familiares.

Com o aparecimento do Projeto de Lei 3.657/1989, a SOSINTRA torna-se um movimento social importante no setor, não apenas no Rio de Janeiro, a debater e apoiar o projeto, explicitando aspectos que traduzem sua independência e autonomia em relação aos demais movimentos (AMARANTE, 2003, p. 120).

Como consequência destas movimentações na década de 90 foram criadas várias associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental, como a Associação Loucos pela Vida, Associação Franco Basaglia, Associação Franco Rotelli, Associação Cabeça Firme, entre outras. Em 1991 temos o I Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos, no estado de São Paulo<sup>2</sup>.

Fica evidente a importância da tríade usuários ou usuárias, familiares e trabalhadores e trabalhadoras para o avanço da Política de Saúde Mental alinhados com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e com o fortalecimento do Movimento da Luta Antimanicomial.

---

<sup>2</sup> É incipiente o registro histórico, sistematizado, acerca dos movimentos de usuários e familiares em saúde mental. O material mais acessível compilado que temos conhecimento foi produzido pela Fiocruz, através do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) e que está disponível no site: <http://laps.ensp.fiocruz.br/> acesso em 14.out.2018.

Historicamente a Reforma Psiquiátrica inicia suas discussões no fim da década de 70 que no Brasil é um período bastante conturbado, especificamente na política e na economia, visto o período de Ditadura que sobrevivemos.

Em tempos de autoritarismo, as condições cotidianas das vidas das pessoas constroem-se também como um campo de luta, permitindo a conquista de espaços políticos para o avanço das reivindicações, solidificando assim, junto à sociedade civil preceitos fundamentais para a democracia como a noção de participação e de ação coletiva, construindo a possibilidade de acelerar a transição de democrática (YASUI, 2010, p.29).

Ramminger (2005) refere que concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária, na perspectiva de reivindicar um novo conceito de saúde mental, considerando os aspectos sociais, familiares para além do biológico, temos a construção da Reforma Psiquiátrica no período compreendido entre 1978 -1980 (AMARANTE, 2003).

[...] o processo da reforma psiquiátrica não é uma invenção de psiquiatras insatisfeitos ou insurgentes (como afirmam os defensores da psiquiatria), mas sim uma consequência natural de uma transformação da própria ciência (AMARANTE, 2007, p.66).

Neste cenário, o contexto sócio-político nacional exigia um novo modelo de cuidado em saúde mental, o qual convidaria novos atores e atrizes, enquanto profissionais de saúde, a compor o cuidado em saúde mental. Proporcionando a interdisciplinaridade, o protagonismo do fortalecimento dos vínculos familiares, bem como, a valorização dos territórios onde estas famílias estão inseridas. Torna-se preciso colocar a doença entre parênteses como bem nos cita Basaglia (AMARANTE, 2011).

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica se configura não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2010, p.32).

Influenciada por este modo diferente de sociabilidade, acontece a crise da psiquiatria clássica, quando o foco de intervenção era o tratamento da “doença mental” e passa a ser a promoção de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica criticará a estrutura asilar

e fará com que a psiquiatria enxergue além dos muros do manicômio, pensando sobre prevenir e promover saúde mental, além de preservar a crítica à sociedade que produz agravos à saúde mental, passando a construir um olhar para a família. Neste contexto teremos a psiquiatria de setor, desenvolvida na França, e a psiquiatria comunitária ou preventiva que nasceu nos EUA (AMARANTE, 2003).

Cuidar em liberdade, extrapolando os muros dos manicômios, requer acessar uma rede de profissionais, de outras políticas públicas, valorizar os equipamentos de cada território e centralizar as ações nas famílias, desta forma, buscando um trabalho interdisciplinar que, incessantemente, tenha o foco na prática da integralidade no cuidado em saúde mental.

Neste cenário a integralidade torna-se um princípio ético e político, pois, só é efetivada a partir do processo de desinstitucionalização e a construção do cuidado em liberdade.

Arouca salientava, com seu grande e contagiante entusiasmo, a íntima relação entre ser profissional e ser militante político ou protagonista. Militância entendida como uma atividade ética, de entrega aos valores na luta pela emancipação de todos, pelos interesses daqueles cujas vozes é silenciada, a dos mais humildes, a dos humilhados. Não era possível ser um agente transformador apenas no restrito campo de atuação profissional. Era necessário ampliar essa visão e ação. Era preciso pensar e atuar na sociedade, no tempo histórico em que se vivia. Também não era possível pensar no campo da saúde apenas como um campo determinado por fatores eminentemente biológicos. A saúde tem determinantes sociais, o que implica pensá-los como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social (YASUI, 2010, p.30).

Tal qual o Movimento Sanitário, o Movimento de Luta Antimanicomial quer uma transformação societária, uma mudança de cultura e de valores humanos, além de trabalhadores e trabalhadoras da saúde somos pessoas, que em diferentes espaços assumimos diferentes identidades. Nesta diversidade complexa das identidades, compreender as intersubjetividades, promover espaços de acolhida e de participação dos usuários, das usuárias e de seus familiares como protagonistas em seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) é a materialização dos ideais de luta do Movimento da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica e também da Reforma Sanitária. E, neste cenário, a Assistente Social enquanto profissional de saúde tem papel importante.

O assistente social tem, através dos dispositivos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, as ferramentas necessárias para a construção, proposição e articulação com os diferentes espaços de atenção ao usuário. [...] embora haja o entendimento de que a ação profissional do assistente social na saúde mental, como em qualquer campo, não se concretiza somente em uma ação, mas sim em

inúmeras, expressas no complexo quadro em que se mostra o cotidiano profissional, todas estas devem ser permeadas pela busca da integralidade do atendimento, do desenvolvimento da autonomia dos usuários, da participação popular e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade de vida do usuário e da superação de expressões da questão social (BREDOW, DRAVANZ, 2010, p.241-242).

A Assistente Social enquanto profissional que compõe a equipe interdisciplinar em um CAPS tem um papel importante para a construção de um agir educativo-comunicativo, com ações que devem estar interconectadas, no cotidiano, para um propósito maior. Mediar uma assembleia de usuários e usuárias por exemplo, não pode ser uma intervenção pontual e burocrática, mas pode ser uma intervenção que futuramente fomente a construção de uma associação, a participação dos usuários e das usuárias nas Conferências de Saúde. Estreitar laços entre a saúde e a questão social é fundamental, para a efetivação de um serviço psicossocial como o CAPS se propõe ser. É preciso potencializar estes espaços que traduzem segurança para o coletivo, o espaço dos CAPS, em espaços para construção de resiliência, que visem o enfrentamento da vida “desenCAPSulada”.

E como diretriz do trabalho interdisciplinar nos CAPS, a Portaria 336/02 institui as diferentes modalidades de CAPS e na sua equipe está indicada na composição:

- a – 01 (um) médico psiquiatra
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002, p. 02)

Considerando as modalidades de CAPS, e respeitando suas especificidades, em geral, a assistência em saúde mental deverá contemplar as atividades de atendimentos individuais e/ou em grupos, as oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e o atendimento à família.

A discussão de integralidade na saúde mental ainda é um tema recente na história, pois, fomos ensinadas e ensinados a cuidar da saúde mental por meio do manicômio.

No ano de 2010 tivemos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010), que promoveu o debate sobre a importância da integralidade, resultado da articulação dos movimentos sociais a

Conferência destacou a importância da intersectorialidade para o alcance da integralidade em saúde mental.

Sob influência destas discussões sobre intersectorialidade e integralidade, além da interlocução com a Portaria 4.279 de 30/12/2010 que institui as Redes de Atenção à Saúde, no ano de 2011, temos a instituição da Portaria 3.088 (23/12/2011) que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Portaria que busca articular o trabalho em rede concebendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos pelo Portaria 336 de 19/02/2002, como ponto de atenção em saúde mental especializada, e também valorizando os territórios e a interlocução entre os equipamentos.

Trabalho em rede é também pensar a interdisciplinaridade no campo da saúde, e especialmente na saúde mental se faz necessária a ótica da relação entre a saúde e a educação, entre o educar e o cuidar. Neste trabalho, concebemos a interdisciplinaridade a partir da base etimológica da palavra *disciplina*.

A disciplina é uma categoria organizada dentro do conhecimento científico; ela instituiu a divisão e a especialização do trabalho e responde à diversidade das áreas que as ciências abrangem. Embora inserida em um conjunto mais amplo, uma disciplina tende naturalmente à autonomia pela delimitação das fronteiras, da linguagem em que ela se constitui, das técnicas que é levada a elaborar e a utilizar e, eventualmente, pelas teorias que lhe são próprias (MORIN, 2006, p.105).

Pensando na formação profissional na área da saúde, compreendemos que embora sofra transformações curriculares importantes e positivas, ainda concebemos a formação por meio de disciplinas, geralmente inseridas numa “grade curricular”, metaforicamente compreendida como o aprisionamento do conhecimento. Desta forma, travamos por vezes a competitividade entre os conhecimentos científicos, e custamos a compreender a relação *inter* entre as disciplinas.

[...] a instituição disciplinar acarreta, ao mesmo tempo, um perigo de hiperespecialização do pesquisador e um risco de “coisificação” do objeto estudado, do qual se corre o risco de esquecer que é destacado ou construído. O objeto da disciplina será percebido, então, como uma coisa auto-suficiente; as ligações e solidariedade desse objeto com outros objetos estudados por outras disciplinas será negligenciada, assim como as ligações e solidariedades com o universo do qual ele faz parte. A fronteira disciplinar, sua linguagem e seus conceitos próprios vão isolar a disciplina em relação às outras e em relação aos problemas que se sobrepõem às disciplinas (MORIN, 2006, p.106).

Somos formadas e formados em “*caixinha*” e em seguida, ao ingressar no mundo do trabalho nos deparamos com a vida humana: as dores, as alegrias e os afetos solicitam aos profissionais articulação em rede e parceiras em equipes interdisciplinares. Identificamos esta prática incoerente muitas vezes, profissionais que estão inseridos em uma política pública em saúde que busca ser integral e universal, o nosso Sistema Único de Saúde. Na proposta dialógica se faz necessário que tenhamos uma formação profissional sólida, para que conhecendo muito da minha área eu possa reconhecer a área dos demais profissionais, identificando quando e como faremos o diálogo e as parcerias.

O conceito de interdisciplinaridade, como ensaiamos em todos nossos escritos desde 1979 e agora aprofundamos, encontra-se diretamente ligado ao conceito de disciplina, onde a interpenetração ocorre sem a destruição básica às ciências conferidas. Não se pode de forma alguma negar a evolução do conhecimento ignorando sua história (FAZENDA, 2013, p.21).

Então, iniciamos incessantemente, o caminho de sair das “*caixinhas*” e visitar outras ciências, buscando articular nossos conhecimentos com o conhecimento de outros profissionais. Temos que romper com aquela grade que nos formou; ou nos formatou, enquanto profissionais de saúde.

E dentro dos princípios do SUS, enquanto um sistema de saúde que foi formulado com a participação social, identificamos em suas diretrizes as demandas sociais para o cuidado em saúde mental a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Efetivado enquanto política pública, o SUS colabora fundamentalmente para que tenhamos um cenário que favoreça a liberdade, o respeito aos direitos humanos, a integralidade no cuidado e o trabalho interdisciplinar. No campo da saúde mental a interdisciplinaridade é fundamental e baseia-se a partir da premissa da desinstitucionalização, aqui concebida como:

[...] uma mudança completa do paradigma do 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 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, 2010, p.38).

Neste cenário a interdisciplinaridade está caracterizada na proposta dialógica entre as profissões (RIBEIRO; DE SOUSA, 2015).

A interdisciplinaridade [...] é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2010, p.47).

Desta forma, viver a interdisciplinaridade requer disponibilidade, envolvimento e solidariedade nas equipes. Reconhecer as potencialidades e as fragilidades de cada profissional se faz necessário, pois, coletivizando os aprendizados e os ensinamentos conseguimos atingir, por exemplo, a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com êxito, abrangendo grande parte das demandas apresentadas no cotidiano de cuidado e envolvendo os usuários e as usuárias, bem como, suas famílias neste processo de co-responsabilização.

É necessário, portanto, além de uma interação entre teoria e prática que se estabeleça um treino constante no trabalho interdisciplinar, pois interdisciplinaridade não se ensina, nem se aprende, apenas vive-se, exerce-se. Interdisciplinaridade exige um engajamento pessoal de cada um. Todo o indivíduo engajado neste processo será não o aprendiz, mas, na medida em que familiarizar-se com as técnicas e quesitos básicos o criador de novas estruturas, novos conteúdos, novos métodos, será motor de transformação, ou, o iniciador de uma feliz liberação (FAZENDA, 2012, p.56).

Assim, viver a interdisciplinaridade oportuniza a construção de espaços de cuidado como potências para o exercício da integralidade e do agir educativo-comunicativo, ferramentas de fundamental importância para que possamos atingir a reabilitação psicossocial com usuários, usuárias, familiares e profissionais engajados no objetivo comum de que o cuidado em liberdade promove a interdisciplinaridade e produz a vida.

Assim, a família no processo histórico da Reforma Psiquiátrica tem um papel importante e que ainda está em construção. Percebeu-se que os momentos em que as famílias coletivizaram a luta, que se organizaram, que dialogaram com outras políticas, houve avanços. No entanto, para que haja esta movimentação é preciso que as famílias estejam empoderadas dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que sejam sua defensora, compreendendo o seu papel de destaque neste processo e de sua importância para o cuidado em saúde mental.



### 2.3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: DA CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO À TRANSFORMAÇÃO DA PRÁXIS

Compreender a perspectiva histórica da construção da identidade do serviço social frente à saúde mental é fundamental para avançarmos no debate sobre a temática.

O Serviço Social surge no Brasil a partir da iniciativa particular de grupos e frações de classe, expressadas pela prática assistencialista e caritativa da Igreja Católica na década de 1920 – 1930 (IAMAMOTO, 2013).

A Lei 3.252 de 27 de agosto de 1957 é primeira lei de regulamentação da profissão (BRASIL, 1957), e, por consequência, em 1962 temos o Decreto 994 que regulamenta a profissão e inclui em seu 6º artigo que a disciplina e fiscalização do exercício profissional caberia ao Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e aos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRAS) (BRASIL, 1962), assim, atualmente o Conselho Federal de Serviço Social é intitulado CFESS e os Conselhos Regionais intitulados de CRESS.

[...] final da década de 1970 o Serviço Social passa por uma autocrítica de questionamento de suas bases, que resultará numa renovação crítica da profissão, influenciada pelo recente Movimento de Reconceituação, experimentado na América Latina (ARNAUD, 2015, p.85).

A intencionalidade de ruptura com o conservadorismo fez com que o Serviço Social absorvesse as demandas societárias da década de 1980, pensando uma profissão que deseja ser crítica, que tem como objetivo a equidade e a justiça não podemos destoar da égide societária. E, o espaço coletivo que nutriu estas alterações foi o “Congresso da Virada”, em 1979, na cidade de São Paulo. Segundo Godoy e Couto:

O Congresso da Virada é chamado assim, pois no ano de 1979 ocorreu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais realizado nos dias 23 a 28 de setembro, promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais – CFAS, conhecido hoje como CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) em São Paulo. A postura dos Assistentes Sociais mediante a esse congresso foi o que deu suporte para construir esse marco na história do Serviço Social, sendo assim o objetivo primordial do congresso não era muito favorável ao que os profissionais que ali estavam propuseram. Pois o objetivo do Congresso era que fosse discutida apenas a Política Social aos olhos do Serviço Social de então e não que nesse mesmo congresso os Assistentes Sociais se rebelassem, o que demarcou a sua importância, contra suas próprias organizações, cuja mesma era conservadora e atendia apenas aos interesses das classes dominantes (GODOY e COUTO, 2012, p. 2).

A perspectiva histórica indica a importância da organização e participação das assistentes sociais nos espaços promovidos pela categoria, transformando inclusive os espaços científicos em espaços propositivos e de luta, além disso, explicitando que os movimentos das profissionais deveria acolher as movimentações societárias do processo de redemocratização do país, e do Movimento Sanitário, da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial.

E, neste entendimento, a década de 90 será para o Serviço Social o momento histórico de construção de seu projeto político-ideológico.

[...] avanços consolidados na década de 1990 se deram em três dimensões. Na dimensão ético-política, a superação da neutralidade profissional, inserido os profissionais na luta juntamente com os trabalhadores. Na dimensão teórico-metodológica, com o Código de 1993, a ampliação da ética marxista, que se baseou fundamentalmente no entendimento crítico e histórico da prática ética política. Na dimensão técnico-operativa, a conquista de direitos e deveres do assistente social sintonizados nesses novos rumos consolidados pelo Código de Ética de 1993. Assim, será a partir do Código de Ética de 1993 que o projeto profissional ganha visibilidade nacional como Projeto Ético-Político. Com este desdobramento, a partir do Código, foi materializada a superação dos equívocos contidos no código anterior, o de 1986, que subordinava a ética à política (DALTON, 2008, p.34).

Em 1993, temos a reformulação do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, inicialmente de 1986, mediante a publicação da Resolução n. 273/93 do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Em 1991, o Conjunto CFESS-CRESS apontava para a necessidade de revisão desse instrumento para dotá-lo de maior eficácia na operacionalização dos princípios defendidos pela profissão à época:

Essa revisão considerou e incorporou os pressupostos históricos, teóricos e políticos da formulação de 1986, e avançou na reformulação do Código de Ética Profissional, concluída em 1993. Mais uma vez, sob a coordenação do CFESS, o debate foi aberto com os CRESS e demais entidades da categoria em vários eventos ocorridos entre 1991/1993. Seminários Nacionais de Ética, ENESS, VII CBAS e Encontros Nacionais CFESS-CRESS (CFESS, 1996).

Com o objetivo de relacionar a mudança do projeto ético-político da profissão na década de 1980 com suas diretrizes éticas, o Código de Ética da profissão sofre alterações importantes. Devido ao momento histórico em que foi alterado, absorve também princípios fundamentais para a efetivação do projeto da Reforma Psiquiátrica, tais como: a defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, a defesa da democracia, da justiça e da equidade, a construção de uma nova ordem societária, dentre outros aspectos (BRASIL, 1993).

Resultado das articulações das profissionais nas décadas de 1980 e do processo de Redemocratização do Brasil, a Constituição Federal de 1988 considera, em seu artigo 203 que a assistência social será prestada para quem dela necessitar e de forma não contributiva, destacando-a enquanto direito social (BRASIL, 1988). Embora hoje o pensamento assistencialista construído historicamente com a população e as profissionais, que considerem a assistência social como “para pobre”, ou quando alguém com maior poder aquisitivo está surrupiando o direito do mais pobre ao utilizar os serviços desta política. Identificável de que aqui ainda está manifestado o assistencialismo.

Seguindo a importância do arcabouço legal para a profissão, em 1993, tivemos a aprovação da Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão de assistente social. No ano de 2010, por meio da Lei 12.317 de 26 de agosto, teve uma importante alteração estabelecendo a jornada de trabalho das assistentes sociais como trinta horas semanais, sem prejuízos aos salários (BRASIL, 1993). No movimento de ocupação dos espaços propositivos da categoria, em 1993 também é aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS - Lei 8742), e em 1994 instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), valorizando a participação dos movimentos sociais na Política de Assistência Social e fomentando o controle social.

Assim, embora o Serviço Social tenha construído um enorme e bem elaborado aparato jurídico para exercício da profissão, as mudanças éticas na prática cotidiana ainda estão em processo, reflexo da formação fragmentada e do bojo da variedade de espaços de trabalho que nos compete atuar, ainda não conseguimos fazer o diálogo entre as políticas e suas diretrizes: a saúde fica na saúde, a assistência na assistência e a educação na educação. Não concebendo que a integralidade deve estar presente na intervenção e interação profissional, pensar as pessoas que acolhemos como quem transita por todos os espaços e que apresenta gama diversa de necessidades é fundamental. O desafio tem sido transpor todo o aparato jurídico do Serviço Social para qualquer que seja o espaço de trabalho.

No campo da saúde o Serviço Social constrói seu projeto ético-político na década de 1990, sofrendo forte influência do Movimento Sanitário e da Reforma Sanitária, bem como, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (CFESS, 2010), no entanto, ainda com resquícios do pensamento conservador.

O assistente social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma

“assistencial” na saúde pública e no “ajuste”, desde a emergência do predomínio do modelo “clínico” na medicina. Mesmo com o surgimento das propostas racionalizadoras e reformadoras para o setor, a contribuição dos assistentes sociais foi reduzida, continuando sua ação de caráter residual. Entretanto, existem grupos de assistentes sociais que criticam a prática desenvolvida pela categoria. Alguns têm caído na polarização reducionista, pautando-se uns no discurso da “impotência” e outros com propostas “voluntaristas”. Por outro lado, surge no interior do movimento da categoria um terceiro grupo, que de forma mais consequente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros (BRAVO, 2011, p.16).

Em toda a história do Serviço Social aconteceram tensões internas, discordâncias, então, não é possível conceber nenhum movimento da categoria como sendo uniforme.

Esta tensão favorece uma bifurcação da proposta ético-política de intervenção profissional da assistente social na saúde em dois projetos: o projeto privatista onde o serviço social realizará a seleção socioeconômica dos usuários e das usuárias, aconselhamentos e assistencialismo; já no projeto da Reforma Sanitária propõe-se a democratização do acesso à saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade dos territórios, o trabalho interdisciplinar, abordagens grupais com maior ênfase e estímulo à participação social (CFESS, 2010).

Atualmente, ainda percebemos conflitos importantes entre estes projetos éticos-políticos para atuação das assistentes sociais no campo da saúde.

Diante de todas as diretrizes do CFESS, bem como, as diretrizes das políticas públicas de saúde, o projeto ético-político que acolhe a perspectiva Serviço Social crítico é o projeto da Reforma Sanitária. No entanto, a práxis profissional ainda é fundamentada, em sua grande maioria, no projeto privatista, prática que enfraquece o Sistema Único de Saúde e rompe com o conceito de equidade que há décadas está em construção em prol dos princípios do Serviço Social, promovendo o empoderamento e a autonomia de seus usuários e suas usuárias.

Compreende-se que a “saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que nos diz respeito enquanto trabalhadores sociais” (ROBAINA, 2010). Atualmente pesquisadores e pesquisadoras do Serviço Social tem fomentado o debate da necessidade de que o CFESS pudesse elaborar um documento onde possa constar as diretrizes para o Serviço Social na saúde mental, visto que, no Brasil por ser um país continental, as diversidades são muitas e por vezes percebe-se a fragilidade da atuação das assistentes sociais neste campo da saúde mental.

Assim, no campo da saúde mental, o Serviço Social *a priori* nasce academicamente no bojo do movimento de higiene mental, na década de 1930 (VASCONCELOS, 2010).

A literatura registra a inserção do profissional de Serviço Social na saúde mental em meados da década de 1940, mais especificamente em 1946, no âmbito dos chamados “serviços sociais psiquiátricos”. A presença de assistentes sociais em hospitais psiquiátricos ou manicômios era relativamente reduzido, como também o número de hospitais psiquiátricos estatais e privados. Vale pontuar que nesse período a psiquiatria estava organizada conforme o modelo manicomial, baseado na exclusão do sujeito do convívio social por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo. Nesse período, os hospitais psiquiátricos eram comparados grandes campos de concentração, uma vez que a miséria era real naquele ambiente que nada tinha de terapêutico (ARNAUD, 2015, p.3).

Anterior à Reforma Psiquiátrica, o Serviço Social esteve presente nos manicômios, e até hoje está, na perspectiva assistencialista e caritativa. A partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da promulgação da Lei 10.216/01, que instituiu um novo modelo de atenção à saúde mental, o Serviço Social ganha lugar de destaque, visto que, o cuidado em liberdade solicita intervenções mais complexas, amplas e transformadoras.

[...] o Serviço Social tem potencial (teórico metodológico) para contribuir no campo da saúde mental, na perspectiva da concretização dos princípios e valores da Reforma Psiquiátrica, que vão além do saber *psi*, na garantia de direitos e da cidadania, uma vez que o adoecimento mental envolve uma série de fatores de caráter social, e de degradação da vida humana que atinge as pessoas mais vulneráveis (ARNAUD, 2015, p.2).

Diferente do manicômio, trabalhar na perspectiva psicossocial é abordar as questões sociais e familiares com maior ênfase, assim, o usuário e a usuária dos serviços de saúde mental acessa uma infinidade de forma de cuidar, ampliando ainda para o cuidado com a família, o mundo do trabalho e a geração de renda, a arte e a cultura, dentre outros.

Se pensarmos em termos de profissão e campos *aplicados* de conhecimentos envolvido [...], temos ainda profissões e áreas de saber que constituem “recombinações” de uma ou mais disciplinas. Este é o caso do próprio Serviço Social, mas a lista também inclui a enfermagem, a terapia ocupacional, a educação física, a arteterapia, a fonoaudiologia, entre outros, já integrantes mais ou menos tempo das modernas equipes multiprofissionais de saúde mental e engajadas no cuidado direto com a clientela (VASCONCELOS, 2010, p. 44-45).

Neste modelo de cuidado em saúde mental, o olhar transborda os limites da/o paciente x médica/o, e temos então a família, o território, a geração de renda, a vida escolar (ROBAINA, 2010).

Este novo cenário remete a necessidade de discussão sobre o conceito de família, visto a falência das três dimensões clássicas para sua definição: sexualidade, procriação e convivência.

Nesta perspectiva, podemos dizer que estamos diante de uma família quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade. Como resultado das modificações acima mencionadas, superou-se a referência de tempo e de lugar para a compreensão do conceito de família (BRASIL, 2004, p.41).

Rompendo com o olhar conservador a Política Nacional de Assistência Social indica conceber que a família é muito mais do que percebê-la “estruturada” ou “desestruturada”, pois, é necessário refletirmos de qual estrutura estamos falando?

Assim, o exercício profissional com famílias ainda se movimenta através de processos pautados nos padrões de normatividade e estabilidade. Ou seja, as ações continuam calcadas na perspectiva da funcionalidade e relacionadas aos processos de integração e controle social. Dessa forma, tira-se de foco a discussão da família no contexto de uma sociedade desigual e excludente, fortalece-se, direta ou indiretamente, uma visão da família como produtora de patologia e busca-se a “pacificação artificial” das famílias (MIOTO, 2010, p.4).

A visão da família como produtora das “patologias” condiz com o pensamento manicomial, extremamente presente nos dias atuais, sendo que, o manicômio não é somente uma estrutura física de um serviço de saúde/doença, porém, manifesta-se também quando internalizado nos processos de trabalho em saúde mental. Muito mais do que romper com os muros do manicômio é preciso destruir o manicômio que está dentro de nós, enraizado por uma cultura excludente e violenta.

[...] reconhecer as fortes pressões que os processos de exclusão sociocultural geram sobre as famílias brasileiras, acentuando suas fragilidades e contradições, faz-se primordial sua centralidade no âmbito das ações da política de assistência social, como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida. Essa correta percepção é condizente com a tradução da família na condição de sujeito de direitos, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica de Assistência Social e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004, p.41).

O processo de culpabilização das famílias traduz um olhar reducionista do problema que é complexo e abrangente. Compreender esta complexidade oportuniza o agir educativo-comunicativo, valorizando as potencialidades que as famílias apresentam para romper com os ciclos transgeracionais de vulnerabilidade que inferem sob este grupo social.

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, além de que nas sociedades capitalistas a família é fundamental no âmbito da proteção social (BRASIL, 2004, p. 41).

O modelo de cuidado psicossocial mobiliza a intervenção profissional da assistente social na lógica interdisciplinar e intersetorial, no entanto, por muito tempo perdeu a lógica higienista como métrica para o cuidado, onde a prática profissional é fragmentada e burocratizada.

A/O profissional assistente social era considerada/o como a porta de entrada e a porta de saída dos manicômios, construindo sua identidade profissional baseada na subalternidade em relação aos médicos e a direção dos hospitais. Em 1946 temos os primeiros registros de participação das/dos assistentes sociais nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil (COI/COJ). Neste momento a intervenção profissional era baseada na perspectiva do “Serviço Social Clínico”, onde eram predominantes as abordagens higienistas, em que o processo de trabalho das/dos assistentes sociais junto às famílias baseava-se no objetivo de que as famílias proovessem um ambiente “adequado” para o sucesso do tratamento psiquiátrico das crianças, além disso, ainda construíam levantamentos de dados sociais, contato com a família para prepará-los para a alta e encaminhamentos necessários (ARNAUD, 2015, p.4).

Aqui a intervenção da assistente social é burocrática, e torna as famílias meros coletivos executores dos encaminhamentos fornecidos pela assistente social, onde não há diálogo, há discurso e obrigatoriedade em cumprir as regras, sob a penalidade de ser culpabilizada por suas fragilidades.

A partir da compreensão da atenção à saúde mental em liberdade constrói-se um espaço sócio ocupacional desafiador para o Serviço Social, mantendo o foco na questão social em um cenário que se construiu biomédico e excludente requer habilidade de

negociação, de sedução às equipes multiprofissionais, muita educação permanente em saúde e de muita estratégia política.

Contudo, a lógica conservadora em que o Serviço Social foi constituído e todos os movimentos de ruptura que a história nos apresenta, ainda é incipiente a apropriação do Serviço Social sobre a relação desta profissão com os diversos cenários de práticas: saúde, educação, assistência social, habitação, geração de trabalho e renda, dentre outras. Se faz necessário manter o permanente exercício de transpor as referências bibliográficas e tecer novos conhecimentos alicerçados no projeto ético-político da profissão, em que a efetivação da proposta da Reforma Psiquiátrica está alinhada com os preceitos inscritos no Código de Ética da Profissão, além de um Projeto Ético Político baseado nos princípios de promoção dos direitos humanos.

Diante do exposto, compreender historicamente o percurso do Serviço Social frente ao atendimento em saúde mental remete à um passado complexo, marcado por práticas higienistas e a condição subalternizada nas equipes, desta forma, para a construção do cuidado em liberdade em saúde mental, junto aos familiares, é de fundamental importância que essa história seja transposta para uma realidade que hoje requer uma nova postura profissional, mais horizontal, dialógica e que promova o empoderamento das pessoas.

#### 2.4 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SERVIÇO SOCIAL: POTENCIALIDADES PARA O EXERCÍCIO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A “família” é uma categoria interdisciplinar, portanto, oferece múltiplas interpretações e relações. A psicologia pode se ocupar das relações familiares, a sociologia entende-la como grupo social, a geografia pode perceber a família em relação a sua territorialidade, a psiquiatria pode compreender a família como produtora de saúde ou doenças, a enfermagem pode percebê-la como potencial de cuidado, entre outras possibilidades.

Sua complexidade manifesta-se, por exemplo, na expressão do conceito desta categoria, observando que na prática profissional o que tem prevalecido é o conceito individual e particular de cada profissional, com seus valores éticos e morais.



[...] profissionais ligados ao cuidado com famílias, embora acreditem não se tratar de um grupo natural, acabam naturalizando suas relações, usando estereótipos como o de ser pai, mãe e filho. É esquecido [...] que cada família possui sua própria dinâmica, que é construída entre seus membros (STAMM; MIOTO, 2003, p.163).

Assumir esta postura tem sido prejudicial para o atendimento às famílias, visto que, as particularidades culturais de cada grupo familiar precisam ser consideradas além de respeitadas, especificamente no que tange ao cuidado em saúde mental na família.

A Política Nacional de Assistência Social (2004) nos direciona para compreender este grupo social que intitulamos de “família” descrevendo que:

[...] é preponderante retomar que as novas feições da família estão intrínseca e dialeticamente condicionadas às transformações societárias contemporâneas, ou seja, às transformações econômicas e sociais, de hábitos e costumes e ao avanço da ciência e da tecnologia. (BRASIL, 2004, p. 42)

Corroborando com a compreensão de família apresentada, neste momento não tenho a pretensão de conceituar o que é família, mas sim, de compreender que este grupo social é um espaço de convivência, de contradições/tensões, portanto, a família está inserida em um espaço sócio-geográfico e é influenciada, e relacionalmente também influencia, sob vários aspectos, tais como: culturais, religiosos, econômicos, e este cenário constrói uma identidade familiar que influencia no cuidado em saúde mental e deve ser valorizada.

Nessa perspectiva, percebemos a família como um grupo social com potencial e recursos exclusivos para exercer o cuidado em saúde mental, pois, “[...] ao falarmos de “famílias” devemos nos ater à sua especificidade, sua particularidade, visto que, as famílias diferem significativamente entre si nos diversos momentos da história humana” (STAMM; MIOTO, 2003, p.162). Desta forma, considera-se importante que independente do conceito e do tipo de família que nos é apresentado no cotidiano de trabalho, temos como compromisso ético-profissional compreendê-las e respeitá-las.

Entendemos que primeiramente se faz necessário conhecer onde e como esta família vive e suas reais necessidades. A tendência dos profissionais de saúde é não valorizar os recursos existentes na família. Entendemos que existem situações em que a família necessita do cuidado profissional; assim sendo, consideramos importante estabelecer estratégias de cuidado, somando saberes entre profissionais, famílias e rede de suporte social (STAMM; MIOTO, 2003, p.165).

Destaca-se a importância em observar as potencialidades do território em que a família está inserida, pois, a articulação de uma rede para o exercício do cuidado pode

fortalecer os vínculos familiares e comunitários, e, conseqüentemente, o exercício do cuidado.

O espaço onde as famílias estão inseridas envolve ao mesmo tempo a forma e a função. A forma observada da maneira como os objetos estão contidos num espaço, e a função na execução das ações que se fazem na relação com estes objetos. Assim, é fundamental compreender o espaço como processo e produto das relações sociais. (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p.34). Nesta mesma perspectiva para o geógrafo Milton Santos, o território caracteriza-se como “um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá” (SANTOS, 2004, p. 63).

A relação que as famílias estabelecem com a territorialidade se faz presente no cotidiano, visto que, muitas vezes está inscrito no território a biografia familiar além das vulnerabilidades e das potencialidades para o exercício do cuidado na família.

A saúde mental e a família são temas correlacionados em vários estudos, como já citados neste texto, em que a relação do Serviço Social com a categoria família, surge historicamente a partir do higienismo. Na formação profissional das assistentes sociais, década de 1930 no Rio de Janeiro, segundo Vasconcelos (2010) o volume de disciplinas vinculadas ao movimento de higiene mental era significativo nas graduações, destacando o autor que esta temática ainda não foi explorada de forma significativa pelos estudos sobre a inserção histórica do Serviço Social na saúde mental.

Até o século XIX, a psiquiatria estava preocupada com semiologia das doenças mentais, assim, a partir de 1857 com a publicação do *Tratado das Degenerências*, de autoria de Morel, médico diretor do asilo de Saint-Yon, a psiquiatria passa a buscar a etiologia das doenças, buscando as causas das doenças, acreditando na transmissão hereditária dos “desvios” do tipo “normal” de humanidade (VASCONCELOS, 2010).

Desta forma, a psiquiatria por meio do manicômio, busca construir tentáculos para além de seus muros, normatizando as famílias, indicando a família como produtora das doenças, e, por consequência, ao conceber que a família está inserida em uma sociedade, esta última também precisaria de normas para a conduta de “normalidade”, elaboradas pela psiquiatria. Construindo um poderio da medicina psiquiátrica sobre uma possível categorização das “anormalidades”, oferecendo o diagnóstico (estigma/louco/a) e o tratamento confinamento/medicalização/manicômio). A cura, nesta lógica, dependeria de

uma mudança radical da sociedade, buscando cumprir com as normativas de “normalidade” indicadas pelos higienistas.

A psiquiatria espalha tentáculos por todo o corpo social, rompendo os muros dos hospícios e adentrando a casa das pessoas, ora pois, se a loucura funciona como metáfora da desordem social, a psiquiatria é o seu oposto, propondo a estabilidade e a ordem social. A psiquiatria constrói assim um programa de higiene social que por vezes é assumido pelo Estado, atingindo especialmente os trabalhadores e os subproletariado (VASCONCELOS, 2010, p.133).

Nesta perspectiva da higiene social, e pensando a saúde mental enquanto política pública de saúde por meio do Sistema Único de Saúde, identificar a relação entre Estado e família é de fundamental importância. Mioto (2010) orienta que podemos pensar a interferência do Estado junto às famílias sob três grandes linhas:

Da legislação através da qual se definem e regulam as relações familiares, tais como idade mínima do casamento, obrigatoriedade escolar, deveres e responsabilidades dos pais, posição e direitos dos cônjuges. Das políticas demográficas, tanto na forma de incentivo à natalidade como forma de controle de natalidade. Da difusão de uma cultura de especialistas nos aparatos policiais e assistenciais do Estado destinados especialmente às classes populares (MIOTO, 2010, p.45).

Na perspectiva da difusão de especialistas podemos pensar na atuação das assistentes sociais junto às famílias dos usuários e das usuárias dos CAPS, visto que, a relação estabelecida poderá ser na lógica da construção do diálogo ou da prescrição de orientações a serem cumpridas pelos familiares para o exercício do cuidado. Nesta relação entre família e Estado, por vezes, as assistentes sociais serão o braço do Estado na relação com as famílias, assim, torna-se fundamental observar qual a postura profissional que iremos assumir: de fortalecimento do Estado ou de fortalecimento do protagonismo familiar no contexto de uma política pública que é de direito?

Neste contexto é importante pensar sobre a potencialidade que a assistente social tem para a construção de espaços que visam o protagonismo de familiares por meio do controle social, das formas associativas, da economia solidária; movimentos que podem também promover cuidado em saúde mental e que a literatura apresenta experiências exitosas (DELGADO, 2004; AMARANTE, 2003; VASCONCELOS, 2013).

Pereira (2015) indica que o Estado não angaria esforços para enfrentar as transformações familiares, favorecendo a institucionalização das desigualdades sociais e a culpabilização das famílias mais pobres. Na contramão desta relação de culpabilização

existe o debate sobre a relação entre família e cuidado, em que a família pode ser também um sistema de saúde para os seus membros, tendo um conjunto de valores, conhecimentos, práticas e crenças que incide sobre a prevenção e promoção de saúde, além dos tratamentos das doenças. Este cenário oportuniza um novo conceito de “cuidado familiar” (STAMM; MIOTO, 2003, p.164).

Nesta perspectiva, a família pode ser concebida como um espaço de cuidado em saúde mental, que cotidianamente, com ou sem intervenção profissional, articula suas potencialidades para exercer o cuidado de seus integrantes. Logo, a família enquanto categoria no serviço social no âmbito da saúde mental, tem um histórico vinculado a uma visão conservadora. Contudo, no transcorrer da história este olhar acompanhou as mudanças societárias e hoje considera-se família aquele grupo social que demonstra vínculo, não necessariamente por laços de sangue ou contrato civil. Assim, torna-se primordial que as/os profissionais assistentes sociais compreendam as biografias familiares, no sentido de compreender como a família produz ou não cuidado, a fim de fazer deste conhecimento seu aliado cotidiano para a gestão de seu trabalho e para a manutenção da convivência familiar e comunitária ao contrário da segregação e do asilamento.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 AGIR COMUNICATIVO: DIÁLOGOS TEÓRICOS PARA MOBILIZAR MUDANÇAS NOS CONTEXTOS DA SAÚDE MENTAL

O agir comunicativo, neste trabalho, tem a perspectiva de diálogo com o agir educativo, sendo dois modos de agir que em sinergia podem potencializar o cuidado em saúde mental, em liberdade e com base comunitária.

Dentre os instrumentos técnico-operativos do Serviço Social, deveria estar lá descrito a escuta como parte integrante, e fundamental, do cotidiano de trabalho, entretanto, saber escutar torna-se a porta de entrada para a construção do diálogo, para o processo de comunicação, visto que, diálogo não é conversação, pois, o diálogo só acontece quando conseguimos escutar. O diálogo é um ato político e pode ser terapêutico.

[...] A linguagem está como que fora e dentro das pessoas, forjando-as e sendo forjada por elas. O diálogo é uma atividade que nos forma e que é formada por nós. É um ato linguístico complexo capaz de perguntar o que acontece conosco quando entramos em um diálogo e o que acontece caso isso não seja possível. O diálogo é uma prática de não violência. A violência surge quando o diálogo não entra em cena (TIBURI, 2016, p.23).

Conceber o diálogo como ferramenta de trabalho das assistentes sociais é materializar uma prática profissional antimanicomial, tornando-se um modo de agir comunicativo, sendo este diálogo que comunica e que potencializa ambas as pessoas envolvidas no diálogo, nesta pesquisa as assistentes sociais que tem como cenário de prática os CAPS.

O teórico do agir comunicativo (ou ação comunicativa) é o filósofo alemão Jurgen Habermas, nascido em 1929 e herdeiro da Escola de Frankfurt, teve proximidades importantes com outros filósofos como Adorno, Heidegger. Sua construção teórica está entre a filosofia e a sociologia, sendo que esta teoria é uma abordagem de caráter transversal para diversas áreas do conhecimento, e neste trabalho, abordaremos suas ideias dada a proximidade com as áreas da educação e da saúde, bem como, sua abordagem sobre autonomia e emancipação, temáticas de suma importância para esta pesquisa.

A partir da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, pode-se desenvolver uma nova possibilidade de transformação social que, para o autor, deverá vir da construção de novos discursos sobre os conceitos conservadores, advindos da ciência positivista (FIEDLER, 2006, p.94).

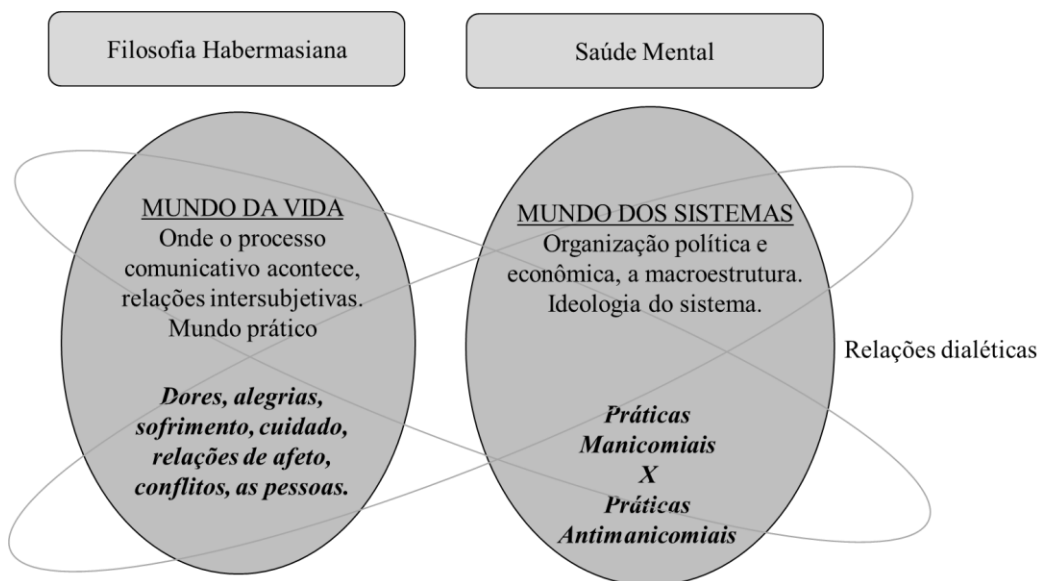
Esta possibilidade de transformação que se quer, fazendo uso do agir comunicativo como instrumento de trabalho e como possibilidade para construção de valores humanos, é a transformação no modo de cuidar em saúde mental. Desta forma, poderemos de fato efetivar os preceitos do Movimento da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica e fortalecer a tríade familiares, usuários ou usuárias e trabalhadoras ou trabalhadores.

O conceito de agir comunicativo de Habermas [...] refere-se à interação de pelo menos dois ou mais sujeitos capazes de falar e agir que estabelecem uma relação interpessoal, seja por meios verbais, seja por meios extraverbais. Apropriando-se do conceito do agir comunicativo, entende-se a possibilidade de melhor fundamentar a ação educativa no contexto das sociedades contemporâneas ocidentais (DA ROSA, 2015, p.2).

Os “sujeitos” citados pelo autor, podem ser compreendidos nesta pesquisa como pessoas: uma assistente social e uma ou um familiar, por exemplo, que na relação dialógica reflexiva tendem a construir um espaço de trocas, um espaço acolhedor e por consequência uma relação educativa. E, por meio da educação construímos o potencial de promoção do cuidado, sendo que, nestes momentos emergem questões objetivas, subjetivas e intersubjetivas, carregadas de significados.

Para o pensamento contemporâneo da filosofia habermasiana a sociedade estaria dividida entre dois mundos: o Mundo da Vida, onde o processo comunicativo acontece, onde estão as relações intersubjetivas e o Mundo do Sistema, onde está a organização política e econômica, a macroestrutura, e as pessoas estabelecem relações dialéticas com estes dois mundos a todo tempo, o mundo prático com a ideologia do sistema (FIEDLER, 2006).

FIGURA 1: Filosofia Habermasiana e Filosofia Antimanicomial

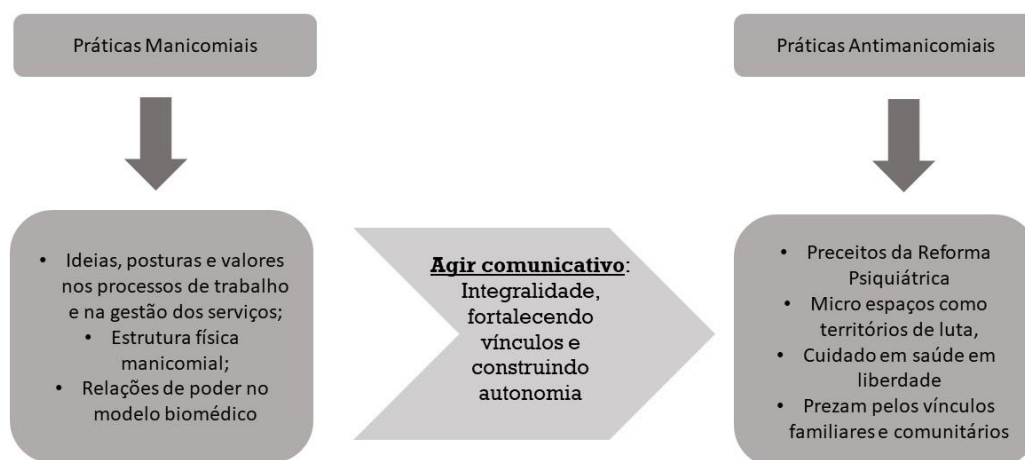


Fonte: Construção da autora, adaptado de Fiedler (2016).

Nesta relação binária no campo da saúde mental, temos no Mundo da Vida as dores, as alegrias, o sofrimento, o cuidado, as relações de afeto, os conflitos, os usuários e as usuárias, familiares, a comunidade. No Mundo do Sistema vivemos uma dualidade de forças: entre as práticas antimanicomiais e as práticas manicomiais.

Nas práticas antimanicomiais existem serviços e profissionais que acreditam nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e que fazem de seus micros espaços territórios de luta, de resistência, de modo a construir práticas em saúde mental que prezam pela liberdade e pelos vínculos familiares e comunitários. Já nas práticas manicomiais está a força ainda presente do manicômio, representado enquanto ideias/posturas e valores nos processos de trabalho, na gestão dos serviços, na estrutura física, ou ainda nas relações de poder no modelo biomédico (que não é privilégio somente das médicas e dos médicos).

FIGURA 2: Práticas Manicomiais e Práticas Antimanicomiais



Fonte: Construção da autora, 2018.

Neste cenário o agir comunicativo caracteriza-se como uma ferramenta de resistência, e se mostra com grande potencial para romper com as barreiras entre estes mundos, materializados em forças presentes em nosso cotidiano e que estão em constante conflito, promovendo a integralidade no cuidado, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e visando a autonomia dos sujeitos que experimentam o sofrimento psíquico. “Podendo analisar, discutir, problematizar o mundo da vida é que os indivíduos poderão se ‘descolonizar’ do sistema” (FIEDLER, 2006, p.96).

E o conceito do Mundo da Vida apresentado por Habermas é vital para o exercício do agir comunicativo, pois, só há diálogo onde há vida, onde há desejo, onde há movimento, onde exista a ação linguística. E, nesta ação linguística podem também estar contempladas as diversidades em que as pessoas não oralizadas também expressam o potencial linguístico por meio de outras formas, como a língua de sinais, pela leitura labial, pelos movimentos corporais, por exemplo.

[...] a razão comunicativa não se constrói apenas logicamente, mas, antes de tudo, na processualidade do debate. Envolve decisões existenciais, um agir no mundo e uma ética de solidariedade contra o sofrimento e a opressão. Situa-se como um modelo político em que a práxis e a palavra estão em profunda sinergia (DESLANDES, 2009, p. 643).



Desta forma, é preciso produzir o entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica, com vistas a alcançar um consenso entre os sujeitos que dialogam e que desejam aprender sobre o cuidado em liberdade. Familiares e profissionais estabelecerão um espaço dialogante que, diante das argumentações e contra argumentações, gere um consenso, efetivando uma prática de cuidado transformadora da realidade posta para a realidade concebida/desejada. É preciso estabelecer um canal de troca de informações para alcançar o agir comunicativo.

Nota-se que não se busca uma ingênua e imediata concordância de opiniões, mas trata-se aí do reconhecimento de ambas as falas, da capacidade de aceitar ou discordar, visto que se apoiam em argumentos válidos. Adequado para se pensar o encontro entre terapeuta e pessoa doente, ou entre trabalhadores de uma equipe de saúde, ou, ainda, entre profissional e gestor. Capitais distintos de conhecimento (técnicos e vivenciais), mas que não levam ao emudecer de um diante do outro. Ao contrário, a diversidade de argumentos é exatamente fomentadora deste encontro, agregando mais legitimidade e riqueza ao entendimento. Trata-se de um consenso voltado à afirmação da vida (DESLANDES, 2009, p. 643)

Para este consenso se faz necessário, conforme nos sugere Habermas, compreender os aspectos culturais de cada família, em que a cultura está impregnada no Mundo da Vida das pessoas, sendo importante pensarmos que antes de existir os serviços substitutivos como o CAPS, além da alternativa do manicômio, de que forma as famílias exercitavam o cuidado com seus familiares em sofrimento? Sim, existia um cuidado, pois, estes familiares nasceram, conviveram com suas famílias e em determinado momento de suas vidas, a partir de uma experiência passaram a sobreviver com o sofrimento, mas nem sempre foi assim, existiram também alegrias, conquistas positivas que ficam soterradas pela dor, pela violência e pela opressão. E, quando não há diálogo não conseguimos reconstruir estas memórias, estabelecemos apenas um receituário, uma fala prescritiva, determinamos um “cumpra-se”. E, neste monólogo por inúmeras vezes os familiares “descumpre” as “orientações”, não são “colaborativos”, mas será que realmente houve o entendimento ou sentido para as informações? Houve sentido na “prescrição” para a/o ouvinte neste processo?

O que percebemos é a necessidade do rompimento do poder modelo biomédico sob os familiares, usuários e usuárias, estes que idealizam possuir a fórmula perfeita para “ensinar” a cuidar, esquecendo-se de ouvir para “aprender” também, não favorecendo a prática da hermenêutica na comunicação, na construção de diálogos. Por vezes profissionais imbuídos pelo poder biomédico (que volto a frisar não é privilégio somente

das médicas e dos médicos), desaprendem a ouvir, a aprender, a trocar, a experimentar, e junto COM familiares construir novas formas de cuidado, reiterando por vezes a culpabilização das famílias.

A possibilidade do cuidado em liberdade passa pela construção do conhecimento sobre o “novo”, e a partir de então, a filosofia nos apresenta dois paradigmas para a construção do conhecimento: o paradigma da filosofia da consciência e o paradigma da filosofia da linguagem. Na filosofia da consciência, conhecer é uma relação entre a pessoa que conhece e o objeto a ser conhecido. Já na filosofia da linguagem, defendida por Habermas, existe uma relação entre a linguagem e o mundo.

Para Habermas, conhecer surge de uma relação entre sujeitos, correspondendo ao entendimento de que os sujeitos estabelecem algo sobre o mundo. Desta forma, integra conhecimentos cognitivos-instrumentais com o prático moral e o estético-expressivo. Na filosofia da linguagem a racionalidade constitui-se como comunicativa e tem como foco o entendimento (CESTARI, 2002, p. 431-432).

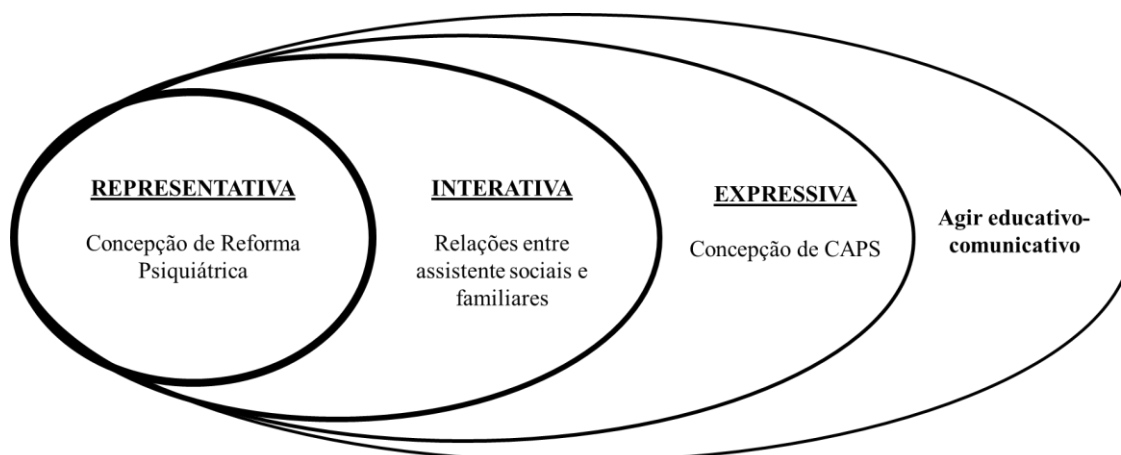
Esta é a relação entre a linguagem e o mundo que o cuidado em saúde mental requer, sendo a necessidade urgente de uma racionalidade comunicativa. Lidar com as vicissitudes da vida cotidiana se faz urgente por meio da horizontalidade das relações, dos diálogos e das construções coletivas. Se faz necessário o equilíbrio entre as racionalidades, ora instrumental e ora comunicativa.

Como ferramenta do agir comunicativo temos a linguagem, que segundo Habermas (1990) esta ferramenta de comunicação tem três funções principais: representativa, interativa e expressiva. A função representativa está materializada no mundo objetivo, no modo como falamos de algo. A função interativa é o nosso mundo social, é o ato de nos comunicarmos com o outro, com a outra, e a função expressiva está caracterizada pelo mundo objetivo, na competência que temos de expressar o que temos em mente. Desta forma, a linguagem assumirá características próprias de cada interlocutor e de cada interlocutora.

Pensando as três funções da linguagem para a temática deste trabalho posso referir que a função representativa da linguagem está caracterizada, por exemplo, na concepção de Reforma Psiquiátrica que as assistentes sociais expressam. Já, a função interativa está materializada na relação entre as assistentes sociais e familiares, na relação entre as pessoas, e por fim, a função expressiva caracteriza-se como a concepção que as assistentes sociais expressam sobre o processo de trabalho no CAPS.

A figura 3 expressa uma representação dessa compreensão.

Figura 3: Agir educativo-comunicativo relacionado ao tema da pesquisa.



Fonte: Construção da autora, 2018.

As funções da linguagem expressas por Habermas demonstram o potencial da linguagem em oportunizar a validade do tema discutido e expressam o processo de interlocução entre as funções a todo tempo. Validade diferenciando-se aqui de verdade. Habermas (1990) apresenta o conceito de validade como resultado daquilo que é consenso entre dois interlocutores ou interlocutoras. E quais as “validades” que temos nos diálogos sobre os cuidados em saúde mental? Quais as verdades que apontamos como indicadores do que é cuidar em saúde mental, sob a ótica antimanicomial? Ou ainda reforçamos as práticas manicomiais em serviços substitutivos?

Desta forma, compreendo que Habermas oferece um referencial importante para o cerne desta pesquisa, para que possa a partir desta ótica compreender de que forma o agir comunicativo, aliado ao agir educativo, pode colaborar para que as assistentes sociais fortaleçam a autonomia das famílias para a construção do cuidado baseado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica. A perspectiva horizontal e emancipatória que Habermas nos apresenta é o seu diferencial.

### 3.2 AGIR EDUCATIVO: INTERSECÇÕES POSSÍVEIS COM O AGIR COMUNICATIVO

O agir educativo na perspectiva de Paulo Freire, nesta pesquisa, busca dialogar com o agir comunicativo de Habermas.

Habermas é caracterizado como um teórico da sociedade, professor universitário envolvido nas questões sociológicas e filosóficas, já Paulo Freire demonstra profundo vínculo com as contradições sociais, embora também professor universitário. Habermas problematiza a crise do capitalismo, Freire se dedica à libertação dos povos explorados na América Latina, na África e Ásia. Mas os dois convergem no ideal de uma sociedade democrática onde possamos viver com dignidade. A democracia radical os identifica politicamente (PITANO, 2008)

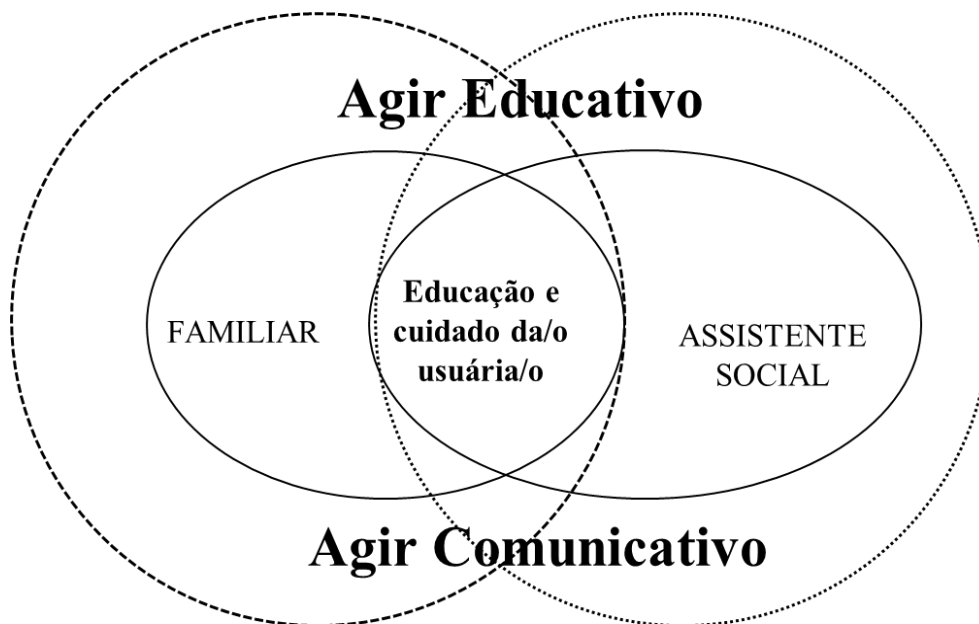
Para a saúde mental o diálogo entre as duas teorias oferece um aparato importante para os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial. Aliando o processo educativo não formal com o diálogo e com a informação como ferramentas propulsoras, profissionais e familiares ganham novas ferramentas para mediação com as usuárias e os usuários no cuidado em saúde mental.

O pensamento de Paulo Freire transita por diversas áreas do conhecimento, devido a seu potencial transversalizante, e na atenção psicossocial ele é reconhecido devido ao seu caráter dialógico, dialético e relacional. Assim, como deseja-se que a clínica antimanicomial se faça, na pluralidade, horizontalidade, promovendo movimentos relacionais e fomentando a interdisciplinaridade e integralidade da atenção.

Freire nos orienta que existem três relações constitutivas do conhecimento: a gnosiológica, lógica e histórica. E, parafraseando Eduardo Nicol, Freire cita que existiria um quarto elemento indispensável para a construção do conhecimento: a relação dialógica. “Todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá através de signos linguísticos” (FREIRE, 2011a, p.66).

Deste modo, para o processo de construção do conhecimento sobre as novas formas de cuidar em saúde mental junto a familiares, a partir das relações dialógicas existem dois caminhos, expressos na figura 4.

Figura 4: Processo de construção de conhecimento a partir das relações dialógicas estabelecidas entre usuário - assistente social – família:



Fonte: Construção da autora, 2018.

No foco desta pesquisa, pode-se pensar quando a assistente social (primeiro sujeito) utiliza seu arcabouço teórico-metodológico que deveria ser estruturado na lógica antimanicomial frente ao sofrimento expresso pelo(a) usuário ou da usuária, de modo a ressignificar a inter-relação entre educação e cuidado (objeto pensado), e então as/os familiares (segundo sujeito) poderão intervir na relação com as usuárias e os usuários, construindo novos conhecimentos para o cuidado, tanto para familiares quanto para assistentes sociais. Ou quando a/o familiar (primeiro sujeito) utiliza também seu arcabouço de experiência de vida frente ao sofrimento do usuário e da usuária (objeto pensado) colabora para que as assistentes sociais (segundo sujeito) possam por meio da mediatização das relações ampliar seu arcabouço teórico-metodológico para novas abordagens enquanto profissionais da saúde.

[...] o sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem a co-participação de outros sujeitos no ato de pensar sobre o objeto. Não há um “penso”, mas sim um “pensamos”. É o “pensamos” que estabelece o “penso” e não o contrário. Esta co-participação dos sujeitos no ato de pensar se dá na comunicação. O objeto, por isto mesmo, não é a incidência terminativa do pensamento de um sujeito, mas o mediatizador da comunicação [...] Se o sujeito “A” não pode ter no objeto o termo de seu pensamento, uma vez que este é mediação entre ele e o sujeito “B”, em comunicação, não pode igualmente transformar o sujeito “B” em incidência depositária do conteúdo do objeto sobre o qual pensa. Se assim fosse – e quando assim é -, não haveria nem há comunicação. Simplesmente, um sujeito estará (ou está) transformando o outro em *paciente* de seus comunicados. (FREIRE, 2011a, p.66-67).

É importante destacar que a passividade das pessoas diante de um diálogo o descaracteriza como diálogo, tendo assim, a máxima da *verborragia*, e não a relação dialógica que Freire propõe. O que por vezes observamos na prática das assistentes sociais é a absorção do modelo biomédico a ponto de “prescrever” encaminhamentos e orientações, ou na outra extremidade desconsiderar a subjetividade e as intersubjetividades propostas no acompanhamento socioassistencial. Ousaria dizer que pouco acompanhamos socioassistencialmente as pessoas, apenas intervimos, buscamos resultados e seguimos para a próxima situação, fragmentando o cuidado e reforçando ainda hoje as “situações problema”.

Para Freire, a escuta é parte fundamental das relações dialógicas:

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a *escutar*, mas é *escutando* que aprendemos a *falar com eles*. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala *com ele*, mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele (FREIRE, 2011b, p.113).

Como já dito anteriormente a escuta é parte integrante e fundamental da perspectiva antimanicomial, e fundamento básico para o agir educativo. Assim, o pensamento de Freire se aproxima do pensamento antimanicomial quando ele propõe que o diálogo requer a horizontalidade das relações interpessoais. A horizontalidade requer respeito às diferenças, autonomia, aprendizado mútuo. Desta forma, o agir educativo, a partir das relações dialógicas, promove um espaço acolhedor e promotor de saúde mental, especialmente pelo fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

[...] não é no silenciar que os homens se fazem, mas na palavra, na ação-reflexão. E dizer a palavra é direito de todos os homens, ninguém pode dizê-la sozinho para os outros, como num ato de prescrição. Por isso, o diálogo é mais do que o encontro dos homens, se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação como homens (FREIRE, 2011c, p.91).

O processo de aprendizagem que Freire propõe a partir do agir educativo aproxima-se da proposta da educação popular em saúde, sendo uma educação que independe do nível de escolaridade, em que os papéis ocupados por educadores e educadoras e “aprendizes” seja fluído, nada sólido, nada estático. Onde o aprendizado seja uma via de duas mãos, onde possamos construir a “ ‘outredade’ do ‘não eu’, ou do *tu*, que me faça assumir a radicalidade de meu *eu*” (FREIRE, 2011b, p. 41). Eu aprendo

com você, você aprende comigo e nós juntas podemos ensinar novos pares, para que a transformação aconteça, e permaneça.

A educação não diz respeito apenas à educação, mas também à formação e a expansão da democracia e da cidadania democrática. Tanto Freire quanto Habermas estão preocupados em entender os elementos subjetivos e comunicacionais das relações interpessoais, bem como, as possibilidades de suas transformações (MORROW, 1998).

Desta forma, Freire e Habermas oferecem subsídio para esta pesquisa aprofundar o entendimento sobre a relação dialógica que se estabelece, ou não, entre assistentes sociais e familiares nos CAPS. E que este cenário germine as ideias da Reforma Psiquiátrica, com potencial de fortalecer a autonomia das famílias para o cuidado em saúde mental nos serviços substitutivos. E que nesta relação possamos seduzir novos pares para ampliarmos a consciência de que a liberdade, o cuidado e a autonomia possam curar as feridas produzidas por séculos de violência e exclusão da lógica manicomial.

### 3.3 AGIR EDUCATIVO-COMUNICATIVO EM SAÚDE: POSSIBILIDADE DE EFETIVAR AÇÕES CONSIDERANDO A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

Ao estabelecer a relação entre o pensamento de Habermas e de Freire, emergem categorias fundamentais para a construção do agir educativo-comunicativo no processo de trabalho das assistentes sociais junto às famílias de usuárias e usuários de CAPS, tais como: a escuta, o diálogo, a linguagem, a cultura, a horizontalidade, a educação. Categorias estas que apresentarei no decorrer da escrita, compreendendo a interrelação entre elas para a construção de um agir educativo-comunicativo que visa a produção do cuidado.

Na conjuntura política atual, onde impera a cultura do ódio, da hiperindividualização e do medo, são construídas relações sociais fragilizadas. E, ouvir as pessoas tem sido cada vez mais difícil porque existe a verborragia de verdades absolutas, o imperativo desejo de surdez, a crescente do fascismo. A diversidade é produtiva na medida em que conseguimos escutar as pessoas, e escutar compreende também dizer algo, utilizando especialmente outras ferramentas que não somente a palavra falada.

A escuta para Paulo Freire é situação *sine qua non* para a prática educativa.

[...] Que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar *impositivamente*. Até, quando, necessariamente, fala contra posições ou concepções do outro, fala com ele como sujeito da escuta de sua fala crítica e não como objeto de seu discurso (FREIRE, 2011b, p.113).

Considerar que quem escuta aprende e quem fala comunica algo é a condição para não considerar as/os “ouvintes” como nosso objeto, e sim uma pessoa que busca comunicar algo e para tanto utiliza todos os seus recursos disponíveis: a fala, o corpo, a linguagem. A escuta favorece a construção do diálogo, rompendo com os discursos prescritivos, assim, a escuta que a assistente social pode desenvolver com os familiares de usuárias e usuários de CAPS é uma escuta acolhedora, política, comprometida com o desejo de ir além do que está sendo dito.

A partir da escuta construímos o diálogo, segundo o pensamento de Habermas, seria a categoria mais importante para estabelecer o que ele intitula como “ação comunicativa”:

A ação comunicativa se refere a interação de pelo menos dois sujeitos capazes de linguagem e de ação que (seja com meios verbais ou com meios extraverbais) estabelecem uma relação interpessoal. Os atores buscam entender-se sobre uma situação de ação para poder assim coordenar de comum acordo seus planos de ação e com eles suas ações (RACHELE, p.39, 2014).

Colocar o diálogo como forma de ação pode ser transformador nas relações que estão estabelecidas. E, considerando a interação que o diálogo oportuniza, a transformação é para quem escuta e para quem fala. Toda relação é constituída por sujeitos que constroem suas experiências por meio do diálogo. O exercício do consenso a partir do diálogo fortalece os vínculos entre profissionais e familiares, oportuniza a produção do cuidado, sendo que com resultado desta relação dialógica busca-se construir o cuidado em saúde mental, que considero produto final do agir educativo-comunicativo que aqui proponho.

Assim como a escuta e o diálogo, a linguagem neste contexto também é primordial.

[...] as palavras também carregam pesos diferentes, pois “favela” pronunciada por alguém que mora nela tem mais densidade, mais peso e mais força significativa do que essa mesma palavra pronunciada por quem apenas aprendeu-a de outras formas, mas distante da favela enquanto sua moradia. [...] O que interessa, efetivamente, é aproximar palavras e ideias das realidades experienciadas pelos alunos, problematizando as diferenças de significado, pontuando a riqueza de sentidos e, principalmente, abrindo espaço para o diálogo (OSOWSKI, 2010, p.247).



Considerando a transposição dos conceitos de Paulo Freire da sala de aula para a relação entre assistentes sociais e familiares de usuárias e usuários de CAPS, penso que a linguagem tem o potencial de aproximar ou afastar as pessoas. Mesmo nos casos onde as falas são prescritivas, ainda assim, se faz necessário que haja compreensão, aproximação, vínculo para a construção do cuidado. Quando não consigo atingir este patamar construo rugas, ranços e julgamentos de incapacidade para o cuidado em saúde mental. Reforçamos aqui a culpabilização das famílias.

E outra categoria importante para o agir educativo-comunicativo é a cultura, que influencia diretamente cada grupo familiar. Cada família apresenta um modo de viver: uma religião, uma biografia, ocupa um espaço geográfico, utiliza e produz uma linguagem; dentre outros fatores que constroem sua cultura. O universo a partir do qual Paulo Freire analisa a educação é por meio da cultura, enfatizando um vínculo com a cultura-conscientização-liberdade (DE OLIVEIRA; DE CARVALHO, 2007).

As famílias dos usuários e das usuárias de CAPS cuidam das pessoas que sofrem por uma vida inteira. O agir educativo-comunicativo tem como objetivo potencializar este cuidado, sendo a transposição dos sofrimentos dos usuários e das usuárias dos CAPS, em parceria com familiares, se torna possível por meio do empoderamento, da educação para o cuidado.

[do empowerment] Em saúde mental, entendemos esse conceito como uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado (VASCONCELOS, 2007, p. 175-176).

Compreendendo que o processo de aprendizagem é um processo de mão dupla, as pessoas aprendem, todas, a cuidar das pessoas que sofrem. E se faz necessário que profissionais, no caso desta pesquisa, as assistentes sociais, utilizem o agir educativo-comunicativo buscando não anular a cultura de cada grupo familiar, mas sim, acionar esta cultura a favor do cuidado em liberdade.

Práticas que reduzem os sujeitos a objetos, quer por reduzir seu sofrimento à sua doença, caracterizada em última instância pela lesão que a define, quer por reduzi-los a um conjunto organizado de moléculas, células e tecidos passíveis de manipulação, visando à alteração do estado desses organismos. Práticas que se organizam valendo-se de um ordenamento centrado nas necessidades de os profissionais executarem

certos procedimentos, mesmo que tais ordenamentos gerem sofrimento. Práticas que terminam por privilegiar as técnicas, em vez dos sucessos terapêuticos concretos na vida das pessoas (MATTOS, 2008, p.346-347).

Para além dos encaminhamentos, articulações de rede e mecanismos burocráticos que fazem parte do processo de trabalho das assistentes sociais, com o agir educativo-comunicativo propomos romper com esta lógica mercantilista de saúde, focada somente na doença e privilegiando protocolos e o modelo biomédico. O cuidado em saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica e enquanto campo de atuação, requer intervenções mais humanas, focalizada nas relações entre as pessoas. Cada pessoa carrega em si sua história, sua cultura, contexto intenso e que precisam ser considerados.

A educação também enquanto uma categoria do agir educativo-comunicativo prioriza a construção de uma relação histórica entre a desumanização e humanização das pessoas (FREIRE, 2011c). Sendo resultado de uma “ordem” injusta que gera a violência dos opressores e das opressoras contra os oprimidos e as oprimidas (FREIRE, 2011c). Esta relação oprimida/o e opressor/a no campo da saúde mental é caracterizada pela relação de poder expressa por profissionais com usuárias, usuários e familiares. Na contramão do agir educativo-comunicativo, podendo também ser expressado na relação de poder e submissão entre as profissões das equipes multiprofissionais, sendo resquícios ainda do modelo manicomial e do poder biomédico.

Um cuidado no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer. Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer. (MATTOS, 2008, p.348)

A educação no agir educativo-comunicativo tem o potencial de promover a autonomia das famílias para o exercício do cuidado em saúde mental, além de fomentar nas assistentes sociais a diversidade de aprendizados sobre o cuidado, considerando cada cultura que ensina um modo de cuidar. Neste processo é possível o exercício da relação entre cuidado e educação: cuidamos educando e educamos cuidando.

Para além das categorias que emergem da relação entre Habermas e Freire acrescento ainda o cuidado, enquanto categoria também fundamental para o agir

educativo-comunicativo, o cuidado, na saúde mental, pode ainda ser o cuidado integrativo, concebido como:

[...] um conjunto de ações integradas ao ser humano, de relações interpessoais, um cuidado que busque desenvolver a capacidade de perceber/percebendo-se, ouvir/perscrutando e tocar/sentindo o outro em seu contexto e nas dimensões de seu espaço. Assim, para efetivação deste cuidado, é necessário haver uma interação, uma relação intersubjetiva, que se traduza em intervenções mediadas pelo diálogo e pelas atitudes (FERRAZ, 2005, p.608).

O cuidado está vinculado à existência humana, desde o nascimento até a morte, está presente no sentido da vida, e se não estiver assim concebido pelas pessoas acabará por prejudicar a si mesmo e todos e todas em sua volta (BOFF, 2004).

O cuidado promovido pelo agir educativo-comunicativo também está inserido na esfera dos direitos, caracterizando-se como uma relação política, que exige horizontalidade além de dialogicidade (FREIRE, 2011c). A relação do aprender a cuidar é uma relação horizontal, de troca, de crescimento mútuo, entre profissionais, familiares, usuárias e usuários, com o objetivo comum de cuidar em liberdade e diminuir os sofrimentos, pois numa relação ambos os lados da história sofrem.

Nesta relação mais do que agregar o cuidado ao trabalho profissional trata-se de valorizar o modo de cuidar exercido pelas famílias, compreendendo o “ensinar” como o movimento de quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (FREIRE, 2011b). E não as relações hierarquizadas daquele que aprende e aquele que ensina, tal como na educação bancária, mas ensinar e aprender a cuidar poderá ser o caminho para o fortalecimento dos vínculos comunitários e familiares, além de fomentar a Reforma Psiquiátrica como um modelo de cuidado em liberdade a ser implementado.

O cuidado político e crítico inscreve-se numa perspectiva de ressignificação do sujeito e da estrutura na co-construção da relação democrática e cidadã entre profissional e público atendido. Não se tratando de mais uma ilusão da mediocridade do atendimento e do individualismo, mas de um processo que precisa estar articulado às condições e às estratégias objetivas de fortalecimento da ética, da crítica e da mudança, valorizando as expressões dos sujeitos em relação à garantia de seus direitos (FALEIROS, 2013, p.89).

Pensar o agir educativo-comunicativo enquanto instrumento técnico-operativo do Serviço Social na saúde mental se faz necessário.

A palavra “*cuidado*” é pouco apresentada nas produções científicas do Serviço Social, porém compreendemos que as questões subjetivas por vezes não se apresentam como foco principal de intervenção do Serviço Social. Mas compreendo que o cuidado é

um direito e como tal poderá ser a porta de entrada para novos diálogos com as famílias, novas formas de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

A ruptura com uma visão filantrópica assistencialista do cuidado está explicitada por duas correntes significativas: a do movimento feminista e a proveniente do movimento pelos direitos humanos, no pressuposto de que cuidado se articula às necessidades humanas históricas, portanto, à vida humana (FALEIROS, 2013, p.85).

O cuidado como um valor político e não moral passa pela perspectiva da discussão de gênero e pela discussão dos direitos humanos. Cuidar e ser cuidado faz parte da condição humana, e enquanto direito garante a sobrevivência de cada pessoa (FALEIROS, 2013).

Cuidar, no contexto do Estado de direito e da democracia, significa assegurar a autonomia, reverter as discriminações, desenvolver a autoestima, incluir sujeitos em serviços e direitos, como propõe, aliás, a visão humanizadora da Política Nacional de Assistência Social (FALEIROS, 2013, p.84).

Na construção social do conceito de deficiência, por exemplo, em uma segunda geração de pesquisadoras vinculadas ao movimento feminista pautou a discussão sobre o cuidado, e estabeleceu o conceito de interdependência, onde qualquer ser humano, em algum momento da vida vai precisar receber ou prestar cuidados, para a garantia da sobrevivência (DINIZ, 2007).

Na sua complexidade cultural, econômica, social, política, ou seja, em seu contexto histórico/estrutural e de emancipação, considerando as desigualdades das relações de poder e promovendo a participação dos sujeitos no processo de construção de um cuidar estratégico. No senso comum, quando se fala em cuidar, pensa-se numa relação entre quem cuida e quem é cuidado, como se estivesse de um lado um receptor e do outro um detentor de recursos ou de saber e poder, para aliviar ou curar uma doença ou melhorar uma disfunção. Conforme a discussão do movimento feminista, a palavra *cuidado* está associada ao *care*, que historicamente se vincula à atenção, à necessidade do outro e também a uma consideração ética das relações humanas. Ao mesmo tempo, tem-se uma relação de gênero, pois o cuidado real e simbólico se refere à condição de mulher em sua vida concreta e ao trabalho privado de preocupação com o alguém, de educação, apoio e assistência (FALEIROS, 2013, p.85).

A sinergia entre o movimento feminista e o movimento dos direitos humanos em prol da promoção do cuidado, é uma relação potente. Buscando a não fragmentação das categorias, dos movimentos e das discussões, mas respeitando as especificidades de cada movimento, a coletivização das lutas, nestas intersecções, ofertamos subsídios para a construção de um espaço de escuta, de diálogo e oportunizando a possibilidade de empoderamento das famílias através do agir educativo-comunicativo, para que o cuidado

em saúde mental seja uma mão de duas vias: a gente ensina-cuidando e aprende-ensinando.

Nesta lógica, o cuidado em saúde mental requer abordagens que se coloquem a favor da vida, da liberdade, da valorização das diversidades, da dignidade, da bioética e do respeito, ou seja, dos direitos humanos. Há que se estabelecer relações vivas, que promovam afetos entre familiares e profissionais, os quais produzam saúde e não que cultivem a doença, a dor e o sofrimento.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2004, p. 33).

Não apostar no potencial das famílias para o cuidado em saúde mental é subsidiar uma condição de subserviência, é colaborar para a manutenção do modelo manicomial. Nutrir a miséria é conservar o *status quo* de poder pré-estabelecido, onde existe alguém que conscientemente colabora para a manutenção das subalternidades entre as pessoas. Assim não haverá rompimento do ciclo de dependência das famílias que a institucionalização da loucura construiu há séculos no imaginário social.

Assim, observar a relação entre as categorias apresentadas por Habermas e Freire no cotidiano de atuação profissional com familiares inseridos nos CAPS pode ser uma estratégia com potencialidade para consolidar a participação ativa das famílias no cuidado em saúde mental que por séculos foi apartada deste processo.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DESENHO DA PESQUISA

O presente estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa e, segundo seus objetivos, com uma estratégia exploratória-descritiva.

O antecedente histórico da pesquisa qualitativa é marcado pela influência da antropologia e da sociologia como ciências pioneiras deste método. Buscando compreender a vida em sociedade e em seguida transpondo os conhecimentos para a vida educacional de grupos populacionais (TURATO, 2005; TRIVIÑOS, 1987).

Na pesquisa qualitativa aplicada à saúde, por influência das Ciências Humanas, não se busca estudar o fenômeno em si, mas sim compreender o seu significado, individualmente ou coletivamente, para a vida das pessoas. Manifestando assim o sentido estruturante que a palavra “*significado*” oferece neste contexto científico, o método qualitativo tem como um de seus objetivos construir compreensões das ligações entre os elementos, dialogando sobre uma ordem que é invisível ao olhar comum (TURATO, 2005). A pesquisa qualitativa não se ocupa de descrever detalhadamente as situações que se apresentam no campo do estudo, mas sim fomentar um construto teórico que oportunize a compreensão daquela realidade sem fomentar uma visão unilateral e cartesiana do processo, mas sim valorizando suas singularidades.

Com o objetivo de avançar nas discussões acerca da temática deste trabalho, optamos pela estratégia exploratório-descritiva, visto a incipiência na academia do assunto proposto, conforme já apresentado no texto deste trabalho, bem como, essa estratégia torna possível ampliar a experiência em torno de um problema e reconhecer com maior propriedade a comunidade aqui estudada: a/o profissional assistente social (TRIVIÑOS, 1987).

### 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em seis (6) municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina. A região é composta por 12 municípios: Criciúma, Balneário Rincão, Lauro Muller, Treviso, Urussanga, Siderópolis, Nova Veneza, Forquilha, Içara, Cocal do Sul, Morro da Fumaça e Orleans.

Visto o tipo de estudo exploratório descritivo exigir da pesquisadora uma série de informações preliminares sobre a população a ser estudada (TRIVIÑOS, 1987), ao realizar um levantamento prévio junto aos municípios, apenas os municípios de Balneário Rincão, Treviso e Nova Veneza não contam com atendimento de CAPS durante o período de realização desta pesquisa. O município de Treviso tem atendimentos conveniados no CAPS de Lauro Muller, e o município de Nova Veneza tem atendimentos conveniados com o CAPS de Siderópolis. O município de Balneário Rincão conta com atendimentos em Ambulatório de Saúde Mental e algumas vagas conveniadas no CAPS de Içara.

Assim, do total de 12 municípios, 9 possuem CAPS, sendo que Criciúma como cidade polo da região tem o maior número e maior diversidade de modalidades de CAPS, sendo quatro unidades: Caps I, Caps II, Caps III e Caps IIAD. Conforme o levantamento prévio, todas as unidades citadas contam com a assistente social em seus quadros de profissionais, exceto o CAPS IIAD. Os outros oito municípios da região carbonífera que possuem CAPS, estão estruturados na modalidade de CAPS I e também possuem o profissional assistente social.

Os CAPS foram construídos a partir do Movimento de Luta Antimanicomial e da Lei 10.216/2001. Foram instituídos enquanto serviços substitutivos e enquanto políticas públicas por meio da Portaria 336/2002 e atualmente compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Portaria 3.088/2011.

Os CAPS preveem atendimento às pessoas que convivem com transtornos mentais severos e persistentes, e devem contar com uma base territorial importante para o cuidado em saúde mental. Cada CAPS atenderá uma demanda específica: CAPS I (crianças e infanto-juvenil), CAPS IIAD (pessoas que abusam de álcool e outras drogas), CAPS II (transtornos mentais) e CAPS III (transtornos mentais com quadro de crise), pois possui leitos para observação de pessoas em crise.

As equipes de CAPS possuem a característica de equipes multiprofissionais

CAPS II: a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Caps III: a - 02 (dois) médicos psiquiatras; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico

educacional e artesão. 4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio; 4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio

Caps i: a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro. c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Caps II AD: a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (PORTARIA 336/2002 – grifos da autora) (BRASIL, 2011, s/p).

O atendimento multiprofissional em saúde mental torna-se a característica principal de rompimento com a lógica manicomial, onde não existe soberania de uma categoria profissional à outra, buscando promover a integralidade todas as categorias profissionais têm a sua importância e destaque no processo de reabilitação psicossocial.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O convite foi realizado para 11 assistentes sociais pertencentes as equipes multiprofissionais dos CAPS de municípios da Região Carbonífera. As pessoas que aceitaram participar da pesquisa foram seis (6) assistentes sociais que integram as equipes multiprofissionais dos CAPS de seis municípios da região. Entre as participantes, cinco (5) eram do sexo feminino e um (1) do sexo masculino. A média de idade do grupo era de 37,6 anos, todas eram católicas e brancas. Tiveram sua formação acadêmica entre os anos de 1999 e 2014 nas seguintes universidades: 2 pessoas na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 3 pessoas na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e 1 pessoa no Centro Universitário Leonardo Da Vinci (UNIASSELVI).

Referente à cursos de pós-graduação os seis participantes informaram que haviam cursado uma especialização. O tempo de atuação profissional como assistentes sociais é em média de 11,1 anos e de atuação profissional em CAPS em média 3,9 anos.



Informaram ainda que haviam vivenciado o trabalho como assistentes sociais em outros serviços como CRAS, APAE, Psiquiatria Hospitalar, Instituições de Longa Permanência, Abrigos e Organizações Não Governamentais. Entre as/o participantes cinco (5) são profissionais concursadas nos municípios, mas não especificamente para CAPS.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão:**

- Assistentes sociais:

- com registro ativo no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS);
- integrantes das equipes multiprofissionais dos CAPS da região da pesquisa, com vínculos trabalhistas estabelecidos;
- com no mínimo de três meses de atuação junto ao serviço (CAPS).

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão:**

- Assistentes sociais:

- assistente social que no período de coleta de dados estavam afastadas de suas atividades por qualquer motivo.
- assistente social que tinham vínculo empregatício frágil (bolsa de trabalho).

### **4.4 COLETA DE DADOS**

#### **4.4.1. Convite e sensibilização**

Inicialmente apresentamos a proposta da pesquisa em reunião ordinária do Colegiado Intergestores Regional no mês de setembro de 2017, onde estavam presentes os secretários e secretárias municipais de saúde da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). Após a aprovação junto ao Comitê de Ética da UNESC, apresentamos a proposta da pesquisa individualmente a cada entrevistada ou entrevistado (assistente social) e se fez o convite para participar da pesquisa.

Após o contato prévio por telefone, agendamos um horário para que pudéssemos visitar cada CAPS para apresentação da proposta da pesquisa. Visitamos todos os CAPS da AMREC apresentando a proposta, exceto dois CAPS por não cumprirem os critérios de inclusão, pois no momento da coleta de dados não havia a profissional assistente social

na equipe. Neste momento tivemos uma experiência importante de observação das movimentações de familiares, usuários e equipes nas recepções dos serviços.

Neste primeiro contato presencial, ao término da apresentação da proposta da pesquisa constamos a possibilidade de realização da observação direta das atividades com familiares. Nos casos que foi possível observar, já agendamos o dia da observação, caso os participantes não aceitassem a observação, já agendamos o dia da entrevista.

Nesta fase inicial de convites, além da exclusão de dois CAPS por não cumprirmos os critérios de inclusão e exclusão, tivemos a negativa de quatro CAPS: o primeiro teve interesse em participar da pesquisa, no entanto, durante o período de coleta de dados não houve disponibilidade de agenda para a realização da entrevista; no segundo tivemos o afastamento da Assistente Social por motivo de doença; o terceiro e o quarto não houve interesse da Assistente Social em participar da pesquisa.

Desta forma, conforme já expressei, contamos com a participação de seis pessoas (assistentes sociais). Durante o convite para participação e a apresentação da pesquisa, nos casos de recusa foi notório duas situações: a insegurança em oferecer as informações para a pesquisa (no que tange ao atendimento ao familiar) e/ou a gestão dos processos de trabalho que não permite a construção de rotina no serviço.

#### **4.4.2. Trabalho de Campo**

O trabalho de campo ocorreu de 27 de outubro à 12 de dezembro de 2017, sendo que a coleta ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com as/o assistentes sociais que compõem as equipes multiprofissionais dos CAPS da Região Carbonífera e observação do processo de trabalho das/o profissionais junto aos familiares atendidos nos CAPS.

As entrevistas aconteceram após a anuência das entrevistadas e dos entrevistados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os encontros aconteceram em ambientes que privilegiaram o sigilo das informações e a privacidade dos participantes.

O instrumento de pesquisa que utilizamos para a entrevista foi um roteiro semiestruturado (Apêndice 1), que difere do sentido tradicional do questionário visa

[...] apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2008, p. 99).

Desta forma o roteiro teve o papel norteador do diálogo entre pesquisadora e entrevistada ou entrevistado e não o engessamento do diálogo.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e variaram entre 30 e 45 min. O registro dos dados coletados nas entrevistas aconteceu por meio da gravação em gravador digital. Após a transição literal das entrevistas realizamos a validação das/os participantes antes de iniciarmos a análise dos dados.

Para a observação, como instrumentos de coleta de dados, utilizamos o guia de observação (Apêndice 2) e o diário de campo, nos quais constaram além do relato detalhado das atividades desenvolvidas, a percepção da subjetividade em cada momento observado (MINAYO, 2008)

O período de observação abrangeu o momento anterior às entrevistas, e aconteceu em média de 1h30min a 2h em cada CAPS, totalizando média de 6 horas. Os dias de observação foram definidos em conjunto com as profissionais e privilegiou os momentos em que as assistentes sociais estiveram intervindo com as/os familiares, seja em visita domiciliar, em grupo ou atendimento individual.

A observação foi realizada em três CAPS, visto que esses serviços, durante a apresentação da pesquisa, nos informaram que realizavam atividades regularmente com familiares. Contudo, em um serviço a observação do trabalho foi um grupo com usuários e usuárias, e não de atendimento ao familiar.

Os CAPS em que a observação não foi realizada, foi porque atendiam os familiares por demanda espontânea, ou os encontros de grupo não aconteceriam no período de coleta. Em alguns CAPS houve o agendamento para observação de visitas domiciliares, no entanto, existiu a dificuldade latente de transporte do CAPS para que a profissional realizasse esta atividade, assim, por inúmeras vezes os encontros foram cancelados. Nesta realidade para as visitas domiciliares geralmente os CAPS não tem agenda fixa, elas acontecem quando há disponibilidade de transporte.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra e para análise dos dados utilizamos a Análise de Conteúdo (AC), “um conceito historicamente construído, com implicações teórico-metodológicas e em oposição a outros conceitos” (MINAYO, 2008, p.198-199)

A justificativa para a escolha da Análise de Conteúdo como proposta metodológica de análise de dados nas pesquisas qualitativas se justifica na escrita de Cavalcanti; Calixto e Pinheiro (2014).

[...] pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p.14)

A sistemática para análise dos dados por meio da técnica de análise temática de conteúdo incluiu segundo Minayo (2008):

1<sup>a</sup>) *Pré-análise*: estruturou-se a partir da *leitura flutuante* dos materiais de campos (entrevistas transcritas e registro das observações em diários de campo) organizados para serem analisados. *Constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Para esse momento tomamos contato exaustivo com o material deixando-nos impregnar por seu conteúdo;

2<sup>a</sup>) *Exploração do material*: esta etapa consistiu essencialmente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, buscou-se alcançar o núcleo da compreensão do texto. Para Minayo (2008), esta fase inicia pelo recorte do texto em unidades de registro, que pode ser uma palavra ou frase, estabelecidas na pré-análise. As nossas unidades foram organizadas por frases/parágrafos; e, por último, realizamos a classificação e a agregação dos dados, sendo que para isso escolhemos categorias teóricas mescladas com empíricas que auxiliaram na especificação dos temas;

3<sup>a</sup>) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: neste momento, os dados foram submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. Foram seis categorias discutidas na pesquisa, sendo elas: escuta, relação dialógica, cultura, horizontalidade, educação e linguagem. A partir do referencial qualitativo, “a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso” (MINAYO, 2008, p. 209).

Os dados analisados foram discutidos à luz do arcabouço teórico sobre ação comunicativa Habermas (1990), e o processo de intercessão do agir comunicativo com a educação em saúde e empoderamento (Freire, 2011c), além do cuidado na lógica da integralidade da atenção Mattos (2008), a fim de estruturar a concepção do agir educativo-comunicativo.

Na primeira etapa as respostas foram organizadas em tabelas a considerar a seguinte organização: primeira linha na horizontal a pergunta do roteiro de entrevista, primeira coluna a transcrição literal da entrevista, segunda coluna a análise I e na terceira coluna a análise II. Na análise I destacamos através de cores os fragmentos que respondiam à pergunta da primeira coluna além de destacar os fragmentos que se correspondiam a outras perguntas. Então na segunda coluna de cada pergunta teremos um texto que responde a várias perguntas. Na quarta coluna onde realizamos a análise II temos a compilação dos fragmentos da terceira coluna de todas as outras perguntas. Formando assim a resposta integral à pergunta da primeira coluna, considerando todas as respostas da entrevista.

Na segunda etapa, a partir da quarta coluna, realizamos a análise por pergunta com suas respectivas respostas elaboradas a partir da análise integral da entrevista. Consideramos no cabeçalho uma pergunta do roteiro de entrevista, na vertical da primeira coluna teremos cada entrevistada/o. Na horizontal a resposta de cada entrevistada/o referente a pergunta apresentada no cabeçalho.

Na terceira coluna iniciamos a primeira categorização. Analisamos na resposta inserida na segunda coluna palavras ou fragmentos que identificavam, com a escrita literal da transcrição da entrevista, temas pertinentes à pergunta. Cada escrita desta coluna recebeu uma cor com o objetivo de aproximar os assuntos.

Na quarta coluna temos o agrupamento destes fragmentos dos parágrafos/frases a partir das cores dispostas. Cada agrupamento deste recebeu um título provisório com o objetivo de apresentar a temática destacada.

Na quinta coluna subscrevemos, com as palavras da pesquisadora, uma interpretação da análise realizada na quarta coluna, com o objetivo de elencar as categorias a serem discutidas.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A fim de apresentar o projeto ao Comitê de Ética da UNESCO, em setembro de 2017, realizamos diálogos com os integrantes da Câmara Técnica de Saúde Mental da Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como, apresentarmos o projeto ao Secretários e Secretárias Municipais de Saúde da Região Carbonífera e, solicitarmos a Carta de Aceite/Autorização para realização da pesquisa. Tal carta foi anexada aos demais documentos enviados para avaliação junto ao Comitê de Ética.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1), foi entregue uma cópia do projeto juntamente com a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética à Secretária da CIR-Região Carbonífera. A seguir, agendamos encontros com as assistentes sociais para convidá-las a participar da pesquisa. Nesse momento, fizemos a apresentação do projeto às participantes da pesquisa que puderam esclarecer possíveis dúvidas sobre o propósito do estudo, seus objetivos e foi explicitado que elas tinham a liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de desistir de sua participação em qualquer tempo da pesquisa.

Aquelas que aceitaram, agendamos uma data e horário para realização da observação. Neste momento, após apresentação e esclarecimento de dúvidas sobre o projeto, realizamos a leitura e coletamos assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3). Esse documento segue as exigências formais contidas nas Resoluções n. 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Essas resoluções tratam das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a partir da qual os participantes devem ser esclarecidos sobre todos os aspectos da pesquisa (BRASIL, 2012; 2016).

Cientes das resoluções que tratam da ética em pesquisa no Brasil, asseguramos às participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa os aspectos éticos do estudo como: a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem.

Em termos mais práticos, dois aspectos éticos que nortearam a conduta da pesquisadora também merecem ser citados: em primeiro lugar, a ética na preservação dos direitos das participantes e do participante, ou seja, o sigilo, bem-estar, ambiente acolhedor, preservação da identidade, e primordialmente, a preocupação com o significado dos conteúdos que serão trabalhados nas entrevistas e como poderá afetar a vida das/o participantes (SMEHA, 2009).

Diante dos objetivos da presente pesquisa, os riscos ou desconfortos durante a realização da investigação foram mínimos, sendo garantido aos sujeitos: a realização das entrevistas em local reservado, o anonimato e sigilo referente ao que for discutido; a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; solicitamos por meio do TCLE autorização para gravar as entrevistas em áudio, sendo que, ficou garantido às/o participantes que os equipamentos poderiam ser desligados quando desejassem que alguma informação não fosse registrada para fins da pesquisa. Ainda, garantimos o direito de desistir em qualquer fase de desenvolvimento da pesquisa, bem como, ficou assegurado à Câmara Técnica de Saúde Mental da CIR/AMREC e aos sujeitos, mediante compromisso assumido por nós pesquisadoras, que as informações coletadas serão exclusivamente utilizadas para fins de pesquisa.

De acordo com a Resolução 466/12 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 07). No entanto, conforme expresso no parágrafo anterior, frente aos objetivos da presente pesquisa, os riscos ou desconfortos durante a realização da investigação foram mínimos, pois as perguntas que nortearam a condução dos diálogos nas entrevistas foram pautadas na compreensão que as assistentes sociais possuem sobre o agir educativo-comunicativo junto aos familiares de CAPS.

Entre os benefícios consideramos que a partir da participação dos sujeitos e do levantamento da realidade estudada, foi possível identificar as potencialidades e fragilidades que as/o participantes enfrentam em seu processo de trabalho nos CAPS relacionado ao agir educativo-comunicativo junto aos familiares de CAPS, bem como, o conhecimento das/o participantes sobre o assunto e o comprometimento junto aos serviços e usuários/familiares. Esperamos que por meio das considerações finais pesquisa seja possível repensar as práticas das assistentes sociais junto a atenção em saúde mental, sendo possível estruturar propostas de mudanças.

Seguindo a premissa de pesquisas qualitativas, em que trabalhamos com sujeitos, a fim de garantir o anonimato, solicitamos as/o participantes que escolhessem um “nome fictício” (codinome). Este codinome as/o identificaria na pesquisa, no trabalho final e em publicações, tendo em vista que não será divulgado os municípios específicos em que a pesquisa foi realizada. Nesse sentido, apenas a CIR e os sujeitos da pesquisa terão ciência da realização da pesquisa nesses locais. No entanto, todas as entrevistadas e o entrevistado optaram por não utilizar o codinome. Desta forma, sendo a AMREC uma região pequena

e os CAPS serviços únicos em cada município, a pesquisadora optou por codificar as/os participantes a partir de nomes de flores. A justificativa por tal escolha se faz, pois, as flores nos remetem a cor, à vida, à beleza, à resistência, e precisam de muito cuidado. Embora alguns CAPS tenham arborização em seus ambientes externos ainda são espaços monocromáticos.

Ainda, os registros das observações realizadas, estão expressos com a sigla “Observ/”, seguido de um número cardinal correspondente, por exemplo, Observ/1.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos científicos e em periódicos da área, cumprindo também a prerrogativa ética de socialização do conhecimento construído por meio de pesquisas.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse momento apresento os resultados e discussão, sendo que as informações estão organizadas em três grandes categorias, as quais possuem subcategorias que expressam os achados da pesquisa.

A primeira categoria intitulada “*NO MEIO DO CAMINHO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE HAVIA UMA PEDRA*”: compreensão de família e a educação como ferramenta do cuidado das famílias de usuárias e usuários dos CAPS, discute o conceito de educação expresso pelas participantes e sua relação com o processo de trabalho junto aos familiares das usuárias e dos usuários do CAPS. Esta categoria está dividida em subcategorias a saber: 1.1 Família compreendida como instituição principal da sociedade, constituída por laços consanguíneos e/ou fraternos; 1.2 Educação quando compreendida como “bancária”, suscita a culpabilização das famílias, não oportuniza protagonismo familiar para o cuidado e fragiliza os vínculos; 1.3 Assistentes sociais realizam ações informativas buscando romper com o estigma da loucura e fortalecer os vínculos familiares e comunitários.

A segunda categoria intitulada “*GINGA NA CADÊNCIA QUE É VIDA*”: a cultura como categoria basilar para o exercício do cuidado familiar em saúde mental promove a discussão sobre a importância da cultura como potencializadora das ações de cuidado das famílias com as usuárias e os usuários dos CAPS. Essa categoria está subdividida em: 2.1 Há reconhecimento da cultura familiar, contudo, valoriza-se o histórico biomédico, sendo que o protagonismo do cuidado a ser construído é da/o profissional; 2.2 Valorizam a presença familiar na reabilitação psicossocial e identificam que a família também precisa ser cuidada, mas não reconhecem as formas de cuidar exercidas pelas famílias anterior ao CAPS; 2.3 Não identificam influências culturais no modo de cuidar exercidos pelas famílias, reforçam o familismo e o modelo biomédico frente aos diagnósticos considerados tardios.

A terceira categoria é intitulada “*ESCUA, ESCUTA O OUTRO, A OUTRA JÁ VEM. ESCUTA, ACOLHE, CUIDAR DO OUTRO FAZ BEM*”: escuta e relação dialógica com familiares para o cuidado em saúde mental. Essa categoria discute a importância da escuta para a relação dialógica e para o fortalecimento do potencial das famílias para o exercício do cuidado em saúde mental. O texto está subdividido em 3.1 O cuidado é importante no processo de trabalho das/o assistentes sociais; 3.2 Assistentes sociais

prezam pela escuta em suas intervenções profissionais e buscam atuar como mediadoras no diálogo entre usuárias/usuários e familiares; 3.3 Escuta é condição fundamental para o diálogo, quando existe diálogo existe transformação, fora desta situação o que impera ainda é o poder coercitivo; 3.4 Concepção de diálogo baseia-se em incansáveis orientações das assistentes sociais aos familiares; 3.5 A informalidade, a horizontalidade e a mediação de conflitos são importantes para a construção do diálogo; 3.6 Busca-se fomentar a co-responsabilidade da família e da rede na atenção à crise, compreendendo a importância da integralidade do cuidado em saúde mental.

### 5.1 NO MEIO DO CAMINHO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE HAVIA UMA PEDRA<sup>3</sup>: compreensão de família e a educação como ferramenta do cuidado das famílias de usuárias e usuários dos CAPS

*Um chá pra curar esta azia  
Um bom chá pra curar esta azia  
Todas as ciências  
De baixa tecnologia  
Todas as cores escondidas  
Nas nuvens da rotina  
(O Rappa<sup>4</sup>)*

Esta categoria discute o conceito de educação em saúde apresentado pelas entrevistadas e o entrevistado no estudo e sua relação com o processo de trabalho junto aos familiares de usuárias e usuários dos CAPS, sendo composta a partir da estruturação de três subcategorias.

A educação em saúde enquanto categoria analítica deste texto está alicerçada no pressuposto da educação emancipadora que Freire nos apresenta (FREIRE, 2011b). Uma educação crítica que no campo da saúde seja capaz de produzir afetos, cuidado e o fortalecimento dos vínculos, oportunizando a integralidade no cuidado em saúde mental, preceitos fundamentais para a materialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

#### 5.1.1 Família compreendida como instituição principal da sociedade, constituída por laços consanguíneos e/ou fraternos

A família é considerada pelas pessoas entrevistadas como um grupo social fundamental na sociedade: “base”, “alicerce”, “estrutura”. Além disso, compreendem como núcleo familiar as pessoas com quem existe vínculo, independente de laços consanguíneos, valorizando os laços fraternais. Também consideram que na família existe relação de cuidado e amor mútuo. Destacam que atualmente é preciso considerar a diversidade de composição familiar (gênero, raça) e, para tanto, é preciso estar despida de preconceitos, conforme os depoimentos a seguir.

[família] é instituição principal da sociedade, a partir dela que tudo se orienta, é lá que tudo acontece ou começa a acontecer [...] instituição principal da sociedade.  
(CRAVO)

<sup>3</sup> Título inspirado no poema “No meio do caminho” de Carlos Drummond de Andrade, publicado em 1928.

<sup>4</sup> Música: “O que sobrou do céu”. Compositor: Marcelo Yuka. Gravação: “O Rappa” no Álbum “Lado A lado B”, ano 1999.

[...] são aquelas pessoas que estão contigo. (GAZANIA)

[...] eu entendo isso numa visão mais ampla, não fechada só no domicílio, tanto que eu falo que aqui [CAPS] é a minha família também. E tem alguns pais que falam que adotaram o CAPS também, que tem um carinho muito grande, gostam muito daqui, então eu acho que é isso, é quando tu tens esse vínculo, cativar, tu cativa um ao outro. (DALIA)

[...] é a base, é a estrutura de tudo. Porque [...] existem diferentes modos de família, que não é mais aquela estrutura, montada e única que nós achávamos, que seria perfeita, família é o modo como se vive, é realmente um reflexo de hoje, de tudo. Então família é realmente o teu alicerce, é por isso que eu sempre digo, o CAPS não anda sozinho [...] (TULIPA)

[...] não precisa ser laços sanguíneos, mas sim uma pessoa que tenha aquele laço fraterno contigo. (LIRIO)

As palavras “amor, cuidado, laços, carinho, vínculo” compõem o conceito de família aqui representado. Palavras que no contexto da pesquisa expressam a presença inevitável da subjetividade nas relações estabelecidas no contexto familiar.

Também observo que o conceito de família apresentado pelas entrevistadas e pelo entrevistado está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), que considera família para além dos laços consanguíneos. A PNAS destaca ainda a importância da família como mediadora das relações entre os sujeitos que a compõem e a coletividade (comunidade, instituições). Reitera ainda que neste contexto a família também se apresenta como um coletivo contraditório, marcada por desigualdades, conflitos e que na sociedade capitalista é fundamental para a proteção social (BRASIL, 2004).

Apresentar o conceito de família aproximado da proposta da Política Nacional de Assistência Social é oportunizar que a relação dialógica proposta por Paulo Freire seja construída. Para a relação dialógica, o vínculo e a horizontalidade são fundamentais, visto que para Freire “o diálogo é uma exigência existencial” (FREIRE, 2011c, p.93). Diálogo é um encontro em que o agir e o refletir se fazem presente solidariamente com as pessoas envolvidas nesta relação (FREIRE, 2011c).

No depoimento de Rosa observo explicitamente a valorização da diversidade nos novos arranjos familiares, fator fundamental para que haja o fortalecimento dos vínculos entre família, profissional e serviço.

[...] para mim família são todos aqueles indivíduos que estão sobre um mesmo teto, que tem relações, sejam elas consanguíneas ou fraternais. E que existe ali um amor mútuo, que existe uma relação de cuidado. [...] Respeitando a questão da diversidade,

respeitando a questão de gênero, respeitando a questão da diferença, [...] para ter esse conceito de família eu preciso estar desprovida dos meus pré-conceitos. (ROSA)

Favorecendo o acolhimento e um espaço horizontal onde um agir comunicativo possa ser construído (HABERMAS, 2012), desconstruindo a prevalência dos valores morais e pessoais frente ao conceito de família instituído em uma política pública e referenciado por um projeto ético-político de profissão.

Desta forma, conceber a família como um grupo social fundamental na sociedade é também compreendê-la como de suma importância no processo de reabilitação que o CAPS propõe, além de favorecer a construção de um agir educativo-comunicativo por parte dos profissionais da saúde.

### 5.1.2 Educação quando compreendida como “bancária”, suscita a culpabilização das famílias, não oportuniza protagonismo familiar para o cuidado e fragiliza os vínculos

Para as pessoas entrevistadas a educação, assim como o cuidado, são categorias de extrema importância ao processo de trabalho das assistentes sociais e favorecem a continuidade da reabilitação psicossocial. As/os participantes compreendem que o cuidado também é de responsabilidade de toda a equipe, e destacam que são categorias de difícil desenvolvimento no processo de trabalho conforme as falas a seguir:

[a educação e o cuidado] penso que são de extrema importância para continuidade do tratamento, que sem elas, sem a questão da educação, da orientação cai tudo por terra. [...] Sendo uma equipe multidisciplinar [...] o cuidado acaba sendo de responsabilidades de todos. [...] Eu vejo que a saúde ela não é feita só de postos, medicamentos, exames, remédio e médico. A educação em saúde tem um grande valor, uma pessoa bem orientada, bem educada acaba evitando algumas situações. Acho que a orientação é bater quase na mesma tecla, sempre, sempre, sempre em algumas questões dos pacientes com a gente, algumas doenças precisam disso, reforçar, reforçar, reforçar, porque acabam caindo em esquecimento. (CRAVO)

[...] Dentro do grupo de pais a gente faz praticamente isso, as visitas domiciliares, as orientações que a gente dá além de coletar algumas informações que a gente precisa. A gente faz orientações dentro da educação e cuidado e nas oficinas terapêuticas que é com os pacientes mesmo, é praticamente isso, só que daí é in loco com eles. (DÁLIA)

[...] Sim, discordo de quem fala que essa educação e cuidado não parte também da parte do serviço social. Claro de orientações psicológicas, nesse outro lado parte para cada um tem um profissional específico. Só que é de extrema importância assim tu saber ter esse cuidado até para poder trabalhar, como é que você vai trabalhar saber se você não vai ter também um cuidado. Saber o que está acontecendo, sem passar esta parte educacional, isso é extremamente importante. (LÍRIO)

Nas falas apresentadas percebo a proximidade dos conceitos de *educação* como *orientação*. A educação sob esta ótica limita o potencial de alcance do processo educativo dialógico, compreendido como aprender e ensinar.

Para Freire (2011c) a educação bancária baseia-se no depósito de conteúdo. O “professor” ou a “professora” é a pessoa que professa conteúdos e seus “alunos” ou suas “alunas” arquivam estas informações. As informações recebidas são pacientemente memorizadas, arquivadas e repetidas. Desta forma, colecionam informações, não há criatividade, não há transformação, não há construção de saber.

Nesta relação aproximamos a figura do “professor” à da assistente social, que do seu lugar de protagonista profissional “professa” normas para o exercício da atenção em saúde mental. As famílias, aqui na condição de “alunas”, pacientemente, memorizam as informações e como não há transformação na produção do cuidado, são consideradas incapazes, “desobedientes”, “fazendo tudo errado”, conforme a fala a seguir:

[...] Eu falo para eles "*não adianta você vir aqui, a gente fazer um trabalho bonito, chega em casa, vocês botam tudo por água a baixo*". (GAZÂNIA)

Esta fala fortalece, segundo Freire (2011c), uma “verbosidade alienada e alienante”, por conseguinte, aproximando-se das práticas manicomiais.

Durante a observação participante de um grupo com familiares, identifiquei essa verbosidade alienada que Freire nos comunica na condução da atividade, conforme o registro em diário de campo aqui transcrito:

Não existia interação entre as pessoas. As falas eram direcionadas à equipe técnica. Não houve trocas de experiências em relação há como as pessoas estão no CAPS como está o convívio em casa. O encontro remeteu à uma reunião escolar. Alguns familiares relataram que já vivenciaram episódios de depressão, mas em nenhum momento falou-se dos familiares, as falas eram voltadas somente para os usuários. Muitas falas focadas na medicação. Não houve uma apresentação das pessoas presentes, e pela falta de interação fez com que alguns familiares ficassem incomodados com as demais falas (mexiam-se nas cadeiras, olhavam-se uns aos outros com expressões de não querer ouvir a dor do outro, conversas paralelas). Ao término aquelas pessoas que não falaram foram convidadas individualmente a se expor. A assistente social falou bastante, ela mesmo perguntava e ela mesmo respondia. (Observ/1)

Durante a atividade percebi que não existia o sentimento de pertença ao grupo, não existiam trocas, solidariedade, horizontalidade. A ausência de escuta fez com que não fosse possível perceber o que o grupo gostaria de comunicar, o modelo da educação bancária ali expressa não oportunizou a troca, construiu um momento meramente

informativo. Percebi uma grande preocupação em preencher o tempo do grupo, então era um acúmulo de informação. O silêncio e a pausa também são importantes para as reflexões.

O acolhimento foi já de orientações de como funcionaria o grupo e a data do próximo encontro. A afetividade existia entre os participantes. No entanto durante as falas não havia o enlace entre as falas, o costurar para promoção do diálogo. A postura da assistente social era de escutar e estava preocupada em oferecer respostas aos questionamentos. (Observ/2)

Assim, pensar a educação como, exclusivamente, orientação é instituir protagonismo no processo de trabalho para a “educação bancária”. Construindo discrepância na construção da educação que se quer para o Serviço Social na atuação junto aos familiares de usuárias e usuários dos CAPS, conforme o projeto ético-político da profissão. Pois, o que se almeja é o caminho para a emancipação, para a capacidade de promover cuidado, para o fortalecimento dos vínculos e a autonomia da usuária e do usuário.

Nos depoimentos apresentados reverbera o conceito de educação bancária quando Cravo diz que é preciso “repetir a orientação quantas vezes for necessário”, neste sentido, não existe diálogo. A relação construída é de alguém que detém o saber, que “professa” para o outro que tal qual uma página em branco absorve o conhecimento.

A fim de problematizar esse contexto, corroboramos com Habermas (2012), quando nos diz que é no mundo da vida que a razão comunicativa se expressa e se constrói para estabelecer o diálogo entre as pessoas. Objetivando assim, a construção de um novo indivíduo, e de uma nova sociedade, capaz de promover espaços de escuta e acolhimento, com potência para a transformação social.

No contexto da presente pesquisa, posso considerar que essa transformação social citada por Habermas se estabelece na transmutação de uma sociedade manicomial para uma sociedade antimanicomial. Na qual, a família da pessoa que sofre possa construir e lapidar o seu potencial de cuidado, não delegando a outrem o cuidado com os seus, mas sim, compartilhando responsabilidades e construindo um ambiente saudável para todos e todas conviverem.

O conceito da educação bancária não oportuniza o protagonismo das famílias e, por conseguinte, das usuárias e usuários dos CAPS. Nesse sentido, se a educação é considerada apenas orientação, toda família que não executar a orientação ofertada será

considerada “desobediente”. As pessoas entrevistadas acreditam no potencial das famílias em aprender, conforme a fala a seguir:

[...] eu acho que nós sempre temos que partir [...] que primeiro a família tem uma capacidade de aprendizado, mas parte de um viés de que eu preciso estar capacitada para poder dar essa abordagem, muito mais educativa. (ROSA)

Contudo, na fala de Rosa percebemos que a família é considerada com a capacidade somente de aprender, e não de ensinar. Reforçando o conceito da educação bancária quando acredita que para ensinar é preciso estar “capacitada”. Nesta perspectiva, as assistentes sociais seriam as “capacitadoras” das famílias para que assim possam aprender sobre como cuidar de seus familiares que estão na condição de usuárias e usuários do CAPS.

Retomamos aqui o pensamento higienista do serviço social diante da educação, quando no século XIX as assistentes sociais visitavam as residências com o objetivo de “orientar” as famílias sobre como manter a higiene e organização de suas residências (MARTINELLI, 2014). Essa condição de “visitadoras” ainda é latente quando uma entrevistada explicita qual o objetivo da realização da visita domiciliar. Um pensamento conservador e policialesco, fruto da educação bancária, frente à cultura familiar expressa no domicílio, conforme o depoimento a seguir:

[...] eu acho que procurar sempre ter um olhar mais apurado, estar presente na vida dessas pessoas, conhecer a realidade delas, que é muito importante, ir mesmo na casa, verificar como é que é o sistema familiar, vê como é que funciona pra ti poder entender. A gente está tentando na verdade [...] ajudar com que vocês organizem, ou eu chego na casa de vocês, porque eu sou bem chata, e olho aquela bagunça [risos], vocês têm que começar por tudo, por casa, se organizem. (GAZÂNIA)

Além disso, na perspectiva da educação bancária as pessoas entrevistadas consideram que o fato da família reconhecer os seus erros e corrigir sua postura mediante as orientações recebidas é um processo educativo, conforme a fala a seguir:

[...] nós sempre chamamos a família, não na lógica de repreender, na lógica dela reconhecer o que ela tem feito, então ela precisa reconhecer isso, isso para mim acaba sendo educativo, ela precisa reconhecer que ela está errando, então nós vamos dar os caminhos, de que ela precisa reconhecer esse erro. E, a partir do reconhecimento desse erro, aí a gente pensa qual é a perspectiva, ou seja, eu vou entender que aquilo que eu estou fazendo não está sendo positivo para o paciente, não está sendo positivo até para a própria família. (ROSA)

Compreendemos que quando a educação é materializada como apenas orientação, as famílias têm ou não o direito de segui-las. Visto que, a orientação de forma prescritiva não considera as particularidades de cada núcleo familiar, não respeita a cultura local, não



respeita a história daquele coletivo social que é a família. Desta forma, a tentativa de educar por meio dos erros é uma tentativa que reforça a educação bancária como conceito de educação em saúde materializado no processo de trabalho, reforçando ainda uma lógica manicomial, hierarquizada e opressora no atendimento às famílias.

A visão da educação bancária baseia-se no ajustamento das pessoas, da adaptação, do conformismo, visto que nesta realidade, os oprimidos satisfazem os interesses dos opressores. O pensamento autêntico é sabotado por uma visão parcial da realidade, desconsiderando os nexos que prendem um fato a outro, adaptando as pessoas as situações que lhe oprimem é a maneira mais fácil para a dominação, construindo assim uma ação social paternalista (FREIRE, 2011c).

Ainda na lógica da culpabilização, nas falas das pessoas entrevistadas às vezes consideram que a família “abandona” a usuária e o usuário no CAPS, conforme os depoimentos a seguir.

Com o familiar, em alguns casos a gente tem a visão que eles querem mesmo abandonar na nossa porta: *"toma eu criei ele até agora, se transformou nisso, agora ele é responsabilidade de vocês"*, e não é. Na verdade ele não foi criado dessa forma de um dia pro outro, ele se construiu assim. Então vamos tentar desconstruir um pouco e tentar reformar esse funcionamento. (CRAVO)

[...] Sim, a maioria das pessoas quando vem para o Caps, eles acham que, *"ah vai lá pro Caps que vai resolver já de fato a situação"*, e não [...] Eles aqui recebem o auxílio, eles recebem todo atendimento, acompanhamento médico, mas o papel mais importante é a família, então eu venho trabalhando isso com eles [...] O *"mais importante é vocês lá em casa, é o cuidado, é o manejo é o jeito de vocês conversarem"*. (LIRIO)

[...] familiar quando encaminha um usuário pro CAPS, as vezes ele acha que paciente é DO CAPS [...] e aí tu tem que resolver tudo que é inerente a ele. E não. [...] eles acabam impondo as vezes ao CAPS e cobrando [...] que nós temos que resolver isso ou o remédio tem que resolver, só que não, então tem que realmente deixar bem claro isso. (TULIPA)

[...] família muitas vezes ela limita essa autonomia do paciente, *"ah ele tem uma dificuldade pra vestir a roupa"*, então a família vai lá e veste. Então ela não compreende que ele tem o tempo dele, o respeito dele, então nós também potencializamos com a família essa autonomia. (ROSA)

Acredito que este “*abandono*” que as famílias expressam, sob a ótica das assistentes sociais, em relação ao cuidado em saúde mental após a inserção no CAPS ainda é resquício de uma cultura manicomial, visto que o manicômio sempre apartou a família do processo de cuidado, pois o modelo era de confinamento, exclusão e reclusão.

Historicamente a família foi afastada do cuidado em saúde mental, porque na maioria das vezes as pessoas que sofriam estavam confinadas nos hospitais psiquiátricos.

Neste modelo, a família é alijada do cuidado, sendo proibida visitas nos primeiros dias de internação, sendo que tal modelo colabora para a culpabilização das famílias.

Nos serviços que operam no contexto da Reforma Psiquiátrica, como os CAPS, por exemplo, observamos a necessidade de a família estar junto à usuária ou usuário que sofre, participando ativamente do cuidado em saúde mental, aprendendo como cuidar e interagindo com a equipe de profissionais (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Desta forma, é preciso que as Assistentes Sociais promovam espaços de diálogo para o efetivo estabelecimento de parcerias, assim em conjunto com as famílias, o cuidado será construído em liberdade com as usuárias e os usuários. Na ausência da compreensão desta perspectiva histórica, as pessoas entrevistadas tendem a culpabilizar as famílias, como se fosse uma atitude unilateral e deliberada das famílias em “*abandonar*” seus familiares no CAPS. As pessoas entrevistadas referem que quando as usuárias e usuários estão na idade de crianças a família tem um vínculo maior, porém, a partir da adolescência a família começa a “*desvincular*” e assim no período adulto ocorre o “*abandono*”, conforme os depoimentos a seguir.

[...] a gente nota isso bastante, quando é criança [...] eles têm preocupação, mas tu vai participar de um grupo de pais de adolescentes, já começa a desvincular, sendo que eles estão até os 18 anos sobre responsabilidade, qualquer coisa que acontece, inclusive se eles praticam um crime quem paga é o pai. (DALIA)

[...] lógico que um familiar de uma criança...ele é bem mais... presente, mais preocupado. Do adulto no meu grupo já largaram de mão, maioria deles. Lógico que a gente chama muito, cobra responsabilidade, mais de criança é lógico que estão bem mais presentes. (GAZANIA)

Conforme apresentado no item 1.1 as palavras “vínculo, cuidado, amor, carinho” estão presentes na compreensão de família expressa pelas assistentes sociais. Nesse sentido, na perspectiva de educação emancipadora, quando buscamos construir a autonomia, porque não potencializamos essa expressão de cuidado das famílias com as crianças também para o cuidado com os adultos?

Os serviços de saúde mental infanto-juvenis, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, assumem uma função social que extrapolam o fazer técnico no cuidado em saúde mental, incluindo ações como acolher, escutar, cuidar e construir ações que almejam a emancipação. O enfrentamento do estigma e dos determinismos, melhora a qualidade de vida das pessoas, compreendendo-as como seres integrais, com direito à plena participação e a inclusão nas suas comunidades, fortalecendo uma rede de cuidados que considera as singularidades de cada um e de cada uma (BRASIL, 2014).

O vínculo é fundamental para o processo educativo, para a construção do diálogo. Dialogar requer disponibilidade, fruto da confiança e da intensidade do vínculo estabelecido. Para Habermas (2012) os atores envolvidos em um diálogo, à medida que logram entender-se uns aos outros com o objetivo de coordenar suas ações, perseguem determinados fins. No contexto desta pesquisa, o diálogo é o caminho e o “fim” seria o cuidado em liberdade exercido junto com as famílias.

Essa fragilidade de vínculos familiares com usuárias e usuários, segundo as pessoas entrevistadas, reduz o protagonismo da família no papel importante de orientação das atividades de vida diária das usuárias e dos usuários como, por exemplo, uso de medicação, higiene, alimentação, entre outros conforme os relatos a seguir:

[...] Em alguns pacientes, principalmente os esquizofrênicos que não tem mais... vamos dizer, a questão de horário, não funciona direito, para tomar medicação, uma coisa é tu falar "*ó tu tens que tomar esse de manhã, esse à tarde e esse à noite*". Mas se não tiver alguém da família para puxar isso, para coordenar. Ou as vezes "*como é a caixinha*", como diz eles da marcação, eles tomam por conta, tomam como querem. (CRAVO)

[...] porque se tu não tem um aporte da família, as vezes o paciente que tá aqui inserido e a patologia que ele apresenta, ele não tem essa capacidade da manutenção das coisas básicas: de higiene, do cuidado pessoal, da alimentação, do uso da medicação, da sua vida civil em si, aí nós precisamos que a família esteja fazendo esse aporte para esse paciente, se não a gente não vai dar conta. (ROSA)

Observo nos depoimentos que não existe discussão sobre a construção de autonomia das usuárias e usuários frente às suas atividades de vida diária. Busca-se ainda o protagonismo do familiar cuidador nesta perspectiva. Almeja-se a construção de relações de apoio, onde os familiares dialogando com as assistentes sociais podem oportunizar a autonomia diante das situações cotidianas.

É latente a importância de atividades que valorizem a integralidade e que utilizem recursos individuais, orientações familiares, parcerias intersetoriais e comunitárias, com o objetivo de construir autonomia, reinserção social e o exercício da cidadania (ALVES et al, 2018).

Assim, a educação bancária em saúde favorece que diante da impossibilidade das famílias em executar as orientações ofertadas pelas assistentes sociais a relação de poder seja reiterada: assistentes sociais educam e as famílias não aprendem. Desta forma, a situação da culpabilização, mesmo que expressa em depoimentos como inexistente, torna-se quase inevitável, inviabilizando a construção de um agir educativo-comunicativo do profissional com a família/usuária ou usuário. Isso fomenta a dependência das famílias às

profissionais, não oportunizando a autonomia e o protagonismo que uma educação emancipadora prevê.

### 5.1.3 Assistentes sociais realizam ações informativas buscando romper com o estigma da loucura e buscam fortalecer os vínculos familiares e comunitários

Embora a maioria das assistentes sociais entrevistadas/o apresentem o conceito de educação enquanto concepção bancária, percebo um movimento importante para a realização de atividades informativas com o objetivo de divulgar o CAPS, conforme expresso nas falas a seguir.

[...] ainda é uma política muito nova [...] eles acabam confundindo o CRAS, CAPS, CREAS né? E a partir de atividades educativas a gente está tentando disseminar essas informações. A gente está buscando através da parceria com as escolas, a gente faz parte [...] do PSE, que é o programa de saúde na escola. [...] Então palestras que a gente promove ou alguma outra atividade a gente sempre acaba destacando "*alguém conhece o CAPS?*" um ou outro sabe como funciona. Para que funciona? Tu vê, ele é um dispositivo que consta no município, já há quase dez anos, e ainda tem profissionais que vem trabalhar com nós hoje em dia que dizem: "*nossa, eu nunca tinha ouvido falar do CAPS*", "*nossa é novo isso aqui né?, não funcionava, não existia?*" [...] cabe a nós disseminar a informação, que a gente existe! Expôr por que a gente existe? os nossos objetivos e principalmente o nosso funcionamento. (CRAVO)

[...] E aí a gente precisaria questionar um pouquinho o que é o conceito de loucura? E aí a gente começa a trabalhar um pouquinho com a sociedade, para isso a gente tem utilizado a mídia. [...] Então assim, outubro é o mês de saúde mental [10 de outubro é o dia mundial da saúde mental], a gente utiliza muito a questão da veiculação, da informação, no sentido de falar do serviço, qual é o trabalho realizado aqui, de chamar a atenção da sociedade para aquele paciente que a gente ainda não conseguiu trazer. (ROSA)

Na fala de Cravo e de Rosa percebo que as ações consideradas como *educação em saúde* na verdade limitam-se a *ações informativas*, que também são de grande valia, embora não se sustentam no referencial para a emancipação dos sujeitos. Utilizam datas comemorativas e ocupam espaços já consolidados como o Programa Saúde na Escola, fomentando o diálogo intersetorial tão importante para a saúde mental e para a luta antimanicomial. No entanto, estas ações não têm caráter continuado.

Neste contexto, a partir das reflexões de Habermas, Mühl reforça a tendência instrumentalizadora da educação atualmente, que se aproxima do conceito da educação bancária, sendo que esse autor também questiona sua validade. Existe o culto ao instrumentalismo, um reducionismo positivista no conhecimento moderno (MUHL, 2003). Aliado a este pensamento Bauman (2008) apresenta o conceito de modernidade

líquida, que refere que a velocidade das informações incide negativamente em sua qualidade e eficácia.

O objetivo destas ações informativas tem sido romper com o imaginário da loucura, e neste cenário, o estigma da loucura abordado pela participante Rosa também está manifestado nas famílias, pois este grupo social compõe a sociedade da qual as/o entrevistadas/o citam, e o medo ainda é parte deste processo. Desta forma, a representação do louco enquanto personagem vinculado ao risco e a periculosidade reforça a necessidade da institucionalização da loucura. Assim, o estabelecimento de uma relação tutelar com a loucura é um dos pilares das práticas manicomiais, construindo territórios de segregação, morte e ausência de verdade (AMARANTE, 1995).

As pessoas entrevistadas reiteram que dentre as dificuldades ainda é latente o estigma da loucura por parte dos familiares e isso influencia negativamente no vínculo familiar e na relação que o usuário e usuária estruturam com a sociedade, conforme a fala a seguir:

[...] a saúde mental é tratada com muito estigma e preconceito as vezes o paciente com transtorno, qualquer coisa serve, qualquer coisa ele vai aceitar. Como pode ser, por exemplo, as questões básicas, “*ah é uma roupa doada*” sabe? É porque as vezes ele acha que o paciente com transtorno não tem esse discernimento. Então eu acho que realmente é a falta de valorização do paciente. Então a gente tem paciente que é depressivo, que às vezes tem um vínculo empregatício, que vem muito bem orientado, agora a gente tem muitos usuários que a própria família trata de maneira diferente. Qualquer coisa para ele vai servir, porque ele não tem uma vida social, automaticamente se tu não tens uma vida social, tu não precisas ter gastos, as vezes com outras coisas. (TULIPA)

Enclausuramos a loucura por muito tempo e os vínculos familiares foram rompidos violentamente, apartando o/a usuário/a do convívio familiar, bem como, as longas internações tornaram as pessoas visitantes de suas próprias casas. Construimos um fosso entre usuárias e usuários e suas famílias. Aqueles que nasceram e construíram uma identidade através do convívio, do diálogo e de suas culturas passam a ser quase “pessoas estranhas”, irreconhecíveis como parte integrante daquele grupo.

Quando a identidade das pessoas é minada por crises importantes e, nesta situação, quando a resposta como cuidado é a internação, a pessoa fica exposta a perda de si, visto que, mediante a internação não existe a possibilidade de projetar futuramente interesses e compromissos essenciais para a garantia do próprio bem-estar (VENTURINI, 2016). Pensar o processo de desinstitucionalização da loucura é fundamentalmente para a retomada dos vínculos familiares e comunitários.

Embora haja um desejo de promover a perspectiva dos direitos humanos, da concepção de família enquanto núcleo plural, buscando romper com a discriminação e o imaginário preconceituoso acerca da loucura, na fala de Rosa percebo que ainda assim o pensamento da responsabilidade, do certo e do errado, da moralidade diante das famílias está presente, conforme indica a fala a seguir:

[...] eu acho que trazer esses valores da moralidade, da honestidade, da disciplina do respeito com o outro, do respeito com a diferença. Então assim de não rotular, “*ah porque é maconheiro, porque é drogado*”, e daí a gente cria alguns estigmas, “*ah porque dá um ‘piti’*” então a gente tem trabalhado também essa questão dentro dos valores para não estigmatizar o nosso paciente. (ROSA)

São influências conservadoras e valores morais que negam a possibilidade de dialogar com a real promoção de direitos. Certamente esta influência conservadora além da perspectiva histórica da formação do serviço social, também sofre forte influência da sociedade atual onde o neoliberalismo, o conservadorismo e o individualismo imperam. É preciso transformar esta situação a partir de mudanças na formação profissional, no abandono de valores pessoais e morais se sobressaindo a valores éticos profissionais, contrariando o projeto político da profissão.

A saída seria não estabelecer um determinismo e um imobilismo profissional, mas sim ir contra a corrente, firmar parcerias que impulsionam a reafirmação da profissão nos princípios basilares do projeto ético-político profissional (SILVA, 2004), além do que esta postura também seria uma postura antimanicomial frente ao processo de trabalho, visto que é preciso lutar contra o conservadorismo na identidade profissional construindo um movimento de resistência.

Diante do exposto, a pedra que havia no meio do caminho caracteriza-se como o conceito de educação ainda sendo a educação bancária. Além disso compreendem ações meramente informativas como educação em saúde, e consideramos que, embora haja controvérsias neste cenário, na prática ainda que de forma pontual, as ações informativas acabam servindo como uma iniciativa para romper com a lógica manicomial e, por conseguinte, com o estigma da loucura, visto que, de algum modo, tornam-se o primeiro passo da abertura para o diálogo, a fim de caminharmos em prol do protagonismo familiar para o cuidado, indicando o primeiro passo para a possibilidade de construção de um agir comunicativo como nos indica Habermas e a emancipação como nos indica Freire.

## 5.2 “GINGA NA CADÊNCIA QUE É VIDA<sup>5</sup>”: a cultura como categoria basilar para o exercício do cuidado familiar em saúde mental

*Ginga na cadência que é vida !  
Apesar de tão sofrida  
faz o mal se afastar  
ah ! Como a gente oferece  
tudo que vive a sonhar  
(Dona Ivone Lara)*

Cultura é aqui conceituada como um modo de estar no mundo e de se relacionar com ele (FREIRE, 2017). A cultura é uma categoria importante de discussão neste trabalho, visto que está expressa também no modo de viver e de cuidar das pessoas. Essa categoria promove a discussão sobre a importância da cultura como potencializadora das ações de cuidado das famílias com as usuárias e os usuários dos CAPS e está estruturada a partir de três subcategorias.

### 5.2.1 Há reconhecimento da cultura familiar, contudo, valoriza-se o histórico biomédico, sendo que o protagonismo do cuidado a ser construído é da/o profissional

As/o assistentes sociais entrevistadas/o referem que os instrumentos utilizados para reconhecimento da cultura familiar são em sua maioria a visita domiciliar, o acompanhamento sociofamiliar, o estudo socioeconômico, a anamnese, o genograma, a escuta e os demais registros. O reconhecimento da cultura familiar é de suma importância para as/o participantes, conforme expresso nos depoimentos a seguir.

[...] genograma, que isso também é bem importante para gente que vai passar, as vezes tem até avó, avô, tios, e toda questão, religião, se é fumante, se tem drogadição e alcoolismo na família, se tem questão de suicídio e doença psiquiátrica na família, atividades ilícitas, e aqui a parte de tratamento: psiquiátricos, psicológico, patológico, e se toma medicação. (DALIA)

[nos relatórios] sabendo todo o contexto, a gente tem tudo ali no nosso prontuário, a gente tem os relatórios anteriores de atendimento, todo mundo vai ali, sempre está atualizando. (LIRIO)

Só com o acompanhamento do familiar mesmo, conhecemos a realidade, porque são diversas histórias que nos surgem. [...] Por isso que a gente faz a escuta do usuário e a escuta do familiar em primeiro contato, mas muitas coisas, muitas histórias, muitos sintomas que iniciaram, é só ao longo da tua vivência, da tua vida, então são processos de infância que às vezes surgem, de abuso, de adoção, todo um histórico que tu só vai descobrir no dia a dia de atendimento. (TULIPA)

<sup>5</sup> Música: “Samba, minha raiz”. Compositora: Dona Ivone Lara. Gravada no disco: “Samba, minha verdade, samba, minha raiz”. Gravadora: EMI-ODEON / Ano: 1978.

Mas principalmente fazer esse resgate histórico dele, juntando os pedaços, as vezes vem bastante fragmentado para nós. (CRAVO)

Importante que a partir das falas de Dália e Cravo percebo que o registro tem sido uma ferramenta para a preservação histórica da cultura familiar das pessoas atendidas no CAPS, favorecendo o vínculo.

Na fala de Dália constato que o genograma tem sido uma ferramenta incipiente, mas potente, para auxiliar no reconhecimento da cultura familiar, visto que contempla especificidades importantes, pois, amplia o olhar para relações familiares geracionais.

As pessoas entrevistadas também consideram o diálogo como um instrumento importante para reconhecimento dos aspectos culturais, como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

É, eu tento esse resgate, eu busco geralmente resgatar esse histórico dele e tentar reorientar isso, principalmente basear em orientação: por que é dessa forma, as vezes "ah ele tem um transtorno bipolar", mas o que é isso hoje em dia, quais são os sintomas, como é que eu posso ter um manejo pra ele, isso cabe mais ao psicólogo, mas a gente pode dar mais uma pincelada, acabar construindo junto, vamos dizer assim. (CRAVO)

[entrevista de acolhimento] Nessa entrevista a gente faz uma anamnese, para conhecer a história pregressa do paciente, medicação que ele toma, como é que é a convivência familiar, os vínculos que ele tem com a sociedade, as habilidades que ele tem, que nem sempre ele consegue relatar. (ROSA)

[...] quando o usuário entra no serviço, quando ele é acolhido, ele sempre vem acompanhado do familiar [...] porque pra ti saber toda essa questão de funcionamento familiar, qual é a postura do usuário em casa, porque aqui ele relata a sua posição, mas a gente não sabe como ele funciona no seu dia-a-dia. (TULIPA)

Na fala de Rosa e de Tulipa percebo que as profissionais precisam do familiar no primeiro contato, pois a usuária ou o usuário “não consegue falar tudo”. Observo que a necessidade da presença do familiar para este fim pode reproduzir a lógica manicomial, onde quem mais sabe da vida do usuário ou da usuária é o familiar e não ele/ela mesmo. Além do que, observo a ansiedade técnica quando no primeiro atendimento precisamos conhecer “todo” um contexto, histórias geracionais para justificar uma situação que se apresenta no momento presente. Fatores importantes, mas que demandam tempo, vínculo para serem (des)cobertos. Diante de um episódio de crise o familiar pode assumir o protagonismo, no entanto, é preciso construir este lugar de escuta preferencialmente para a usuária e o usuário. “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 2011b, p.59).



Um dos pressupostos principais do CAPS é oportunizar a construção de autonomia para as usuárias e os usuários e, conseqüentemente, para seus familiares. Inclusive porque a autonomia e a valorização da cultura são fundamentais para o exercício de cidadania.

Cada pessoa carrega em si uma experiência adquirida, uma herança. No processo da vida existe a oportunidade de criar e recriar estas experiências integrando-as às condições de seu contexto, por isso tamanha a importância da História e da Cultura para o cuidado em saúde mental. A integração com um contexto expressa um “estar no mundo”, não uma adaptação, acomodação ou ajustamento. Quando o exercício de “estar no mundo” não é possível de ser experimentado implica numa distorção de si mesmo, do mundo, fazendo sentir-se um desgarrado (FREIRE, 2017).

Para Habermas (2012), a percepção de mundo das pessoas está manifestada num modo específico de ser e de estar. Trata-se de objetos físicos e acontecimentos, estados mentais e episódios anteriores, além de teores de significados de estruturas simbólicas. Ser cidadão ou cidadã é um modo de estar no mundo, é uma relação com o contexto, é especialmente a expressão de uma identidade cultural.

Acredito que o acolhimento pode oportunizar o reconhecimento das potencialidades da usuária ou do usuário para que então possam incluí-lo em grupos terapêuticos, conforme o depoimento a seguir:

Com base no acolhimento, nas potencialidades, nas habilidades, na situação de saúde do paciente, a gente pensa a proposta terapêutica dele, quem constrói esse plano é a equipe interdisciplinar. (ROSA)

O acolhimento tem sido o meio para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), mas constatamos na fala anterior que não existe o protagonismo do usuário nem do familiar na construção do Projeto Terapêutico Singular, assim o que se constrói é uma *Prescrição Terapêutica “Singular”*, visto que são as trabalhadoras e os trabalhadores que conforme suas observações indicarão as atividades que usuário/a participará, e, por consequência, as metas a serem alcançadas.

Neste cenário, a cultura familiar não está inscrita, pois não é possível construir uma relação de potencialidades da usuária ou do usuário com a cultura familiar, pois, a participação e o comprometimento familiar durante o percurso da reabilitação psicossocial não são oportunizados.

O Projeto Terapêutico Singular que contempla a cultura familiar é concebido como um instrumento para a promoção da integralidade no cuidado, contudo, é imprescindível estar atenta e atendo às necessidades expressas pelas usuárias, pelos usuários e suas famílias, ampliando para além do tratamento medicamentoso e as técnicas terapêuticas. É preciso desconstruir o cuidado vertical e construir um serviço multifacetado e preparado para o manejo adequado da realidade apresentada.

Além de acolher a usuária e o usuário é preciso desenvolver um trabalho a partir da lógica da integralidade do cuidado, com características coletiva e ênfase na proposta da reforma psiquiátrica, na reabilitação psicossocial, articulando a oferta de saberes e cuidados multiprofissionais. Este cenário torna-se possível quando as/os profissionais de saúde mental coloquem-se como agentes de transformações (MATOS et al, 2017).

Percebo que o reconhecimento da cultura familiar, tem como objetivo identificar situações no passado (violências, diagnósticos, tratamentos, etc) para que seja justificável determinada intervenção profissional, reforçando a visão biomédica identificando as “patologias” por gerações e propondo intervenções profissionais descaracterizando o cuidado familiar, conforme expressa na fala a seguir:

Então um dos itens [no acolhimento, na anamnese] é a história pregressa do paciente, a história familiar, se ele tem filhos, se ele tem pai, se ele tem mãe, se ele tem tio, se alguém na família já desencadeou algum transtorno, se já teve internações. Isso na grande maioria a gente vai ter informações com a família, nem sempre o paciente consegue trazer essas informações. [...] isso para nós é extremamente importante, porque ele vai dar a base para gente trabalhar essa patologia com a família e até identificar talvez outros familiares que tenham transtornos e ainda não tenham um tratamento. (ROSA)

A dinamicidade do mundo está inscrita nas relações que as pessoas estabelecem com a realidade onde estão inseridas, muito além dos diagnósticos que receberam ao longo da vida, porque a cultura é resultado destas interações, da intervenção das pessoas no contexto onde estão inseridas, na humanização da realidade, na temporalização dos espaços geográficos. Este cenário não permite imobilidade, na criação e recriação é que se constrói épocas históricas e inscreve-se aí a participação humana (FREIRE, 2017).

Reforçar a ideia de que a cultura familiar parte do diagnóstico é construir uma *cultura da doença*. Uma cultura que é maléfica para uma tentativa da promoção de saúde no campo da saúde mental.

Contudo reconhecer estas situações no sentido de compreender de que formas as famílias construíram resiliência frente às adversidades ou as doenças, potencializaria o

cuidado com seus familiares que sofrem, pois, dentre as adversidades existia um cuidado influenciado diretamente pela cultura familiar, visto que, os familiares que sofrem estão aqui hoje, mas tiveram uma infância, uma adolescência e, quiçá, terão uma velhice. Reconhecer a cultura familiar poderá ser a mola propulsora para o cuidado antimanicomial exercido pela família.

Além disto, a cultura familiar também é influenciada pelo território onde está inserida, sendo que é preciso compreender o território como uma apropriação social (política, econômica e cultural). O território é um espaço dinâmico onde um jogo conflituoso de poder é exercido a partir das relações sociais estabelecidas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p.37).

No discurso a seguir, percebo que nas situações em que o território ou família são espaços que geram sofrimento é preciso se afastar deles, conforme expresso:

[...] quando o paciente sai do hospital, porque ele volta para o meio social e na grande maioria [...] é o meio social que precisa ser trabalhado. Então assistente social também tem esse papel... além de trabalhar com essa família no sentido de que ele não pode voltar para esse núcleo, para esse meio social. E a família tem que entender isso, e as orientações do que a família tem que fazer no sentido de surto, no sentido do tratamento, no incentivar o paciente a vir para o CAPS, porque nem sempre ele quer vim. E a inserção social dele lá dentro dessa comunidade. Numa situação de que o meio social é que está influenciando, o que nós temos que orientar a família, em algum momento a família, ou sai desse meio social e vai para um outro meio que permita relações comunitárias mais saudáveis, se não a gente não consegue evoluir na proposta terapêutica. (ROSA)

Desta forma, o território caracteriza-se como uma categoria fundamental para o fortalecimento de uma identidade, de uma cultura, que apresenta-se como solo fértil para intervenção do Serviço Social e para o fortalecimento dos vínculos familiares. Características fundamentais de um serviço substitutivo ao manicômio como o CAPS e onde a cultura ganha protagonismo e tem potencial de produzir cuidado em liberdade.

Todos os instrumentos utilizados para o reconhecimento da cultura familiar aqui citados de alguma forma requerem a escuta, o diálogo além da relação dialógica, em que os instrumentos não falam por si mesmo, sendo que é preciso mediação, relação, interpretação.

Em suma, percebo que a cultura está presente na vida das famílias, sendo reconhecida a sua importância no processo de trabalho das assistentes sociais, bem como, é manifestada preocupação em identificá-la. No entanto, a cultura se mantém no espaço do reconhecimento, pois, inserir a cultura familiar no cuidado em saúde mental ainda não

é uma realidade. E, não conceber a cultura como uma linguagem que expressa potencial para o cuidado em saúde mental é tolher a possibilidade de construção de um agir educativo-comunicativo como propõe este trabalho.

**5.2.2** Valorizam a presença familiar na reabilitação psicossocial e identificam que a família também precisa ser cuidada, mas não reconhecem as formas de cuidar exercidas pelas famílias anterior ao CAPS

Quando questionei as pessoas entrevistadas se reconheciam como as famílias cuidavam de seus familiares antes de vir para o CAPS, constatei que as respostas ficaram em torno de um cuidado profissional, vinculados à diagnósticos e serviços. As falas não discorrem sobre um cuidado que envolvesse a cultura familiar, pois, não existe identificação de um modo singular de cuidado. As pessoas entrevistadas relatam que as usuárias e os usuários não tinham acompanhamento, eram somente as consultas médicas, a medicação e tinham a internação psiquiátrica como um momento de “descanso” para a família. Explicam que antes do CAPS não existia convívio social e hoje a família reconhece a importância do trabalho do CAPS, conforme as falas a seguir:

No acolhimento que a gente faz... a gente vê ali se ele já tinha passado por psiquiatra, psicológicos e já tinha tido algum tipo de acompanhamento [...] tem algumas vezes, que tinha atendimento na rede. (DALIA)

[existia um cuidado familiar antes do CAPS?] Não, nem sempre, nem todos. (TULIPA)

Esses pacientes, na grande maioria, antes de vir para cá, eles eram medicados, para ficar em casa e não incomodar e quando havia o desencadeamento de um surto, então corre para o hospital e interna para dar um alívio para família. Então hoje eles conseguem perceber quando a gente trabalha a autonomia da família, da importância deles serem inseridos socialmente, do bem que isso faz para ele e de que ele pode ter uma vida que nós consideramos normal, dentro das limitações dele e ele quebra um pouco esse estigma, do sentido de que o louco tem que ficar isolado dentro de um quarto trancado (ROSA)

Diante dos depoimentos é possível perceber que as assistentes sociais compreendem que as famílias construíram uma forma de cuidar reproduzindo o modo de “cuidar” que o manicômio indicava, e, quando o CAPS se empenha em exercer um processo educativo junto aos familiares, admitem que existe a mudança no modo de cuidar. Importante considerar que por séculos o manicômio descaracterizou a cultura das famílias, pois, não respeitava a singularidade das pessoas, fruto do processo de institucionalização.

Para Freire (2017) a cultura é a aquisição sistemática da experiência humana. Deste modo, pensar o exercício do cuidado é compreender que cotidianamente ele está permeado por diversas culturas, diversos modo de fazer e de estar no mundo.

Nas sociedades as instituições costumam mediar a cultura. Modulam a forma pela qual as pessoas se produzem enquanto sujeitos, ao mesmo tempo que produz também o meio social, determinando inclusive as funções sociais a serem desempenhadas por cada pessoa. Construindo limitações nos espaços e fragmentando a dimensão performativa da identidade, ou seja, limitando as suas potencialidades (MOTOOKA, 2015).

As/o assistentes sociais entrevistadas/o consideram importante reconhecer a cultura familiar, mas é preciso mais que isso, pois é preciso valorizar e inserir a cultura no Projeto Terapêutico Singular, transpondo estas características para o modo de cuidar. A instituição manicomial sempre vai abolir toda e qualquer manifestação singular, nunca vai valorizar aquele que sofre enquanto sujeito, porque a tendência é a massificação cultural, a caracterização igualitária de todos e de todas. Tornar igual para melhor governar, características do processo de institucionalização.

Na fala a seguir percebo que alguns/as as/o assistentes sociais buscam reconhecer a realidade do indivíduo dentro da família para centralizar as informações e articular encaminhamentos, conforme o relato a seguir:

[...] não adianta o paciente vir se tratar e a família não estar presente dentro desse tratamento, saber quais as dificuldades, como que é realmente o manejo de cuidados. Então é mais voltado para esse lado, que a gente trabalha a parte do social, é trazer, saber a realidade daquele indivíduo dentro da família dele, saber o que nós, enquanto profissionais, podemos contribuir para que tenha melhorias. [...] é centralizar todas as informações, a gente também vê assim muitas famílias fragilizadas (LÍRIO)

As pessoas entrevistadas reverberam que a família é fundamental no processo de reabilitação, no entanto, constroem uma redoma para que ali, naquele espaço delimitado que é o CAPS, seja o espaço de protagonismo familiar, com normas pré-estabelecidas e condutas prescritas.

As/o profissionais entrevistadas/o consideram que o lugar que a família ocupa no CAPS é o segundo lugar, depois da usuária e do usuário, considerada como fundamental, segundo os depoimentos a seguir.

Depois do paciente, [a família é] o segundo lugar com certeza. Fundamental. [...](GAZANIA)

[...] penso que seria em tripé, o CAPS, os funcionários do CAPS, a própria estrutura, ele e a família. Que sem isso o paciente não vai ter um apoio para continuar, assim

como nós profissionais a parte da família é de extrema importância, quem caminharia junto com nós no tratamento dele, no acompanhamento é família e sem ela é um pouco complicado (CRAVO)

[...] eu acho que [a família é] o mais importante e primordial. (LIRIO)

Para nós ela ocupa o segundo lugar do tratamento [...] o primeiro lugar é a questão do paciente, da terapia, eu sempre digo para [...] todos os meus pacientes de que nós somos 10% do tratamento. Desses 10%, vai sobrar 90%: 50% vai depender dele, de fazer o uso da medicação, de aderir o serviço e os outros 40% é uma responsabilidade da família (ROSA)

Ter a família como centralidade para as ações, considerando-a como o “segundo lugar” após o usuário e a usuária é considerar que a matricialidade sociofamiliar compõe a prática profissional das/o assistentes sociais. É também reconhecer que as vulnerabilidades presentes em nossa sociedade incidem sobre as famílias, acentuando suas fragilidades, bem como, suas contradições. Desta forma, é fundamental fortalecer com as famílias esta centralidade “como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida” (BRASIL, 2004, p.41).

Uma das entrevistadas destaca que no CAPS infantil o protagonismo da família é maior, conforme o depoimento a seguir.

[...] no CAPS infantil é o maior, porque é o parceiro mais importante de estar vinculado. E eu acho que também seria no CAPS adulto, só que a dificuldade é bem maior. (DALIA)

O depoimento de Dália traz à tona a discussão sobre o protagonismo familiar junto às crianças, diferente do contexto dos adultos nos CAPS.

No contexto das políticas de atenção à criança e aos adolescentes construiu-se ao longo de décadas um aparato legal substancial para a defesa dos direitos desta parcela populacional, sendo que talvez ainda tenhamos que alcançar a discussão sobre os direitos humanos, já tão discutida neste trabalho, vinculada à saúde mental para a defesa do protagonismo familiar com o adulto assim como na presença da criança e adolescente.

Reiterando esta discussão Tulipa expressa o depoimento a seguir.

[...] Olha, ela [família] teria que ocupar a mesma posição que a equipe ocupa num tratamento, junto. De protagonista também. Na minha posição sim, na prática nem sempre funciona. (TULIPA)

Pensar a pessoa que sofre a partir de seu contexto biopsicossocial, é pensar também uma família que diante das vulnerabilidades e de sua capacidade de resiliência tem buscado oferecer o cuidado ao seu familiar que sofre e que está na condição de usuário e/ou de usuária do CAPS.

Segundo Pinheiro e Mattos (2007 a) a integralidade caracteriza-se como um dispositivo legal-institucional, permeado por valores ético-políticos que têm como maior expressão humana o cuidado, destacando a real capacidade que temos, enquanto sujeitos políticos, de pensar sobre nossas ações enquanto profissionais de saúde. Essa leitura de mundo se faz necessária, do lugar que ocupamos enquanto profissionais de saúde, para estreitar a relação entre teoria e prática, oportunizando uma transformação nas relações estabelecidas no cenário de prática.

Nesta concepção da importância de uma transformação das relações estabelecidas, a partir das falas das entrevistadas e do entrevistado, percebo que por vezes, a família é compreendida como uma “parceira” da equipe técnica ao ponto de ser considerada como parte integrante desta equipe, quando o usuário e/ou a usuária está na residência, conforme a fala a seguir.

[...] Porque a gente sabe que durante o tratamento da dependência [química] se o familiar não estiver presente é muito mais difícil, né? E tem familiar que faz tudo errado [risos]. Em vez de ajudar só estraga, né? (GAZANIA)

[...] São ações que a gente à longa distância não consegue manejar e a família é a nossa mão lá, [...] o nosso apoio lá. (CRAVO)

[...] E aí eu também não quero que essa família apenas medique esse paciente, que ele durma o resto do período que ele fica em casa. Eu preciso que essa família entenda que ele precisa ter vida e vida ativa. (ROSA)

O compartilhamento de responsabilidades é condição fundamental para a inserção da família no cuidado, oportunizando a construção da integralidade, a partir da lógica de reabilitação psicossocial que o CAPS propõe que a relação família-serviço deve apoiar-se na desconstrução da ideia de solidão para o exercício do cuidado. É preciso promover a integração da família no CAPS também como aquela que precisa ser cuidada, e, além disso “é exigido um olhar ampliado para todos os recursos encontrados nela própria e na sua rede social” (SCHRANK; OLSCHOWSK., 2008).

É necessário problematizar a idealização de um modelo de intervenção familiar, igualando a família à equipe técnica, visto que ao adotar essa postura não se considera as fragilidades das/dos familiares cuidadoras/es e suas especificidades. Neste contexto é

difícil pensar o cuidado para quem cuida, e, se as famílias agirem contrariamente às orientações profissionais, buscando seus recursos internos para o cuidado, podem ser consideradas como famílias que fazem “tudo errado”.

Ainda sobre o debate da lógica da integralidade, na fala de três pessoas entrevistadas a família é o grupo social que mais convive com a usuária e/ou usuário e que também precisa de atenção, tanto quanto aqueles que sofrem, conforme os depoimentos a seguir.

[...] Então a gente tem bem esses relatos, a maioria vem falando isso, “*ah porque ele é uma pessoa difícil, não consigo mais lidar*”, [...] então a gente trabalha tanto o paciente, e também dar atenção para aquela família que também está precisando dessa orientação. (LIRIO)

[...] a gente percebe que a família, ela precisa desse apoio. Muitas vezes só uma orientação, de entender o problema, “*mais o que eu faço?*”, chega aqui “*meu Deus o que eu faço*”, e é só de tu está conversando está dando uma saída [...] Já faz a diferença, faz com que eles entendam o problema que está passando o familiar, muitos não entendem, não sabem lidar com isso, nossa faz muita diferença. (GAZANIA)

[...] É estabilizar a questão do paciente, inseri-lo dentro da família, trabalhar essa família para como que ela vai lidar com esse paciente. Que se para nós trabalhadores lidar com a psiquiatria é difícil, para família que não tem preparo nenhum, então é um desafio muito maior. Então é capacitar realmente essa família para como que ela vai lidar com esse processo de saúde-doença do paciente psiquiátrico. (ROSA)

Pensar o cuidado como componente do processo de trabalho, na lógica da integralidade, é ampliar o olhar para as pessoas que estão em volta das usuárias e dos usuários.

O sofrimento de uma pessoa, integrante de uma família, faz com que todas as pessoas deste mesmo grupo social também sofram. A convivência que é exercida na família produz a sobrecarga dos familiares que exercem o cuidado, assim essa realidade é refletida na qualidade de vida de todos os membros desta família, indicando “a necessidade de cuidado específico do próprio cuidador, em consequência do seu estado de saúde” (GOMES et al, 2018, p.05)

Na reabilitação psicossocial para o cuidado com a usuária e com o usuário já está constituída uma gama de profissionais e intervenções bem delimitadas, no entanto, intervir, acolher e escutar as pessoas que também sofrem diante do sofrimento da “pessoa principal” deste processo, que é a usuária e o usuário, é fundamental. Esta iniciativa oportuniza a construção de autonomia e da continuidade dos cuidados que substituem a intervenção manicomial.



Desta forma, mais do que considerar a família como um tentáculo da equipe dentro dos domicílios, é preciso compreender que esta família tem recursos próprios para o cuidado, além da necessidade de ser cuidada. A relação de cuidado deveria ser sempre dialógica, a qual prevê trocas, aprendizados mútuos, considerando sempre as partes: família, usuária/usuário e equipe. Assim, compreendo que não reconhecer as diferentes formas de cuidado que as famílias exercem com as usuárias e com os usuários é uma postura que desconsidera a possibilidade de construção de um diálogo, por conseguinte, desconsidera a possibilidade de um agir educativo-comunicativo que gera cuidado.

### 5.2.3 Não identificam influências culturais no modo de cuidar exercidos pelas famílias, reforçam o familismo e o modelo biomédico frente aos diagnósticos considerados tardios

Questionei as/o entrevistadas/o se percebiam influências de questões culturais das famílias no modo de exercer o cuidado com as usuárias e usuários do CAPS, e coletei o relato a seguir:

É mais raro, é bem mais raro [...] a grande maioria que a gente atende aqui é de uma forma social mais baixa, mas não é uma coisa só de classe social baixa. Essa questão de entendimento e ignorância não é burrice é de ignorar algo a gente nota bastante entre os pacientes que tem uma situação financeira melhor [...] porque tem uma negação muito grande também por isso, porque a gente vê no acolhimento, quando a gente pergunta lá na parte do desenvolvimento que eles falam assim, "*ai desde pequeno*", só que [...] agora está com 13 anos agora que veio pra cá, mais desde pequeno viu. Pai que hoje também falou assim "*sabe noto que é culpa minha, porque já faz anos que eu vejo que minha filha tinha alguns comportamentos e agora nos últimos anos ela estava reclamando muito de dor de cabeça*", são coisas que é a questão do olhar, e hoje em dia com a questão da cobrança, um trabalho, essa questão do ter, essa pessoa não tem mais onde ir, dar aquele olhar diferenciado [...] computador, telefone, as pessoas não tão convivendo mais, ai fica mais difícil de enxergar, mas quando a gente pergunta, eles conseguem ver, mais a verdade é uma coisa que já viam antes, só que não buscaram. (DALIA)

A fala de Dália está voltada para o modelo biomédico de cuidado, desconsiderando qualquer manifestação cultural. Quando questionada sobre a cultura no contexto do cuidado, discorre que a família negligencia os primeiros sintomas dos diagnósticos, especificamente no caso de crianças e adolescentes, ou seja, o diagnóstico sobressai às questões culturais.

Ela conta que os indícios de sofrimento na idade em seguida, após a infância, não são valorizados pelas famílias, mas destaca que esta realidade não tem vinculação com grau de instrução ou de renda e reforça a influência capitalista na vida das pessoas para a

individualização contra o convívio social e a ausência de participação familiar no desenvolvimento da vida das filhas e dos filhos. Não se pode negar a importância do diagnóstico, inclusive para o exercício do cuidado com maior competência, no entanto, é preciso cautela.

Aliada ao foco no diagnóstico caminha o discurso da medicalização da vida, ofertando a reflexão sobre a observação de uma atividade com familiares no decorrer desta pesquisa:

O grupo é todo focado na discussão sobre medicação. Nos casos de discriminação por exemplo são focados no aumento ou diminuição da medicação e não no diálogo para superação desta condição. A prática da assistente social ainda é uma prática prescritiva, mas oscilando com fases de escuta e de acolhimento. A fala ainda é centrada na medicação e no esclarecimento de dúvidas. Quando as familiares expõem ao grupo suas angústias constrói-se um silêncio e muda-se a rota da conversa. Percebe-se que talvez ninguém saiba ali o que fazer com o sofrimento do outro. (Observ/2)

Investir toda a capacidade técnica e as energias no diagnóstico e no medicamento é construir uma métrica a ser seguida. Esta atitude rompe qualquer possibilidade de diálogo, ou seja, eu não preciso ouvir o outro, visto que, diante de um diagnóstico “alguém” me dirá como cuidar desta pessoa.

Ainda neste contexto dos diagnósticos temos o depoimento a seguir:

Porque a família às vezes demorou tanto para perceber, às vezes desencadeia os sintomas na verdade já era uma criança que deveria ser tratada na infância, e eles foram tratar na vida adulta. Não, a família às vezes não tem esta orientação. As vezes acha que ele era nervoso, que ele era irritado, que ele era uma criança que gostava de ficar sozinha tudo bem, isolada, e isso foi se desenvolvendo ao longo da infância e da adolescência, agora que a família começa a entender o porquê desses comportamentos, mais na época ela não entendia. Então muitas vezes ela demorou tanto tempo para pedir ajuda, onde acaba desencadeando as psicoses, os surtos, a esquizofrenia e aí ela já tinha alguns sintomas. (TULIPA)

A fala de Tulipa endossa a fala de Dália na questão da identificação dos sintomas de forma precoce por parte da família, em que os comportamentos humanos tendem a ser encaixados nos diagnósticos da modernidade. Para tudo, absolutamente tudo temos um Código Internacional de Doenças (CID) a disposição. É ausente a percepção histórico-cultural da vida destas famílias, da vinculação do sofrimento com o contexto biopsicossocial onde a pessoa está inserida. Descontextualiza seus modos de viver, seu conceito de saúde e de doença, e então impõem a responsabilidade de que não observaram o suficiente para “prevenir” os agravos sobre o sofrimento, reforçando a culpabilização das famílias. Não questionam, por exemplo, porque o desenvolvimento neuropsicomotor

também não foi acompanhado por profissionais de saúde durante a primeira infância, nas consultas de puerpério?

Este processo de culpabilização aproxima-se do conceito de familismo, o qual a família é responsabilizada pelas provisões aos cidadãos (aos integrantes das famílias), eximindo o Estado de suas responsabilidades. Atualmente, as políticas sociais passaram a se estruturar em um circuito familista, onde existem momentos complexos e inter-relacionados que ofertam ao Estado a possibilidade de manobrar a sua participação e responsabilidade na execução das políticas públicas, ora compartilhando as suas responsabilidades, ora sendo omissos, ora transferindo suas responsabilidades às famílias, solicitando capacidade de atendimento às necessidades básicas dos cidadãos e de enfrentamento às vulnerabilidades (SANTOS et al, 2017, p.398).

Assim, pensar a “cadência que é vida” é de certa forma compreender qual a cultura que se manifesta neste modo de viver, identifica-se a partir da análise dos dados que existem fragilidades para a identificação da cultura do modo de cuidar e é latente uma hipervalorização dos diagnósticos. Ainda é inexistente que o reconhecimento, embora fragilizado da cultura familiar, se faça presente no exercício do cuidado e na relação entre assistentes sociais e familiares, este cenário favorece uma postura manicomial, e, por conseguinte, biomédica, frente ao atendimento às famílias das usuárias e dos usuários nos CAPS, desta forma, limitando a possibilidade de exercício de um agir educativo-comunicativo.

### 5.3 “*ESCUta, ESCUta O OUTRO, A OUTRA JÁ VEM. ESCUta, ACOLHE, CUIDAR DO OUTRO FAZ BEM*”<sup>6</sup>: escuta e relação dialógica com familiares para o cuidado em saúde mental

*Lá no tempo em que nasci,  
Logo aprendi algo assim:  
Cuidar do outro é cuidar de mim,  
Cuidar de mim é cuidar do mundo.  
(Ray Lima, Johnson Soares, Júnior Santos)*

A escuta e a relação dialógica são fundamentais para que seja possível estabelecer um agir educativo-comunicativo com familiares fomentando a promoção do cuidado em saúde mental.

A categoria aqui apresentada tem o propósito de abordar a importância da escuta e da relação dialógica no processo de trabalho de assistentes sociais com familiares e está dividida nas subcategorias, a seguir apresentadas.

#### 5.3.1 O cuidado é importante no processo de trabalho das/o assistentes sociais

Questionamos as pessoas entrevistadas sobre qual a importância do cuidado no processo de trabalho com os/as familiares, e, as participantes compreendem o cuidado como sigilo das informações, respeito com a usuária e com o usuário, empatia, orientações, direitos, deveres, obrigações, proteção, vigilância, atenção e a escuta, considerando o cuidado de extrema importância para o processo de trabalho, conforme os depoimentos a seguir:

Sim [...] primeiro assim, o que é registro meu, é uma coisa minha, um sigilo meu. Lógico que se eu vou ter que dividir uma informação com o meu colega. Se a gente atende a mesma pessoa, mas eu sempre procuro ter o cuidado de atender as famílias sozinha, quando há necessidade de um colega por outra questão está presente, tudo bem. (GAZANIA)

[...] tanto os direitos, deveres, as obrigações, isso é um cuidado, é uma proteção também. (TULIPA)

---

<sup>6</sup>Trecho extraído da música “Cuidar do outro é cuidar de mim”. Autores: Johnson Soares, Júnior Santos, Ray Lima. Interpretada por Ray Lima e letra publicada no 13º Congresso Paulista de Saúde Pública, ano 2013, disponível em: [http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3608/CANTIGAS%20POPULARES-1%20-%20Universidade%20Popular%20de%20Arte%20e%20Ci%C3%Aancia%20\(UPAC\).pdf](http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3608/CANTIGAS%20POPULARES-1%20-%20Universidade%20Popular%20de%20Arte%20e%20Ci%C3%Aancia%20(UPAC).pdf) Acesso em: 05.ag.2018.

[...] nós trabalhamos numa linha de cuidado em que a gente precisa... acho que o serviço de vigilância, o serviço de atenção, o serviço de uma postura empática ele faz parte do cuidado do paciente, eu colocaria como principal linha de cuidado a questão da escuta. (ROSA)

É notório que a discussão sobre cuidado ainda é muito incipiente no Serviço Social e percebo aqui que esta incipiência teórica se materializa no processo de trabalho. Acredito que isso se deva a matriz de fundação do Serviço Social estar vinculada ao marxismo, logo, o cuidado acaba vinculado burocraticamente ao processo de trabalho.

Segundo a teoria do Serviço Social Crítico, o cuidar não pode ser reduzido à um estilo de relação pessoal, pois, deve ser considerado como um valor agregado ao trabalho profissional, que tem na escuta e no reconhecimento do outro, componentes fundamentais. Assim, tem-se o cenário propício à desconstrução de uma sociedade do abandono e que tem potencial para criticar o descaso capitalista com as relações humanas. O cuidado perpassa as questões clínicas e as questões institucionais, no entanto, busca não se confundir com a clínica e nem com a cura, pois tem um objetivo axiológico, centrado em uma proposição de uma sociedade em que seja de suma importância a valorização do outro, do meio e do tempo (FALEIROS, 2013, p.88).

A importância do cuidado materializa-se num cuidado que é político e que é social, como um direito. Um cuidado que tem como objetivo maior construir pontes que oportunizem a reconstrução de uma autonomia, de uma cidadania. Um cuidado que fomente a solidariedade, que fortaleçam os vínculos, oportunizando o diálogo, um cuidado que seja uma curva, e não uma linha reta.

Pensar o cuidado enquanto direito no âmbito da saúde mental é um cenário importante do Serviço Social, que configura-se como uma postura antimanicomial o qual oportuniza a construção de diálogo com a possibilidade de construção de um agir educativo-comunicativo que efetivamente torne-se cuidativo.

### **5.3.2** Assistentes sociais prezam pela escuta em suas intervenções profissionais e buscam atuar como mediadoras no diálogo entre usuárias/usuários e familiares

As/o assistentes sociais entrevistadas/o relatam que prezam pela escuta no atendimento de todas as pessoas, além de valorizarem a intervenção interdisciplinar, como expresso nas falas a seguir:

[...] Tá sempre disposto a ouvir, acho que atender da melhor forma possível, mesmo que às vezes tu não esteja no teu melhor dia. [...] como funcionário público tu tem que estar sempre no teu melhor dia. Não tem que ter dia ruim para atender alguém, mesmo que tu não tenhas uma solução, mais tu tens que dar uma.... pelo menos uma possibilidade. (GAZANIA)

[...] eu tenho um fazer profissional meio radical [...] não sou muito conservadora. [...] costumo dizer assim ó: "*Eu sou funcionária pública, eu não sou funcionária de prefeito nenhum, eu sou paga por dinheiro público inclusive meu, de todo mundo que eu atendo e inclusive teu*". Então assim, eu sou funcionária da pessoa que eu estou atendendo, eu escuto bem a demanda dela, tem aquela questão assim: "[...] *tu tá inventando algo, tu tá mentindo*". Isso é uma coisa que me incomoda também, não vou dizer que não acontece, só que [...] o meu ouvido ele não fica para isso na questão de julgamento de primeira dizer "*ah tu está inventando, aí está mentindo, não, ah já vem com essa história*", isso também me incomoda bastante porque tem isso bastante arraigado às vezes dentro de um atendimento no geral, nos setores públicos. Às vezes, porque também é uma família que [...] vai e volta [...]. Só que eu sempre tento olhar o que que tem por trás disso, porque esse é o olhar diferenciado que a gente tem na formação. A gente não vai olhar aquilo do senso comum que todo mundo vai ver. (DALIA)

A escuta é uma “ação” de suma importância no fazer profissional, pois é um componente principal para a construção da relação dialógica. Conforme é expresso nos depoimentos, esta escuta deve estar despida de julgamentos e do senso comum enraizado frente às vulnerabilidades que as famílias apresentam, a dita “verborragia de inverdades” para o “ganho secundário”. A escuta pode ser o caminho para a construção de uma racionalidade comunicativa (HABERMAS, 2012).

A racionalidade comunicativa é conduzida por um entendimento linguístico, construído em comum acordo almejado pelos participantes e racionalmente motivados, mediando-se segundo pretensões de validade criticáveis. Estas pretensões caracterizam-se como uma verdade proporcional, uma veracidade subjetiva, aproximando diferentes categorias de um saber que se corporifica simbolicamente em exteriorizações (HABERMAS, 2012).

Estas exteriorizações a partir das pretensões de validades que Habermas (2012) nos comunica, é o resultado de uma relação estabelecida entre no mínimo duas pessoas dispostas ao diálogo, que não existe julgamentos, existem modos de escutar e de se comunicar aliadas ao senso de responsabilidade com o conteúdo verbalizado, rompendo violentamente com o conceito do familismo e da prática da culpabilização.

Nesta perspectiva dialógica percebo que existe uma tentativa por parte das pessoas entrevistadas em mediar o processo dialógico entre familiares e usuárias e usuários, conforme expresso na fala a seguir:

A gente traz o próprio paciente com o familiar, para que ele possa ser ouvido. Às vezes em casa eles não têm esse contato, as vezes eles acreditam que conversando com um profissional conseguem se entender mais fácil. Na verdade, são os próprios familiares que precisam fazer isso, reconhecer. Então assim, é um momento [...] bem importante de diálogo que a gente tem com a família, seja individual, ou com o próprio paciente, para que ele faça essa construção de vínculos entre eles. (LÍRIO)

Eu acho que a questão de responsabilização, a questão de direito, questão de deveres, do que é certo, do que é errado, é muito importante. Então a gente precisa traduzir às vezes algumas coisas para eles (ROSA)

A fala de Lírio e de Rosa representa a figura da assistente social como “mediadora” entre familiar e usuária ou usuário, no entanto, me parece que muitas vezes a/o profissional assume mais um papel de *tradutora* e não *mediadora*, em que o diálogo apresenta o potencial para a mediação através da relação entre falas e silêncios.

A construção do diálogo parte de uma motivação, e esta construção por vezes parte de quem tem o que dizer, sendo que o desafio para quem escuta é o de manifestar-se, de falar. É intolerável que a/o assistente social construa o seu direito de falar como proprietária/o da verdade, aquela/aquele que se apossa da verdade e fala sobre ela. Neste cenário, quem escuta sequer tem o tempo próprio, pois, o tempo de quem escuta é próprio, é participar e singular. O objetivo seja que as profissionais consigam “falar escutando”, onde o espaço seja cortado pelo “silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, silencioso, e não silenciado, fala” (FREIRE, 2011b, p.117).

A mediação por meio do diálogo é uma atividade extremamente complexa, no entanto, fundamental para a construção do cuidado e de uma educação emancipadora. Mediar por meio do diálogo é despir-se do protagonismo enquanto profissional e aprender com quem apresenta suas fragilidades e potencialidades diante das situações adversas do cotidiano e carregadas de uma simbologia histórico-cultural.

Participantes da pesquisa expressaram que há dificuldades para mediar conflitos e, neste contexto, percebo que em vários momentos os familiares com quem as usuárias e os usuários têm o vínculo mais frágil são excluídos do diálogo, e, essa postura desfavorece a construção do diálogo como possibilidade para a promoção do cuidado, como pode ser constatado no depoimento a seguir:

[...] geralmente o contato é direto na verdade, é cara a cara. [...] na questão dos familiares a gente sempre orienta: vem a mãe e vem o pai, e se o problema é com a mãe que venha o esposo e que venha o filho. (CRAVO)

No pensamento habermesiano é preciso harmonia para que haja o diálogo, para que possa ser construído um agir comunicativo. É preciso também um plano de ação com

metas, para que esse diálogo possa agir sobre uma dada situação, sendo que é um agir que quer comunicar algo.

A condição primordial para que esse cenário possa ser possível é a existência de um acordo ou de uma negociação sobre esta situação, além de considerar as possíveis consequências que constam nas expectativas de cada um e de cada uma (HABERMAS, 2012).

Desta forma, se não há harmonização e planos em comum não há diálogo, excluir integrantes da família é uma estratégia equivocada de intervenção para fomentar o diálogo, porque ele também considera as contradições, os conflitos como situações a serem transformadas. Assim, buscar o estabelecimento de uma relação dialógica é fundamental neste processo, sendo que a/o profissional necessita ser a/o mediador/a desse processo.

Na fala a seguir, Cravo nos indica que é inexistente a prática da mediação de conflitos a partir da compreensão da cultura e da biografia familiar e que a educação bancária é reforçada no entendimento que orientações são importantes para o aprendizado e para a mudança de realidade, conforme o depoimento a seguir:

Eu busco sempre no primeiro momento nortear o tratamento deles: é orientar, é dar um norte para eles [...] Tentar organizá-lo da melhor forma possível entre ele e a família, deixar tudo como eu digo para eles, em pratos limpos, algumas pendências que tem entre famílias, algumas desavenças eu coloco para eles que aqui dentro isso fica ali fora [...]. A partir do momento que entrou aqui é para se abraçar mesmo e se ajudarem, caminhar junto com nós. (CRAVO)

A partir desta realidade a assistente social poderia ser a/o profissional que transforma criativamente o caos em ordem, a desesperança em esperança. É a/o profissional que respeita os valores e a autonomia do outro, escuta mais que fala (BARRETO, 2008, p.137), assim ele poderia compreender seu papel de mediadora ou mediador de um processo onde o protagonismo não deveria ser seu.

O depoimento a seguir expressa que a horizontalidade e a informalidade são iniciativas importantes para o estabelecimento do diálogo e da relação dialógica. É possível constatar que é urgente o rompimento com a lógica estruturante dos serviços para a construção de uma escuta que possa realmente promover a relação dialógica conforme Dália nos comunica.

É bem aberto [...] eu sou profissional, mas ao mesmo tempo [procuro agir] como se eu não fosse. Eu tenho conhecimento, mas eu gosto de me igualar, porque eu já tive do outro lado também, essa parte de estar em mesa, é meio ruim. Isso na faculdade a



gente conversava como é ruim tu estar do outro lado, “*eu detenho o saber, eu detenho o conhecimento, eu estou aqui*”. Mais não gosto muito disso [...], se eu estou aqui atrás eu tento me aproximar de alguma forma, tipo, agora eu fiz acolhimento com pai e com a mãe, o pai chorou [faz gesto que estica a mão alcançando a mão do pai que está hipoteticamente do outro lado da mesa], quando é uma criança eu puxo a cadeira para cá, fica aqui do lado. (DALIA)

Assim, compreendo que o primeiro passo para a transformação é admitir uma realidade instalada, sendo que é fundamental perceber que o processo de trabalho não tem favorecido a construção de uma escuta que oportunize o diálogo, muito menos a relação dialógica, neste cenário que não há transformação da intervenção profissional.

A imposição da fala prejudica a relação estabelecida com aquele que ouve e até mesmo nas contradições, nas opiniões contrárias é preciso falar *com* o sujeito que nos ouve, e não para o sujeito que nos ouve. Considerando aquele que ouve como ouvinte de uma fala crítica e não como objeto de um discurso (FREIRE, 2011b).

A mediação de conflitos é um movimento importante e que pode ser potencializado a partir do conhecimento e da valorização da cultura familiar. A mediação pode também fortalecer os vínculos familiares com a equipe do CAPS. Impulsionando assim a participação familiar no processo de reabilitação.

**5.3.3** Escuta é condição fundamental para o diálogo, quando existe diálogo existe transformação, fora desta situação o que impera ainda é o poder coercitivo

Pensar a relação entre escuta e diálogo é fundamental, sendo que é a partir do que escuto que consigo fazer as relações necessárias para a compreensão daquela realidade, daquela cultura, daquele sofrimento. É escutando, aliado ao meu arcabouço técnico enquanto profissional, que consigo intervir nas realidades apresentadas com maior competência.

Entre as pessoas entrevistadas, duas expressam que a escuta é importante no processo de trabalho com as famílias atendidas, conforme os seguintes depoimentos:

Eu acho bem positiva, inclusive no que é negativo [...] eu noto que quando eu escuto alguns pacientes, ou alguns pais, eles falam assim, não tem uns acolhimentos, só o que ele falou já pra mim, já ajudou. [...] tu às vezes conseguir ter alguém com quem conversar, com quem expor e essa pessoa te ouvir sem preconceito, sem pré julgamentos, as vezes já ajuda bastante. (DALIA)

[nas situações de crise] a nossa questão de fazer uma escuta qualificada desse problema, tentar identificar, às vezes eles são muitas, [...] informações, mais tu tens que saber pincelar. Não, isso é importante, isso é importante e a partir dali tu organizar um cuidado com ele. (CRAVO)

A escuta tem caráter de disponibilidade, assim escutar ultrapassa a condição de emprestar o ouvido, escutar exercita a capacidade de poder falar melhor. Escutar traduz-se na disponibilidade permanente daquele que escuta para a abertura da fala do outro, sempre atentos e atentas para que quem escuta não seja reduzido ou reduzida ao outro que fala. Assim, não temos a escuta, pois a/o ouvinte não pode ser diminuído ou diminuída, porque assim construiremos a auto-anulação, condição não desejada em uma relação dialógica (FREIRE, 2011b).

Durante a observação da mediação de um grupo considero:

Existia a escuta, mas em alguns momentos não havia devolução do que se escutou, nem a articulação do grupo para ver se alguém poderia devolver uma resposta. A relação da assistente social com o familiar buscava ser horizontal, havia a escuta, mas não havia resposta para a escuta, não havia diálogo. Não havia a promoção do diálogo entre os participantes (Observ/2)

O grupo respondia bem a condução da assistente social que era um momento informativo. Percebe-se uma grande preocupação em preencher o tempo do grupo, então é um acúmulo muito grande de informação, de falas pontuais. O silêncio e a pausa também são importantes para as reflexões e desconsideradas neste processo. (Observ/1)

A escuta comprometida não diminui em nada a capacidade e a oportunidade de discordar, mas pelo contrário, é escutando bem, que me preparo melhor para situar meu ponto de vista. O bom “escutador” ou a boa “escutadora” fala e diz com melhor desenvoltura suas ideias, principalmente porque escuta a fala da qual discorda, e diante da discordância da afirmativa ouvida, na condição de ouvinte jamais poderá ser autoritária (FREIRE, 2011b).

A ausência da escuta alimenta o julgamento moral das situações que acolhemos e que convivemos, assim ela facilita a experiência da empatia diante do sofrimento, possibilita inclusive a percepção sobre a real compreensão do que é dito, do que é verbalizado conforme o depoimento a seguir:

Primeiro acho que é o se colocar no lugar do outro, se pôr no lugar da família. Muitas vezes a gente tem mania de cobrar, mas tu não sabes que tipo de situação que eles vivem. Acho que empatia é importante. Muitas vezes a gente tem que ser firme, tem que cobrar deles realmente a parte que eles têm que fazer. Porque tem alguns que tu orienta e eles não fazem. (GAZANIA)

No entanto, o discurso acima também critica o fato de as famílias não seguirem as orientações que são oferecidas, sendo que as falas prescritivas, descontextualizadas acabam por não favorecer a compreensão nem o vínculo entre profissionais e familiares.

Aquela palavra prescrita, inautêntica não transforma a realidade, pois ela é resultado da dicotomia entre a escuta e a fala. Descontextualizar a palavra dita de sua dimensão sobre a ação é transformá-la em “palavreira”, “verbalismo”, “bla-bla-bla” (FREIRE, 2011c, p.92). E assim são palavras alienantes, alienadas, vazias de conteúdo e da real preocupação com cuidado em saúde mental. É uma palavra vazia, de onde não se pode esperar uma denúncia do mundo, pois não há denúncia onde não se tem o compromisso com a transformação (FREIRE, 2011c).

A palavra dita tem o potencial para transformar a realidade desde que aliada a práxis, como expresso a seguir:

[...] que tem casos que realmente, quando a gente solicita intervenção de CREAS, de MP [Ministério Público] que geralmente já extrapolou todos os nossos limites. Então a gente não costuma fazer isso rotineiramente. Então por isso que a gente prefere ir com outra intervenção realmente do diálogo. E deixar isso bem claro [...] a partir do momento se não resolver, nós vamos ter que seguir adiante, isso eu deixo sempre bem claro para família. Não é questão de amedrontar ou coagir de certa forma, não, é deixar claro realmente, porque foge do nosso alcance, mas a família tem uma obrigação sim, ela tem uma responsabilidade. (ROSA)

O depoimento admite que o diálogo quando materializado na relação entre familiar e assistente social constrói resultados. Portanto, diante desta constatação percebo que a culpabilização das famílias é inglória. Se existe transformação após o diálogo é porque houve interação, compreensão e aprendizado. Desta forma, dizer que a família “não cumpre com aquilo que se orienta” é eximir-se da responsabilidade de perceber quando a informação transmitida foi compreendida. Culpabilizar as famílias diante de sua “desobediência” é não demonstrar compromisso com resultado final que se almeja.

Ainda, na perspectiva da importância da escuta e do diálogo para a construção do cuidado, as participantes referem que a família às vezes tende a abandonar as usuárias e os usuários no CAPS, conforme expressa as falas:

[o diálogo ocorre] no começo com aquele tom de cobrança que a gente tem que estar [...] tento estabelecer um vínculo com eles, importante é isso. [...] todos os lugares que eu trabalhei eram mais famílias, então tu tens umas metodologias de abordagem. Eu gosto muito de escrever, eu registro tudo, porque é muito importante e faço com que eles assinem todos os registros, porque às vezes acontece de "*ah eu não falei isso*", falou. Já aconteceu várias vezes [risos], por isso que a gente já se precavê. (GAZANIA)

[...] dependendo do caso nós temos que chamar a família antes que haja intervenção direto ao MP [Ministério Público], a gente tem vários casos de negligência. (TULIPA)

No “combo” do discurso prescritivo a ameaça é parte integrante do processo, em que o fato de as assistentes sociais verbalizarem que após esgotadas as investidas no diálogo encaminham situações à outras instituições sendo fruto de uma relação dissimétrica.

O autoritarismo que emerge das falas prescritivas é uma fala viciada e repetitiva. O autoritarismo depende de sua repetibilidade, porque não pensamos o que dizemos. Assim, quando há o diálogo nos ocupamos em prestar atenção no que pode ser um diálogo, um modo de conversar cheio de potência e que facilmente acaba, caso não façamos a insistência nele. O diálogo cotidianamente potencializa o modo de estar no mundo, media a relação entre o singular e o geral, entre o que somos e o que queremos ser, aliado ao que nos rodeia, o que nos faria bem (TIBURI, 2015).

Não sejamos inconsequentes ao ponto de negar a necessidade de intervenção de outras instituições na vida familiar, tais como, o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) ou o Ministério Público, no entanto, a forma como esta iniciativa é descrita nas falas demonstra o poder coercitivo e não o desejo da defesa do direito da usuária ou do usuário. Por vezes, os profissionais assumem essa possibilidade como uma punição à incompetência familiar em “cumprir com seu papel” para o cuidado, configurando uma postura familista.

Desta forma, a escuta é de suma importância para a construção do agir educativo-comunicativo, no entanto, no discurso profissional observo que existe o desejo de promover a escuta, mas na verdade o que temos ainda não é a materialização desse desejo.

Neste sentido, a real compreensão da forma de cuidado a ser construída é na relação de escuta e de fala, visto que, a escuta promovida por profissionais e por familiares, pode ofertar subsídios fundamentais para que diante de duas ideias uma terceira possa vir a nascer. Uma ideia que tinha o manicômio como modelo e outra ideia que acredita em uma possibilidade de cuidado em liberdade, oportunizando um novo cuidado em saúde mental, diferente do que conseguimos construir até aqui, descentralizada da institucionalização da loucura e focada na valorização da cultura familiar, e isso só será possível por meio da escuta e da fala, ou seja, do diálogo.

### 5.3.4 Concepção de diálogo baseia-se em incansáveis orientações das assistentes sociais aos familiares

Segundo a falas das pessoas entrevistadas, a reconstrução da memória dos atendimentos ofertados, dos avanços que a usuária e o usuário tiveram faz-se presente na tentativa de uma relação horizontal. O diálogo tem sido construído abertamente e tem como objetivo fortalecer os vínculos, além de buscar a participação efetiva da família no processo de reabilitação, conforme pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[...] a gente começa a conversar, das mudanças que já teve, de algum tempo atrás de uma situação que aconteceu para chegar na forma do diálogo mesmo, conversando, para a gente poder estreitar e chegar a uma conclusão melhor para aquele indivíduo. (LÍRIO)

[...] se o paciente apresenta ou não apresenta uma evolução terapêutica, eu chamo a família, se ele relata pra mim uma situação de conflito familiar, ou eu vou no domicílio, eu faço agendamento com a família e a gente faz um diálogo muito aberto [...], a gente não enrola, a gente coloca a situação, então o que está acontecendo, quais são as propostas terapêuticas, tudo que já foi feito. (ROSA)

Na relação hierarquizada o diálogo é baseado na máxima de “direitos e deveres”. Entre as/os participantes da pesquisa, três pessoas expressam que utilizam a cobrança como forma de alcançar o cumprimento das orientações que são repassadas pelas/os profissionais, conforme os depoimentos a seguir.

[no diálogo com o familiar] E aí cabe o que? essa reorientação, buscar essa família reorientá-la: “*não foi assim quando ele deu a entrada com nós, a senhora era responsável por ele, inclusive assinou um termo de consentimento conosco, então o cuidado vai continuar com vocês junto*”. (CRAVO)

Deixar claro os direitos, os deveres e as obrigações da família. Tem que ser. [...] Então a gente sempre diz, o que é a crise, o que é o comportamental, o que é falta de limites, falta de educação, obrigação de um pai e de uma mãe em casa. (TULIPA)

[...] a partir do momento que a gente vê que a família [...] está sendo omissa dessa sua responsabilidade, a gente joga muito aberto, a responsabilidade primeira é da família, depois dela é dos serviços. (ROSA)

Na perspectiva das falas apresentadas o diálogo é compreendido exclusivamente como orientação, em que tal qual a educação bancária, reforçando ainda a prática familista na responsabilização/culpabilização da família como já discutidos neste texto. Percebo que a relação é burocratizada por meio de registros formais, que tem o objetivo de documentar a responsabilidade familiar, onde existe o familismo não há possibilidade de existir o diálogo e a relação dialógica.

O diálogo é a engrenagem para nossa relação com o mundo em que não se esgota na relação de duas pessoas, e diante da imensidão deste mundo onde nos relacionamos seria perigoso demarcarmos o diálogo entre somente dois grupos: os que negam o direito de falar e os que se consideram apartados deste direito. É preciso que os que pensam que seu direito de falar tenha sido violado possa retomar este protagonismo, proibindo que este “assalto desumanizante” persista (FREIRE, 2011c).

É preciso construir uma sintonia nas relações estabelecidas entre profissionais e familiares para que haja a relação dialógica. Uma relação onde não haja a culpabilização e sim o reconhecimento das vulnerabilidades para que, em contraponto as resiliências de cada família, a construção de sua história seja potencializada para a promoção do cuidado.

### **5.3.5** Busca-se fomentar a co-responsabilidade da família e da rede na atenção à crise, compreendendo a importância da integralidade do cuidado em saúde mental

As/o entrevistadas/o acreditam que ninguém está livre de desenvolver algum sofrimento psíquico, sendo que muitas vezes este sofrimento tem vinculação com o contexto social onde está inserido, conforme expresso nas falas a seguir:

[...] Um surto psicótico ele necessariamente não é advindo de um paciente que tem uma patologia psiquiátrica. Ele pode ser desenvolvido em qualquer um de nós dependendo do estágio, o nível de estresse, a situação que tu vivencia durante todo dia e muito pela forma com que tu lida com essas reações, com que tu absorve isso, se tu não consegue botar para fora, tu vai somatizando e daqui a pouco isso desencadeia uma doença mental. [...] Tu não podes dissociar, não pode pegar doença e tirar ela fora do contexto social, acho que ela tem que ser feito uma leitura dentro do seu contexto social. (ROSA)

[...] é entender que realmente é um momento que todos nós podemos estar ali, a qualquer momento nós podemos ser um paciente psiquiátrico, que tu não nasceu assim. (TULIPA)

Embora haja um discurso de “doença mental” compreende-se que a fala é sobre o sofrimento psíquico, e desta forma, é necessário perceber que ninguém está imune a sofrer uma crise ou experimentar um episódio de sofrimento, sendo que essa compreensão também expressa um pensamento antimanicomial.

O sofrimento tem uma perspectiva multidimensional e sistêmica, expressa em uma vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade de uma pessoa. Nesta perspectiva, o sofrimento psíquico ganha nova roupagem, e pode adquirir maior inteligibilidade e estratégias de ação mais racionais (BRASIL, 2013).

Neste cenário consegue-se romper com o arquétipo e o imaginário da loucura, do medo e da segregação. Esta ideia de experiência do sofrimento está em consonância com o conceito de saúde mental apresentado pelas pessoas entrevistadas, ancorada na perspectiva da integralidade, conforme as falas a seguir:

Olha saúde mental é o estado psíquico que um indivíduo apresenta, que vai ter reflexo na sua saúde física, no seu contexto de estar ou não assintomático e que [...] tem proporções de grandezas diferentes. [...] Aquilo que é muito pequeno para ti, pode ser muito grande para mim. (ROSA)

Então eu acho que está tudo interligado, é tu estar bem na tua família, tu estar bem contigo, é tu conseguir superar os objetivos do dia a dia. Porque para essas pessoas que estão aqui é difícil, até um mínimo problema, eles enxergam um enorme problema, uma coisa que é pequena. Então acho que é tudo um conjunto, tem que estar bem em todos os conjuntos. (GAZANIA)

[...] penso que tudo inicia a partir da saúde mental. Uma boa condição de saúde mental, tu vais ter o suporte, o controle, a prevenção às outras questões. [...] saúde mental, vamos dizer assim, é a porta de entrada da saúde. (CRAVO)

Ao analisar o conceito apresentado pelas pessoas entrevistadas, é possível perceber que as ideias se aproximam do conceito de integralidade, concebendo a saúde mental não dissociada da saúde do corpo é um avanço importante para a Reforma Psiquiátrica, rompendo com a lógica biomédica centrada somente na doença e não no sofrimento.

Nesta perspectiva na questão da crise, segundo as/o entrevistadas/o, a família tem papel importante, devido ao vínculo existente, conforme expressa o depoimento a seguir:

[...] Sim, a maioria das pessoas quando vem para o Caps, eles acham que, “*ah vai lá pro Caps que vai resolver já de fato a situação*”, e não [...] Eles aqui recebem o auxílio, eles recebem todo atendimento, acompanhamento médico, mais que o papel mais importante é a família, então eu venho trabalhando isso com eles [...] O “*mais importante é vocês lá em casa, é o cuidado, é o manejo, é o jeito de vocês conversar*”, tanto que a gente teve casos aqui que, “*ah, ta em surto*”, é primeira situação, está em surto, vocês resolvem. Aí vou lá, mais o que a gente pode fazer, claro agora a gente vai estabilizar essa pessoa, vamos passar orientação assim, a pessoa vai ser atendida, “*mais o que a gente pode fazer família, para que isso venha mudar*”? (LÍRIO)

Diferente da postura manicomial, e na tentativa de construção do diálogo, o tema internação tem sido abordado com maior tranquilidade e veracidade por parte das profissionais e dos familiares. Compreender a família como parte integrante do “surto”, pois, a crise ela influencia a todos e todas, é também um pensamento antimanicomial. A corresponsabilidade e a interdependência são conceitos importantes na relação família e usuária ou usuário.

Cuidar é uma prática que não pode ser somente projetada, mas sim, uma projeção com responsabilidade mútua, ou seja, uma co-responsabilização. Esta articulação tem como tentativa minimizar os efeitos prejudiciais do sofrimento psíquico e estimular a resiliência (JORGE et al, 2011). Compreendermos que o prefixo “co” indica que a família não estará sozinha nesta responsabilização, que existem parcerias entre trabalhadores e trabalhadoras e em rede.

Nesta correlação as pessoas entrevistadas reforçam a importância da articulação de uma rede, além da rede intersetorial, para o atendimento à crise. Um participante da pesquisa reconhece a biografia familiar como categoria importante na atenção à crise e tem buscado reconhecê-la por meio da articulação da rede de saúde e de assistência social e do histórico dos atendimentos prestados, com destaque ao papel da Agente Comunitária em Saúde e que o prontuário eletrônico facilita essa comunicação, segundo a fala de Lírio.

[...] os nossos usuários todos têm a unidade de Estratégia de Saúde [ESF] cada um à sua, então eu costumo procurar essas unidades de saúde, agentes de saúde [Agente Comunitário de Saúde] para estar também entendendo. Porque [...] a gente lê um histórico às vezes já passou vários profissionais, [...] e faço o meu entendimento, [...] mas eu também costumo procurar outros serviços nos quais ele já foi atendido, não só pela unidade de saúde, mais se ele já foi pra parte psiquiátrica ali no ambulatório, ou tem uma outra que já foi atendido na rede assistencial, eu costumo fazer essa busca para poder fazer o entendimento e a gente trabalhar inclusive em rede para que possa ser melhor. (LÍRIO)

O fortalecimento da rede pode também fomentar a construção do diálogo entre serviços, ampliando assim as corresponsabilidades sobre o cuidado. O conceito de rede pode apresentar-se de diversas formas, o que implica em um modo singular na produção do cuidado. O processo de trabalho em rede não segue uma matriz rígida e inflexível, pois a rede é construída de multiplicidades. Não existe uma unidade capaz de orientar as relações entre todos os sujeitos onde a trajetória de uma rede pode ser rompida, reiniciada, visto que, este também é o movimento da vida, das relações e de suas singularidades. Isso exige cuidado com o processo de trabalho e a construção, além da sustentação, de espaços coletivos de discussão e de compartilhamentos (BERMUDEZ, SIQUEIRA-BATISTA, 2017). O trabalho em rede sempre é complexo, mas na perspectiva das co-responsabilização construímos objetivos comuns e isso facilita a parceria.

As pessoas entrevistadas na pesquisa compreendem que diante da crise é preciso fortalecer a ideia de internação em hospital geral, relatando que anterior a Reforma



Psiquiátrica as internações eram de longa permanência e focadas na medicalização, conforme as falas a seguir.

Mas também não vamos ser irônicos no sentido de dizer que nós não precisamos de forma alguma de algum leito para internação, realmente algum período, atender esse usuário [...] nós temos inúmeros tipos de usuários que eles podem ser atendidos em casa sim, nos momentos de crise, mais as vezes eles precisam de um leito para esse respaldo, mais por algum período, curto período, jamais como moradores, como 6 meses, 1 anos que era o rotineiro, então a reforma para mim é isso, é realmente um novo olhar desse tipo de paciente. (TULIPA)

Conceber a possibilidade de uma internação em hospital geral é um grande avanço para o cuidado em saúde mental, compartilhando responsabilidades com a família e com uma rede de serviços. Pensar a Reforma Psiquiátrica não é negar a internação, como diz Tulipa, mas sim, romper com a lógica institucionalizante de longas internações, assim como, as várias formas de violência que o manicômio sempre produziu, destacando aqui que a violência é um fenômeno social e pode ser subjetiva.

A violência manifesta-se de múltiplas formas, e epistemologicamente a palavra violência é originária do latim *vis* que designa força e refere-se às nações de constrangimento e do uso da superioridade sobre outra pessoa. Já a materialização da violência refere-se sempre a conflitos de autoridade, disputas pelo poder e o desejo do domínio, do aniquilamento do outro. As manifestações da violência podem ser aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, conduzidas por normas sociais e costumes instituídos nos aparatos legais de uma sociedade (MINAYO, 2006). Sendo assim diante de um tempo histórico a violência pode ser aprovada ou condenada.

Neste cenário ainda percebo o estigma que a loucura carrega, fruto de século de exclusão e de potencialização de apenas um saber sobre a “doença” mental, conforme expresso na fala a seguir:

A mesma coisa uma internação, tu vai internar, tu vai ficar o dia inteiro naquele local, tu não vai ter atividade nenhuma? Então, tu chegou a ver aquele filme da Nise [Filme Nise: o Coração da Loucura]? Aquilo para mim já é um início de reforma [Reforma Psiquiátrica], mas como lá atrás ela teve dificuldade que foi naquela época eu acho que ainda até hoje, se tu for a fundo, se tu for uma Nise da vida num hospital, se tu for uma Nise da vida num CAPS, tu vai ter o mesmo problema que ela teve, porque ainda tem muito arraigado isso, então eu acho que para ter qualidade, para não ser depósito, porque a gente briga muito na questão assim, “*ah não, não é pra louco*”, “*aquele não é louco*”, “*tem os motivos*”, “*pode ser uma coisa momentânea*”, mas é tratado como. Às vezes tu tens um discurso de que não é, mas trata como se fosse. (DALIA)

Importante valorizar as atividades terapêuticas, pensar a internação sob este viés, visto que, se para uma internação por uma amputação por exemplo, é preciso fisioterapia, para uma internação por conta de uma crise causada por um sofrimento psíquico é preciso terapia ocupacional, arte, psicologia, para que por meio de outras formas terapêuticas a crise possa ser cuidada, e esse cenário pode ser experimentado no hospital geral ou no CAPS.

Nos casos de internação as/o entrevistadas/o referem que o CAPS coordena as internações em hospitais gerais e ainda em hospitais psiquiátricos que são organizadas através da regulação.

As/os entrevistadas/os relatam que anterior a utilização do Sistema de Centrais de Regulação (SISREG) e do fechamento dos leitos SUS no hospital psiquiátrico regional, em meados de 2016, a família tinha maior facilidade para internação. Atualmente, por conta do sistema regulador, o CAPS passou a ser protagonista como referência e a família passou a compreender a sua importância neste processo, buscando reestabelecer outros vínculos com a usuária e o usuário. Percebeu-se também que a internação em hospital geral é uma internação de tempo mais curto, demonstrando assim a importância da família neste processo conforme as falas a seguir.

[...] sempre que acontece um caso assim [internação] ou que está ruim o paciente no CAPS, o familiar liga, ele sempre procura, ele vem aqui, ele conversa com a gente. Porque a gente sempre prefere que a pessoa, vá por livre e espontânea vontade que não seja uma internação compulsória. Já fizemos internações compulsórias aqui, mais foi caso de dependência química, não transtorno psiquiátrico ou de comportamento, mais a maioria das vezes acho que a família consegue convencer o paciente até mesmo o próprio profissional, aí a gente consegue as internações. (GAZANIA)

[...] Quando fechou o [hospital psiquiátrico da região] foi assustador porque a família sempre tinha aquele amparo de “*ah, surtou já vou encaminhar rápido assim*”. E antes era mais rápido ainda, porque a família mesmo levava. Era fácil acesso, então era portas abertas mesmo. Hoje a família me parece que [...] ela acaba controlando um pouco mais, se mantendo um pouco mais. Eu tenho pacientes crônicos assim que ficavam um mês aqui e seis meses internado, era um inverso, hoje se dá o inverso, eu acho que a família está pouco mais centrada [...] que tem consciência de que, eu vou me cuidar um pouco mais, porque hoje está mais difícil. Tem outra alternativa [o CAPS] e hoje o período de internação é curto. (TULIPA)

A internação que a família tinha autonomia de realizar era considerada como um “amparo”, mas hoje por meio da regulação foi reordenada a rota da internação, a família consegue buscar a intervenção do CAPS e superar a urgência da internação, ofertando outro cuidado à crise.

Cada situação nos requer uma caixa de ferramentas específica, onde utilizamos tecnologias leves[...] (MERHY, 2005). Compreende-se que a escolha da ferramenta nesta

caixa faz toda a diferença na vida das pessoas, especialmente da pessoa que está sendo cuidada, porque existem processos mais normativos e burocráticos, como as centrais de regulação por exemplo. No entanto, estas centrais exercem papel fundamental dentro da ordenação da assistência para o compartilhamento de responsabilidades.

Compreender as internações psiquiátrica a partir da lógica da regulação é transpor o saber psiquiátrico frente ao sofrimento. É conceber os transtornos psiquiátricos como parte integrantes da saúde, considerando a lógica da integralidade.

Ainda sobre as internações existe comunicação da assistente social com as famílias e que o CAPS deveria evitar as internações compreendendo seu papel de substituição ao manicômio. A/o Assistente Social pode ser a referência para a manutenção do vínculo com usuário e familiar no ato da internação, no entanto, durante o período de internação não acompanha a família. Diante deste contexto Tulipa me relata como é estabelecida a relação entre assistentes sociais e os familiares durante o período de internação.

[...] aguardamos o retorno, às vezes a família liga, porque aconteceu alguma coisa no hospital, eles não concordam e a gente sempre orienta a partir do momento que está internado, a responsabilidade de conduta e de acompanhamento sempre vai ser do serviço. (TULIPA)

Embora as/o entrevistadas/o não demonstram que durante o período de internação haja um acompanhamento familiar, consideramos que o vínculo da família é com o CAPS.

Os familiares por vezes demonstram uma dificuldade em compreender a internação como uma ação consciente, como uma projeção para um futuro diferente. A internação é um ato intencional e compreendendo-a como um ato que projeta o futuro pode-se identificar os motivos no meio social e familiar que impulsionaram esta internação e que durante o período de internação precisam de cuidado, de transformação, para então re-acolher aquele que sofreu (MELLO et al, 2011).

As internações em hospitais gerais, por ter a características de curta duração, e diante da possibilidade de movimento do CAPS para manter o vínculo com o familiar poderia ser o momento profícuo para acompanhar a família, dialogar sobre a real necessidade da internação, fortalecer os vínculos com a usuária ou usuário internado/a para que no retorno ao domicílio a convivência possa ser mais saudável e benéfica para todos e para todas.

Desta forma, conceber a co-responsabilidade para o cuidado em saúde mental, com a família e com a rede, é uma postura que favorece a construção de cuidado por meio de um agir educativo-comunicativo conforme propõe este trabalho.

Portanto, “escutar o outro” tal como nos indica o título desta categoria é de suma importância para que o agir educativo-comunicativo possa ser construído. Escutar compreende também acolher, uma vez que o cuidado perpassa esse contexto a partir da proposta do agir educativo-comunicativo.

## 6 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO

Este item da dissertação intitulado “considerações” indica um olhar, uma opinião, um meio, nunca um fim. É sempre um recomeço, e transpassar esta etapa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, abordando temáticas como família, educação em saúde e comunicação para o cuidado em liberdade em saúde mental, em tempos tão sombrios e conservadores tem sido um desafio. O contexto sócio-político atual pouco oportuniza estas reflexões, no entanto, creio que nos momentos de maiores dificuldades é quando devemos/podemos retornar, *resetar*, rever, visitar premissas básicas de nossa democracia através do nosso movimento de resistência. E cá estou !

No dia 12 de outubro de 2017 eu apresentava uma primeira versão destes escritos à minha orientadora a Profa Dra Fabiane Ferraz. Em 01 de outubro de 2018, quase um ano após, apresento publicamente (na banca examinadora) uma nona versão deste trabalho. Então, o percurso foi longo, árduo, complexo, sofrido, mas também saboroso, revelador, instigante e de muito aprendizado.

A partir da escrita deste trabalho percebo que a família tem sido considerada como um grupo social de fundamental importância por parte das/do assistentes sociais no processo de reabilitação psicossocial, no entanto, a educação bancária como prática de educação em saúde ainda tem fomentado a culpabilização das famílias e oportunizado práticas familistas que fragilizam os vínculos familiares.

Para o público entrevistado é notório que a cultura familiar constitui parte importante do modo de cuidar em saúde mental, desta forma, existe uma preocupação das/o assistentes sociais em reconhecê-la. No entanto, oportunizar a manifestação da cultura familiar no exercício do cuidado em liberdade em saúde mental ainda não é uma realidade. Constrói-se a expectativa de que a família reproduza as intervenções técnicas junto aqueles e aquelas que sofrem, reforçando a hipervalorização dos diagnósticos, da medicalização da vida e do pensamento manicomial.

Embora haja o desejo das/o profissional em promover o diálogo, percebemos que ainda é prática incipiente no agir das/do assistentes sociais junto aos familiares dos CAPS. Ainda é preciso pensar o cuidado em saúde mental enquanto direito, assim poderá ser construído um cenário para o diálogo.

Ainda assim, considero que os elementos que compõem o agir educativo-comunicativo manifestam-se de forma incipiente na relação das/do assistentes sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial. Este cenário fragiliza movimentos de empoderamento da família para assumir a co-responsabilização no cuidado em saúde mental e compromete o desenvolvimento do projeto ético-político do Serviço Social.

Considerando o que nos propomos enquanto objetivo desta pesquisa, que foi analisar como ocorre a relação de assistentes sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em CAPS, compreendemos que a relação estabelecida ainda não é uma relação horizontal e dialógica, embora haja indícios de que existe a possibilidade de construção do agir educativo-comunicativo, com o objetivo de potencializar o cuidado por parte dos familiares, utilizando a educação como ferramenta propulsora.

A partir dos preceitos antimanicomiais o agir educativo-comunicativo tem potencial para fortalecer os vínculos familiares e comunitários, enquanto intervenção técnica operativa do Serviço Social. Mas para tanto se faz necessário uma intervenção potente junto as/os assistentes sociais no sentido de fortalecer os princípios antimanicomiais na prática profissional, de ampliar a perspectiva histórica sobre a Reforma Psiquiátrica e de fomentar um conceito de educação que seja emancipadora, por consequência, antimanicomial, baseada no projeto ético-político da profissão.

Considerando a importância das categorias aqui elencadas como a escuta, o diálogo, a linguagem, a cultura, a horizontalidade e a educação, embora não seja o objeto desta pesquisa, mas há de se considerar que neste momento identifica-se um agir profissional emanado da branquitude no processo de trabalho no CAPS. Branquitude aqui compreendida como a naturalização de “ser branco”, como um “ponto de vista”, um lugar de onde nos vemos e vemos os outros (SILVA, 2017). Reforçando uma hierarquização, especialmente racial, um biopoder que não favorece o diálogo. Um modo de produzir saúde que não considera um modo de estar no mundo que é muito particular, que é cultural, que também produz saúde e que pode manifestar outros olhares, menos europeizados, mais coloridos. Considerar a diversidade cultural de nosso país é também construir um agir educativo-comunicativo para a promoção da equidade no SUS, para o acesso das populações sus-dependentes (como a população negra), para a promoção de saúde mental.

Esta pesquisa colabora para que refletirmos o quanto ainda precisamos caminhar para aliar nosso discurso às nossas práxis. Penso que um fator limitante para esta pesquisa tenha sido o atual momento político da coleta de dados, onde a Política de Saúde Mental tem sofrido fortes ataques especialmente no que tange a fragilidade na educação permanente em saúde mental.

Como indicação para novos estudos temos a compreensão da importância e da urgência de problematizar a categoria “escuta”, vinculada a mesma temática deste estudo, mas tendo como sujeito os familiares e os usuários e usuárias, construindo assim novos protagonistas nesta discussão.

Como exposto neste trabalho no ano de 1979 experimentamos o Congresso da Virada que à época modificou a identidade profissional das assistentes sociais, talvez o momento político atual exija “outra virada”, na formação profissional. Para que possamos construir relações mais horizontais e dialógicas.

Assim como descrito no título desta pesquisa, potencializar a relação entre as pessoas é acreditar que para além da farmacologia, as relações humanas desempenham um papel fundamental no agir profissional, pois isso cremos que o primeiro remédio somos nós. Para que possamos através de relações horizontais e dialógicas construir novas formas de cuidar de nossos sofrimentos, de nossas dores.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALAYÓN, Norberto. **Assistência e assistencialismo: controle dos pobres ou erradicação da pobreza?** São Paulo: Cortez, 1995.

ALVENTINO, Alliny Raianny Ângelo. **A política de saúde mental e a família: um estudo acerca do suporte oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II-Campina Grande-PB) às famílias dos usuários**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba. 2012. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/3763>. Acesso em: 23 set.2017.

AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2011. Disponível em: <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998>. Acesso em: 23 set.2017.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARNAUD, Fernanda Iracema Moura. **A intervenção profissional do assistente social na saúde mental dos servidores públicos: um estudo nos tribunais eleitorais do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Pará. Belém do Pará. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/7467>. Acesso em: 23 set.2017.

ALVES, Poliana Farias et al. Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/63993/46795> Acesso em: 03.abr.2018.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia comunitária: passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. 408p.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo: a transformação de pessoas em mercadorias**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. 199p.

BERMUDEZ, Karina Moraes; Siqueira-Batista, Rodrigo. Um monte de buracos amarrados com barbantes: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Revista Saúde e Sociedade** [online]. 2017, v. 26, n. 4, p. 904-919. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2017.v26n4/904-919> Acesso em: 08.abr.2018

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2004.



BRASIL. **Decreto nº 994, de 15 de maio de 1962.** Regulamenta a Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957, que dispõe sobre o exercício da profissão de Assistente Social.

BRASIL. **Lei 8.662 de 07 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental – **Caderno da Atenção Básica n.34.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 171 p.

BRASIL. **Lei 3.252, de 27 de agosto de 1957.** Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088,** de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336** de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Política Nacional de Assistência Social (PNAS).** Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf) Acesso em: 01.abr.2018

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 4ed. Cortez, 2011.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos:** Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3215/321527167005/>. Acesso em: 23 set.2017.

BUENO, Eduardo. **Brasil:** uma história. 2ed. rev. São Paulo: Ática, 2003

CAMATTA, Marcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. Escola

Ana Nery. **Revista de Enfermagem** 2009 jul-set 13 (3) – 477-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04>. Acesso em: 23 set.2017.

CAMPOS, Ana Carolina. **Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28112011-081245/en.php>. Acesso em: 23 set.2017.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro Calixto; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Revista Informação & Sociedade**: 2014. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/1542581465?pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 23 set.2017.

CESTARI, María Elisabeth. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.55, n.4, p.430-433, ago.2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672002000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000400012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 set.2017.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série “Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais”. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) Acesso em: 09 set.2018.

CFESS. Serviço Social a caminho do século XXI: o protagonismo ético-político do Conjunto CFESS-CRESS. In: **Serviço Social e Sociedade (50)**. São Paulo, Cortez, 1996

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final – IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf). Acesso em: 23 set.2017.

DALTON, Andrea Monteiro. **Os direitos humanos à luz do código de ética do serviço social e o estatuto da criança e do adolescente**: afinal, o que estamos defendendo? Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. maio, 2008. Disponível em: [http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/12436/12436\\_4.PDF](http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/12436/12436_4.PDF) Acesso em: 23 set 2017

DE OLIVEIRA, Paulo César; DE CARVALHO, Patricia. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. **Paidéia**, v. 17, n. 37, p. 219-230, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3054/305423758006/>. Acesso em: 23 set.2017.

DELGADO, Pedro Gabriel. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4008/400834036007.pdf>. Acesso em: 23 set.2017.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. Brasiliense, 2017.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 641-649, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832009000500015&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832009000500015&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: 23 set.2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **Revista Katálysis**, v. 16, p. 83-91, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1796/179628922005/>. Acesso em: 23 set.2017.

FAZENDA, Ivani C Arantes. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 18ed. São Paulo: Papyrus Editora, 2012

FAZENDA, Ivani C Arantes. **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2013.

FERRAZ, Fabiane et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 607-10, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a20v58n5/pdf>. Acesso em: 23 set.2017

FIEDLER, Regina Célia do Prado. A teoria da ação comunicativa de Habermas e uma nova proposta de desenvolvimento e emancipação do humano. **Revista da Educação**. Universidade de Guarulhos. 2006. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/24/17>. Acesso em: 23 set.2017

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Espaço Geográfico em Análise**, 17, 2009, p. 31-41. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995/10663> Acesso em: 08.abr.2018

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** 15ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 40ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2017.

GODOY, Mariana Molina; COUTO, Eduardo Luis. O Congresso da Virada de 1979 e o projeto ético político profissional. **ETIC – Encontro de Iniciação Científica**, v. 5, n. 5, 2010. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1963/2092>. Acesso em: 23 set.2017

GOES, Adarly Rosana Moreira. **Cuidadores (as) de portadores de transtornos mentais e a família no contexto da desinstitucionalização**. Londrina, 2007. Monografia

(Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Política Social), Universidade Estadual de Londrina. 2007.

GOMES, Maria Lovâni Pereira; DA SILVA, José Carlos Barboza; BAFISTA, Eraldo Carlos. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 3-17, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eraldo\\_Batista/publication/323993439\\_Escutando\\_quem\\_cuida\\_quando\\_o\\_cuidado\\_afeta\\_a\\_saude\\_do\\_cuidador\\_em\\_saude\\_mental/links/5ab6c46b45851515f59da9e5/Escutando-quem-cuida-quando-o-cuidado-afeta-a-saude-do-cuidador-em-saude-mental.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eraldo_Batista/publication/323993439_Escutando_quem_cuida_quando_o_cuidado_afeta_a_saude_do_cuidador_em_saude_mental/links/5ab6c46b45851515f59da9e5/Escutando-quem-cuida-quando-o-cuidado-afeta-a-saude-do-cuidador-em-saude-mental.pdf) Acesso em: 03.abr.2018.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antônio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça Cavalcante. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060.2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n7/3051-3060> Acesso em: 08.abr.2018

HABERMAS, Jurgen. **Pensamento pós-metafísico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

HABERMAS, Jurgen. **Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social**. Volume I. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 38ed. São Paulo: Cortez, 2013.

LIMA, Camila Ávila de. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado em saúde mental**: contribuições e perspectivas para o serviço social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social na área de saúde: uma relação histórica. **Intervenção Social**, n. 28, p. 09-18, 2014. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181> Acesso em: 06.abr.2018

MATOS, Robson Kleber de Souza et al. Projeto Terapêutico Singular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). **Revista Intercâmbio**, v. 9, p. 111-130, 2017. Disponível em: <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/163/183> Acesso em: 07.abr.2018

MELLO, Rita Melo de, SCHNEIDER, Jacó Fernando. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):226-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a03v32n2.pdf> Acesso em: 06.abr.2018

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf> Acesso em: 06.abr.2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835> Acesso em: 04.abr.2018.

MOTOOKA, Fernanda Resende; RODRIGUES, Alexandra Arnold. Os processos de institucionalização da diferença versus o problema da identidade. **Caderno PAIC**, v. 16, n. 1, p. 555-570, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2017.v26n1/183-195> Acesso em: 07.abr.2018

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037). Acesso em: 23 set.2017.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional: contribuições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 313-352.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 12ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 2006.

MORROW, Raymond Allen; TORRES, Carlos Alberto. Jürgen Habermas, Paulo Freire e a pedagogia crítica: novas orientações para a educação comparada. **Educação, Sociedade & Culturas**, v. 10, p. 123-155, 1998. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC10/10-6-morrow.pdf>. Acesso em: 23 set.2017.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 4, 2006. Disponível em: <http://cpihts.com/PDF03/jose%20paulo%20netto.pdf>. Acesso em: 23 set.2017.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 680, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08> Acesso em: 01.abr.2018

NISIIDE, Ana Carolina Becker. **O protagonismo familiar de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Toledo – PR**. Monografia (Pós Graduação Strictu Sensu em Serviço Social). Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Toledo: 2016. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/2002>. Acesso em: 23 set.2017.

OSOWSKI, Cecília Irene. Linguagem. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Ed.). **Dicionário Paulo Freire**. Autêntica, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Editora FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4063/406341772004/>. Acesso em: 23 set.2017.

PANOZZO, Vanessa Maria. **O trabalho dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Porto Alegre**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2009. Disponível em: <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5147/1/000420066-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 23 set.2017

PIMENTA, Eliane de Souza; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Pesquisas e práticas psicossociais**, São João Del Rey, v. 3, n. 1, p. 75-84, 2008. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Roberta\\_Romagnoli2/publication/242700536\\_Acesso](https://www.researchgate.net/profile/Roberta_Romagnoli2/publication/242700536_Acesso) em: 23 set.2017

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, p. 255-62, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/integralidade.pdf>. Acesso em: 23 set.2017

PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araujo de. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. In: **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2007a. Disponível em: <http://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Raz%C3%B5es-P%C3%ABlicas-para-a-Integralidade-em-Sa%C3%BAde-o-cuidado-como-valor.pdf> Acesso em: 10.set.2018.

PITANO, Sandro de Castro. **Jürgen Habermas, Paulo Freire e a crítica à cidadania como horizonte educacional: uma proposta de revivificação da Educação Popular ancorada no conceito de sujeito social**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/14844>. Acesso em: 23 set 2017.

RACHELE, Márcia Helena Titton. A ação comunicativa no serviço social. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas**.v.3, n.1, jan/jun,2014. Faculdade FISUL. Garibaldi-RS. Disponível em: <https://revista.fisul.edu.br/index.php/revista/article/view/20> Acesso 27 fev.2018.

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de saúde mental**: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. 2005. Dissertação Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (Pós Graduação Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5675>. Acesso em: 23 set.2017

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco; DE SOUSA, Mayara Ceará. **Reflexões sobre os desafios da interdisciplinaridade nas políticas de saúde mental**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis do Maranhão: UFMA, 2015.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**. n. 102, p. 339-351, 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. 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, Nilson Carlos da. **IX Seminário Nacional Diálogos com Paulo Freire**: contribuições à práxis educativa na contemporaneidade, 2015, Igrejinha - RS. Disponível em: <https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/rosa.pdf> Acesso em 18.jun.2017.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço**: técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, Quintila Garcia; SILVA, Glauber Weder dos Santos; SOBREIRA, Maura Vanessa Silva; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. jan./mar 2016. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2016/r83740.php>. Acesso em: 23 set.2017.

SANTOS, José Luis Guedes et all. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Revista Anna Nery**. Jul/set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300201&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300201&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 23 set.2017.

SMEHA, Luciane Najar. Aspectos epistemológicos subjacentes à escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 260-268, 2009.

SILVA, Priscila Soares. **A intervenção do assistente social na saúde mental**: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora – MG. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

STAMM, Maristela; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 2, n. 2, p. 161-168, 2003.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSK, Agnes. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033294017/> Acesso em: 01.abr.2018

SILVA, Marlise Vinagre. Ética, direitos humanos e o projeto ético-político do serviço social. **VERMELHA Estudos de Política**, p. 196, 2004. Disponível em: [http://www.cress-es.org.br/site/images/art\\_marlise\\_vinagre.pdf](http://www.cress-es.org.br/site/images/art_marlise_vinagre.pdf) Acesso em: 06.abr.2018

TIBURI, Márcia. **Como conversar com um fascista**. 8ed. Rio de Janeiro: Record, 2016.

TUON, Regina Esther de Araujo Celeguim. **A inserção e atuação do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas CAPSad**. 2011. 88p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/17508/1/Regina%20Esther%20de%20Araujo%20Celeguim%20Tuon.pdf>. Acesso em: 23set.2017

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31896>. Acesso em: 23 set.2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201701/20170123-160926-001.pdf>. Acesso em: 23 set.2017

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência**, v. 32, p. 173-206, 2007. Disponível em: [http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET\\_32/CAP%202012\\_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%202012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf). Acesso em: 23 set.2017

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

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.



## APÊNDICES

## APÊNDICE 01

### ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Pesquisadora Principal:** Mestranda Priscila Schacht Cardozo

**Pesquisadora orientadora:** Dra. Fabiane Ferraz

**Dados participantes:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codínome para identificação na pesquisa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_\_\_\_

Local de realização da entrevista: \_\_\_\_\_

Horário entrevista - Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

**Caracterização do participante:**

1. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

2. Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

3. Idade (anos): \_\_\_\_\_

4. Formação:

( ) Ensino superior completo Curso: \_\_\_\_\_

Ano formação: \_\_\_\_\_ Universidade: \_\_\_\_\_

( ) Pós graduação Lato sensu ( ) Concluída – Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento

Área: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado ( ) Concluído – Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento

Área \_\_\_\_\_

( ) Doutorado ( ) Concluído – Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento

Área \_\_\_\_\_

5. Há quanto tempo atua como assistente social? \_\_\_\_\_

( ) Menos de 1 ano ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos

( ) 4 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 10 anos ( ) + de 10

6. Há quanto tempo atua como Assistente social em CAPS? \_\_\_\_\_

( ) Até 6 meses ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos

( ) 4 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 10 anos ( ) + de 10

7. Outras experiências profissionais? ( ) Sim ( ) Não

Onde? \_\_\_\_\_

**Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:**

1. Conte como você desenvolve seu processo de trabalho junto aos familiares do CAPS. (dê um ou mais exemplos das suas ações junto a essas pessoas).
  - a. Que ações, princípios e valores você considera que estabelece nessa relação?
  - b. Como você estabelece o diálogo com os familiares?
  - c. Quais os instrumentos/ações você desenvolve com os familiares?
  - d. Como você percebe o resultado das suas intervenções?
2. A partir de suas vivências, quais facilidades e dificuldades você encontra na sua relação com os familiares?
  - a. Como você reconhece a biografia das famílias que você acompanha?
  - b. Relate a sua percepção sobre o modo como a família cuidava do usuário antes de ingressarem no CAPS e como passaram a cuidar a partir do momento que começaram a participar deste serviço.
  - c. Na sua opinião, qual lugar a família ocupa no CAPS e na reabilitação psicossocial dos usuários ou usuárias? Como você estabelece relação/vínculo com essas pessoas?
3. Descreva como você percebe a função da assistente social junto ao CAPS.
  - a. Como você percebe as atividades de educação e cuidado relacionadas ao seu processo de trabalho?
  - b. De que forma acontece a interlocução com outros setores da saúde, da educação, da assistência social, etc...?
4. Comente como você se sente desenvolvendo suas atividades em relação a equipe com que você trabalha.
  - a. Há algum aspecto da sua rotina de trabalho que poderia ser diferente?
5. Para você o que é saúde mental?
6. O que você entende por Reforma Psiquiátrica?
7. Qual o seu conceito de família?
8. Deixe comentários, críticas e sugestões que você vivencia e que possa promover melhorias no seu processo de trabalho no CAPS.
9. Indique outra assistente social que você conheça que tenha experiência no trabalho em CAPS.

## APÊNDICE 02

## GUIA DE OBSERVAÇÃO DIRETA

Participantes: \_\_\_\_\_

Data da atividade: \_\_\_/\_\_\_/2017

Horário atividade: Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

- ( ) Atendimento individual à familiar
- ( ) Visita Domiciliar
- ( ) Realização de grupos com familiares
- ( ) Reunião de equipe

Atividade	Nota descritiva, aspectos objetivos	Nota reflexiva, aspectos subjetivos
<b>Cenário:</b> - Estrutura do espaço de atuação do assistente social - Atores participantes - Organização/ disposição do ambiente - Disposição dos atores		
<b>Relação estabelecida:</b> - Interação entre as pessoas envolvidas (respeito, acolhimento, afetividade, postura, atitudes, gestos e conhecimento) - Relação da A.S com o familiar e vice-versa - Relação A.S com a equipe		
<b>Problematização e Práxis:</b> -A.S considera a horizontalidade nos diálogos como fator importante para fortalecimento dos vínculos com os familiares? - A.S. concebe o cuidado como um direito? - A.S. utiliza referencial teórico metodológico antimanicomial na abordagem familiar? - A.S compreende o agir educativo-comunicativo na sua prática profissional?		

### APÊNDICE 03

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Título da Pesquisa:** AGIR EDUCATIVO-CUIDATIVO NA RELAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS COM FAMILIARES EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Objetivo Geral:** Analisar como se estabelece o agir educativo-comunicativo na relação das assistentes sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial

**Período da coleta de dados:** 01/10/2017 a 15/12/2017

**Tempo estimado para cada coleta:** estamos prevendo realizar de duas a três horas de observação direta em cada cenário de atuação. Bem como, o tempo de duração das entrevistas está previsto para 1 hora.

**Local da coleta:** as entrevistas individuais serão realizadas no local a ser indicado por você, como participante da pesquisa. As observações serão realizadas nos CAPS, tanto nos atendimentos realizados no serviço como em espaços externos tais como em visitas domiciliares.

**Pesquisador/Orientador:** Dra. Fabiane Ferraz      **Telefone:** (48) 98833-3243

**Pesquisador/Acadêmico:** mestranda Priscila Schacht Cardozo

**Telefone:** (48)991683114

**Cursando Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC.**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente a pesquisadora responsável ou à pessoa que está efetuando a coleta dos dados. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o(a) senhor(a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pelas Resoluções nºs 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), podendo o(a) senhor(a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

#### DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O desenho da pesquisa que ora apresentamos caracteriza-se como um estudo de caso múltiplo holístico, com abordagem qualitativa. As combinações quanto a dias e horários da entrevista individual e observação em seu contexto de trabalho serão pré-agendadas e definidas por você, enquanto participante. Para a realização das entrevistas, pedimos autorização para o uso gravador digital a fim de que possamos transcrever as mesmas. Contudo, estamos assegurado a(o) senhor(a) o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejar que algo não seja registrado. As transcrições serão apresentadas a(o) senhor(a) para sua validação antes da análise.

**RISCOS**

Os riscos serão mínimos, visto que os participantes responderão a uma entrevista individual e serão observados em suas ações cotidianas no ambiente de trabalho (CAPS). Para a entrevista, será garantido um local reservado, de modo que outras pessoas não ouçam, sendo que o participante pode sentir-se à vontade para desistir a qualquer momento da entrevista. A fim de amenizar o risco da perda de confiabilidade dos dados, a pesquisadora se compromete em manter a privacidade da identidade dos participantes e dos municípios que participaram da pesquisa e utilizar os dados somente para fins da pesquisa.

**BENEFÍCIOS**

Sobre os benefícios, ao aceitar fazer parte desta pesquisa, os participantes estarão colaborando para a análise de como se estabelece o agir educativo-comunicativo na relação das assistentes sociais com familiares no processo de trabalho desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, a qual trará resultados importantes para a reflexão da importância das ações estabelecidas pela assistência social junto a família no cuidado em saúde mental.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

**Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.**

**ASSINATURAS**

<b>Voluntário/Participante</b>	<b>Pesquisador Responsável</b>
<hr/> <b>Assinatura</b>	<hr/> <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<b>Nome:</b> Fabiane Ferraz <b>CPF:</b> 951.924.330-53

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**ANEXOS**

## ANEXO 1



### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

**Parecer nº:** 2.305.031

**CAAE:** 77157917.3.0000.0119

**Pesquisador (a) Responsável:** Fabiane Ferraz

**Pesquisador (a):** PRISCILA SCHACHT CARDOZO

**Título:** “AGIR EDUCATIVO-CUIDATIVO NA RELAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS COM FAMILIARES EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 29 de setembro de 2017.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP