



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA HARYANA DOS SANTOS VASCONCELOS
SHELYDHA JANINE CARNEIRO DE OLIVEIRA

SAÚDE MENTAL E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO

MACEIÓ-AL
2023

MARIA HARYANA DOS SANTOS VASCONCELOS
SHELYDHA JANINE CARNEIRO DE OLIVEIRA

**SAÚDE MENTAL E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Serviço
Social da Universidade Federal de
Alagoas, como requisito para obtenção de
título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Ma. Sandra Barros Lima.

Maceió-AL
2023

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

V331s Vasconcelos, Maria Haryana dos Santos.
Saúde mental e a importância da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico / Maria Haryana dos Santos Vasconcelos, Shelydha Janine Carneiro de Oliveira. – 2023.

58 f. : il.

Orientadora: Sandra Barros Lima.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social: bacharelado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 52-58.

1. Saúde mental. 2. Família. 3. Serviço social. I. Oliveira, Shelydha Janine Carneiro de. II. Título.

CDU: 364.442.2:613.86

Folha de Aprovação

**MARIA HARYANA DOS SANTOS VASCONCELOS
SHELYDHA JANINE CARNEIRO DE OLIVEIRA**

**SAÚDE MENTAL E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Serviço
Social da Universidade Federal de
Alagoas, como requisito para obtenção de
título de Bacharel em Relações Públicas,
no dia 04/12/2023.

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Maria Sandra Barros Lima
(Faculdade de Serviço Social (FSSO/UFAL))

Examinadora Interna: Profa. Dra. Márcia Iara Costa da Silva
(Faculdade de Serviço Social (FSSO/UFAL))

Examinador Externo: Kallyne Albuquerque Nascimento Santos
(Assistente social, mestranda (PPGSS/FSSO/UFAL))

AGRADECIMENTOS

Nos sentimos lisonjeadas em poder concluir o curso de Serviço Social na Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e, apesar das adversidades vividas ao longo desses anos, sentimos que todo o nosso esforço valeu a pena. Cada professor que lecionou suas disciplinas, cada curso do qual participamos com o objetivo de adquirir conhecimento nos moldou enquanto seres humanos e futuras assistentes sociais.

Gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão à Deus, às nossas famílias e aos nossos amigos, cujo apoio inabalável foi essencial durante toda a jornada acadêmica e a elaboração deste trabalho.

Reservamos nossos agradecimentos à Deus, primeiramente, pela oportunidade de estarmos aqui e pelo fato de que, mesmo com as pedras no caminho, Ele nunca nos abandonou e sempre ouviu as nossas orações.

Às nossas famílias, por seu amor, paciência e compreensão constante. Vocês foram nossas fontes de inspiração e motivação, tornando possível superar os desafios acadêmicos com determinação.

Aos nossos amigos, que compartilharam conosco risos, conselhos e encorajamento ao longo dessa trajetória. Seu apoio significou muito para nós, tornando cada passo mais leve e significativo.

Este trabalho é dedicado a todos vocês, que estiveram ao nosso lado, incentivando-nos nos momentos difíceis e celebrando conosco cada conquistas. Vocês são parte integrante deste êxito, por isso expressamos nosso mais sincero agradecimento.

À nossa orientadora, Sandra Barros, que compartilhou todo o seu conhecimento e nos orientou e corrigiu quando necessário, que nos acompanhou em toda a construção desse trabalho, gratidão.

Somos gratas a cada professora que tivemos a oportunidade de ter contato e adquirir conhecimento e que, apesar das dificuldades de trabalho em uma universidade pública, sempre desempenharam com maestria seu papel, compartilhando experiências profissionais e sendo responsáveis por formar grandes profissionais, que mesmo durante esse grande período de pandemia, se esforçaram e se reinventaram para lecionar suas aulas.

Nosso muito obrigada.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objeto a saúde mental e algumas de suas determinações sócio-históricas, bem como a importância do acolhimento familiar nesse processo de sofrimento psíquico. Entende-se que a análise deste tema constitui-se de relevância social, demonstrando o papel fundamental do/da profissional de Serviço Social inserido/a nesta área. Ademais, são apontadas as políticas públicas implementadas no Brasil a fim de melhorar o tratamento e os cuidados nessa esfera, visando um melhor processo de inclusão social desses indivíduos. Para produção desta monografia foram realizadas pesquisas bibliográficas, por meio da análise de livros, revistas e artigos científicos que versam sobre o tema aqui exposto, com o intuito de trazer os elementos necessários para respaldar o estudo desenvolvido. Com isso, espera-se que a pesquisa possa contribuir no processo de formação profissional, como subsídio para profissionais de Serviço Social e interessados na temática.

Palavras-chave: saúde mental; família; Serviço Social.

ABSTRACT

This Course Completion Work has as its object of study mental health and some of its socio-historical determinations, as well as the importance of family support in this process of psychological suffering. We understand that the analysis of this topic is socially relevant, demonstrating the fundamental role of the Social Service professional in this area. Furthermore, innovative public policies in Brazil are highlighted in order to improve treatment and care in this sphere, promoting a better process of social inclusion for these individuals. For the production of this monograph, bibliographical research was carried out, through the immanent analysis of books, magazines and scientific articles that deal with the topic exposed here, with the aim of bringing the necessary elements to support the study developed. With this, we hope that this research can contribute to the professional training process, as a support for Social Service professionals and subjects in this area.

Keywords: mental health; family; social work.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Sistematização das dificuldades enfrentadas pelas famílias com familiar com doença mental 44

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COI	Centros de Orientação Infantil
COI	Centros de Orientação Juvenil
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HEPR	Hospital Escola Portugal Ramalho
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
MS	Ministério da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PL	Projeto de Lei
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PT-MG	Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SP	São Paulo
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SRT	Serviços de Residências Terapêuticas
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UAS	Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

- 1 INTRODUÇÃO9**
- 2 A CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL12**
 - 2.1 Bases históricas da saúde mental12**
 - 2.2 A dimensão da saúde mental no Brasil26**
- 3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E A INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA39**
 - 3.1 Saúde mental e família39**
 - 3.2 Serviço Social e sua intervenção na família em saúde mental47**
- 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS50**
- REFERÊNCIAS52**

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho parte de observações acerca do processo de adoecimento mental. O despertar de nosso interesse pelo tema da Saúde Mental teve origem no estágio supervisionado no Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), ambiente no qual vivenciamos de perto a complexidade das questões relacionadas aos transtornos mentais, testemunhando a importância de abordagens humanizadas e integrativas no cuidado aos pacientes.

O contato direto com profissionais comprometidos e dedicados, assim como a interação com os próprios pacientes e suas famílias, ampliaram nossa compreensão sobre a importância do suporte social no processo de recuperação. Essa experiência revelou a necessidade urgente das especificidades do Serviço Social no âmbito da saúde mental, considerando não apenas a dimensão clínica, mas também os aspectos sociais, familiares e comunitários que influenciam a jornada de cada indivíduo.

A pesquisa bibliográfica realizada a partir das práticas de intervenção, os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental e a resiliência demonstrada pelos pacientes contribuíram significativamente para o nosso interesse, motivando-nos a aprofundar nossos conhecimentos na área. Diante desse cenário, percebemos a relevância de explorar e compreender os diversos elementos que compõem o cuidado em saúde mental, desde a atuação clínica até as políticas públicas que impactam a vida daqueles que enfrentam transtornos psiquiátricos.

Desde tempos muito remotos e até hoje, pessoas em sofrimento psíquico sofrem com os estigmas que lhes são atribuídos pela sociedade, e as consequências desse pensamento arcaico — enraizado no senso comum e que é popularmente disseminado — impactam diretamente a qualidade de vida desses sujeitos, uma vez que afetam seu tratamento adequado, tendo em vista o fato de que tal discriminação se torna tão incapacitante quanto sua própria condição de saúde.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo discutir sobre saúde mental e a importância da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Aborda a dimensão da saúde mental no Brasil, enfatizando a importância da família no acompanhamento e cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, bem como move uma análise sobre o controle social das políticas de saúde mental e a organização política de seus usuários e familiares.

A produção desta monografia esteve assentada na realização de pesquisas bibliográfica, utilizando a análise de livros, revistas e artigos científicos que versam sobre o tema problematizado no trabalho, e documental, a fim de desenvolver e explicar a evolução histórica da saúde mental e da família.

A pesquisa bibliográfica foi embasada, principalmente, nas produções de Foucault (1978), Amarante (2011), Saraceno (2004) e Bisneto (2011), dentre outros. Na pesquisa documental, utilizamos conteúdos em consonância com a temática, a saber: a Política de Saúde Mental, a Legislação de Saúde Mental e os Documentos do Ministério da Saúde (MS).

Entender o surgimento da Saúde Mental no Brasil impõe a necessidade de reconstruir alguns fatos históricos, pois modos de isolar os indesejáveis já estavam sendo articulados no país, considerando o longo período no qual os loucos gozavam de restrita liberdade e ajuda esporádica da caridade pública, desde que não fossem violentos.

Historicamente, a loucura foi caracterizada pelo processo de institucionalização. A base da exclusão se efetivou e materializou com a criação dos hospícios.

A exposição dos conteúdos neste trabalho se estrutura da seguinte forma: a primeira seção aborda a contextualização sócio-histórica da saúde mental, de forma a explicar as bases da Psiquiatria e a realidade da saúde mental no Brasil, além da importância da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Nesta seção analisamos ainda a saúde mental, as lutas e conquistas a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que redirecionou o modelo de assistência do país.

A segunda seção discute a importância da intervenção familiar no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, juntamente com a atuação do Serviço Social, no intuito de avaliar as necessidades familiares, oferecer suporte emocional e articular recursos externos.

O engajamento ativo de usuários, familiares, profissionais de saúde e gestores é vital para a construção de um cenário mais eficiente na garantia de direitos na atenção à saúde mental, refletindo a contínua busca por práticas que respeitem a diversidade de experiências e promovam a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Desejamos que o estudo ora apresentado possa contribuir com o entendimento das relações familiares, buscando possibilidades de promoção de ações que garantam o exercício da reinserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico.

2 A CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL

Esta seção traz a relação intrínseca entre a contextualização sócio-histórica da saúde mental e a evolução das concepções sobre o sofrimento psíquico ao longo do tempo. Desde os primórdios da civilização, as manifestações de transtornos mentais foram interpretadas de maneiras diversas, muitas vezes permeadas por mitos e estigmas.

A trajetória histórica demonstra a transição de abordagens centradas em crenças religiosas e supersticiosas para os primeiros passos rumo a uma compreensão mais científica no século XIX. A emergência da Psiquiatria como disciplina nos tratamentos reflete essas mudanças paradigmáticas, lançando luz sobre o caminho percorrido até as atuais políticas de saúde mental.

Na presente seção analisamos ainda o cenário brasileiro e a trajetória da saúde mental, que reflete nuances peculiares. Ao longo do século XX, observou-se a predominância de abordagens asilares e segregacionistas com a criação de grandes hospitais psiquiátricos. Contudo, a partir da década de 1980, o país experimentou significativa mudança com a implementação da Reforma Psiquiátrica. Essa transformação, inspirada nos movimentos antimanicomiais internacionais, buscou descentralizar o cuidado, promover a inclusão social e redimensionar o papel das instituições na atenção à saúde mental. O debate sobre a desinstitucionalização ganhou espaço, evidenciando a necessidade de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também os sociais, culturais e políticos relacionados à saúde mental.

2.1 Bases históricas da saúde mental

O significado de loucura vem mudando gradativamente conforme as crenças e ideologias seguidas pela sociedade e pelo conhecimento acumulado do ser. As pessoas em sofrimento psíquico são excluídas e marginalizadas desde os primórdios da organização social. Neste dado momento histórico, tais indivíduos eram considerados seres interligados com forças sobrenaturais e malignas, devido a sua condição psíquica. No curso do processo histórico, a reclusão e o isolamento social de loucos se apresentaram de inúmeras formas.

Durante a Antiguidade Grega, “os loucos” — assim chamados à época — eram considerados seres escolhidos pelos deuses, já que não havia explicação biológica,

pois o homem não possuía conhecimento sobre a Psicologia e os problemas neuropsiquiátricos; desse modo, toda anormalidade da natureza humana era, portanto, diretamente ligada a forças sobrenaturais, sendo explicadas como resultado do presente processo de possessão.

Os Romanos, assim como os Gregos, compartilhavam da assertiva de que o louco era um ser castigado ou abençoado pelos deuses. Entretanto, alguns dos pensadores Romanos começaram a questionar o poder oculto que atingia esse grupo, de maneira que os mesmos perdiam a razão, não respondendo mais por si.

Segundo Foucault (1978), durante a Idade Média Clássica os loucos eram escorraçados das cidades pela população, sob o julgamento de que tinham uma existência facilmente errante, que dificilmente conseguiriam viver em sociedade, deixando os mesmos à mercê da civilização. Eram então levados em barcos — os chamados *Nau dos Loucos* — para outras cidades que ficavam nesse ciclo; caso eles incomodassem na nova cidade, eram novamente escorraçados, de modo que isso ocorreu até o Renascimento e foi um verdadeiro “projeto de limpeza social” das cidades, que já estavam tendo visibilidade, tornando necessária a exclusão.

Ainda de acordo com Foucault (1978), algumas cidades, a exemplo de Nuremberg, na Alemanha, acolheram muitos loucos e não eram lugares de peregrinação. Os sujeitos eram alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não lhes era oferecido nenhum tipo de tratamento, sendo os loucos simplesmente abandonados na prisão, normalmente compreendidos como indivíduos que perturbavam.

Durante a Idade Média foram construídos hospitais — que se caracterizavam mais como prisões — para internar as pessoas consideradas loucas, contudo, essas instituições não ofereciam nenhum tratamento, servindo apenas como depósito de indesejáveis pela sociedade. Alguns desses hospitais eram os antigos leprosários, construídos durante o surto de Lepra; como esta doença já tinha sido curada, os hospitais passaram então a marginalizar outro grupo social (os loucos), de forma a reforçar a exclusão deste.

Pessotti (1996) afirma que, já no século XII, Bartolomeu Salerno defendia a colocação do paciente insano de mente em um lugar imune às influências nocivas do ambiente cotidiano. Neste momento foi concretizada uma relação entre doença e deficiência/pecado/caridade, eivada de contradições e ambiguidades.

Há indícios de que entre as diversas pessoas sacrificadas pela Inquisição católica, havia loucos e deficientes apontados como praticantes de heresias, pois eram tidos como possuidores de forças malignas.

Dessa maneira, todo o indivíduo que não estivesse em consonância com a doutrina da Igreja Católica e que, segundo o julgamento desta, detivesse poderes “anormais” ou conduta estranha, era tido como “instrumento” demoníaco e proibido de frequentar a instituição católica. Nessa época, era considerada uma doutrina demonista da loucura, já que o indivíduo tido como louco era exposto a rituais de exorcismo, como forma de expulsar os maus espíritos para só então ser considerado “normal” e apto para viver em sociedade (Silva; Pereira; Monteiro, 2006).

A loucura passou a ser relacionada com a faculdade da alma e da mente durante o século XVIII, período no qual surgiu o conceito de alienação mental¹.

A loucura é então entendida como uma doença natural, assim como todas as outras, e apesar de grandes avanços, o louco continua sendo sinônimo de risco e periculosidade, sendo visto como socialmente anormal, já que o consideram como agente da desordem social.

O Hospital Geral de Paris foi fundado no início do século XVII, mais precisamente em 1656, inicialmente como instituição de caridade que passou a abrigar pobres e mendigos de todos os sexos e idades que deambulavam pelas cidades francesas.

No século XVII, os hospícios se proliferaram e a loucura afastou-se da abordagem da “possessão” para centrar-se na razão. Neste contexto, o internamento dos indivíduos considerados loucos estava direcionado à violação das normas sociais. Tem-se, portanto, o recolhimento desses indivíduos tanto pelos hospícios como pelos hospitais gerais. O doente, o pobre e o prisioneiro que aí se lançava eram sempre vistos como um pecador atingido por Deus, que, antes de qualquer coisa, devia expiar sua culpa e sofria tratamentos cruéis (Castel, 1978).

Com o advento da indústria na sociedade civil, foi possível perceber que a quantidade de pessoas que não exerciam uma função social crescia a cada dia, multiplicando cada vez mais o número de mendigos, “desocupados” e “vagabundos”

¹ Pinel considerava a alienação mental como qualquer outra doença orgânica, por concebê-la como distúrbio das funções intelectuais (funções superiores do sistema nervoso) sem a constatação de inflamação ou lesão estrutural.

nas ruas, grupos entre os quais também o dos loucos. Uma das medidas tomadas foi o internamento dessas pessoas em *casas de correção e de trabalho*, nos hospitais gerais. Em muitas dessas instituições não era oferecido tratamento adequado, mas castigos como forma de punição do pecado da ociosidade.

As internações hospitalares eram comandadas pelas autoridades reais e judiciárias, de modo que o diretor da instituição tinha um poder que transpassava toda a população e não apenas aqueles já internados no hospital. O hospital geral era:

Uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. [...] Soberania absoluta, jurisdição sem apelação, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão (Amarante, 2011, p. 24).

Após a Revolução Francesa (1789), o hospital começa a passar por uma grande transformação, assumindo funções sociais e políticas. Os médicos começam a atuar nessas instituições assumindo essas demandas com o objetivo de humanização, transformando-o em uma instituição médica.

A Revolução trouxe consigo o lema de “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, os espaços sociais são então democratizados, com os hospitais tendo passado por grandes e significativas mudanças. Inicialmente, diversos internos foram soltos, pois eram mantidos presos pelo autoritarismo do Antigo Regime (Monarquia). Apesar dessa evolução, o Estado Republicano criou outras instituições assistenciais — como os reformatórios, casas de correção, orfanatos, entre outras (Amarante, 2011, p. 24-25).

É durante o século XVIII, com o Alienismo — que considera os instintos, e inclusive a primazia das paixões desregradadas como causas do processo de enlouquecimento — que se instala uma forma hegemônica e universal acerca dos problemas mentais, sintetizada na internação em instituições psiquiátricas de todos aqueles indivíduos que não estivessem em consonância com a ordem da razão, da moral e preceito disciplinar da sociedade.

Phillipe Pinel (1745-1826) iniciou a medicalização no Hospital Geral de Paris, foi o diretor do Hospital de Bicêtre por volta dos anos 1793 e logo após no La Salpêtrière, sendo considerado o pai da Psiquiatria. Designado diretor de Bicêtre em

1793, aos 48 anos, Pinel percebeu que nada servia para o tratamento da loucura, o sistema cruel de reclusão e contenção existente em Bicêtre.

A decisão de retirar as cordas, correias, algemas e correntes que prendiam os loucos obedecia não apenas ao ímpeto redentor da Revolução Francesa e seu ideário, mas à preocupação rigorosamente médica com a necessidade de diagnóstico e tratamento corretos da loucura, que deveria ser cuidada no intuito do restabelecimento da razão, pela observação dos casos em seu estado natural, sem distorções impostas pelo desconforto e pela violência cruel das administrações dos hospícios (Pessotti, 1996, p. 163).

Phillipe Pinel destaca que o principal fundamento de seu processo terapêutico era o 'tratamento moral', o princípio do 'isolamento social' é um de seus pilares que, na contemporaneidade, ainda pode ser vista na prática psiquiátrica. Afirmou ainda que "[...] se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo" (Amarante, 2011, p. 29).

Todavia, Pinel não se utilizava do termo *doença mental* e sim *alienação mental*. Segundo Amarante (2011, p. 30), alienação mental pode ser conceituada como "[...] distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de conferir a realidade". O termo *alienação mental* traz conjuntamente a ideia de periculosidade, entendendo que o louco pode perder a razão a qualquer momento, quando se torna uma ameaça para a sociedade, trazendo consigo o sentimento de medo e discriminação para com as pessoas consideradas loucas.

Naquela época acreditava-se que a internação do indivíduo permitiria estudar a alienação de forma adequada. O hospital deveria transformar-se em um ambiente de tratamento. No modelo pineliano, o tratamento moral era uma forma de correção do adoecimento, com o objetivo de reeducar sua mente.

Dessa maneira, Amarante (2011, p.33) cita João Pinheiro Silva, um alienista brasileiro do século XX que acreditava que os asilos de alienados eram semelhantes às instituições de educação, pois ambos tinham como objetivo reparar as condutas inadequadas. É a utilização da disciplina institucional.

Com o desenvolvimento capitalista, Pinel considera o trabalho como agente importante para a sociedade, então o caracteriza como uma forma terapêutica para o alienado, sendo uma maneira de reintegrá-lo e de reparar as condutas inadequadas

e as mentes “vazias”. O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade (Amarante, 2007, p. 33).

No século XVIII, quando desacorrenta os loucos, Pinel fornece uma ideia de que finalmente seriam libertos. Contudo, estavam livres apenas das correntes, mas ainda institucionalizados; e mesmo que o hospital tivesse passado por uma metamorfose em sua estrutura, seria ainda uma instituição de tratamento, com os loucos ainda julgados por algo que não tinha explicação científica.

No início do século XX, em Viena, foram realizadas as primeiras experiências com dramatizações, o “Teatro da Espontaneidade” e, mais tarde, o “Teatro Terapêutico”. O psicólogo Jacob Moreno (1889-1974) trabalhava com essa modalidade. Modalidades que puseram as bases para a estruturação das Técnicas Psicodramáticas, inicialmente realizadas nas ruas, valorizando as experiências das comunidades.

Posteriormente, Moreno criou a terapia em grupo, promovendo contribuições significativas ao estudo dos grupos e no âmbito da sociometria.

Ao interpretar a linguagem das neuroses e psicoses, Sigmund Freud inaugurou uma alternativa aos manicômios, enquanto estes prolongaram, ao longo do século XX, a vocação experimental para aplicação de métodos como o eletrochoque, a lobotomia e os neurolépticos.

A sociedade passou a ter consciência da realidade insalubre dos hospícios após a Segunda Guerra Mundial, conseqüentemente percebendo as condições precárias nas quais os internos viviam, a maneira como eram negligenciados e que suas condições foram comparadas as dos campos de concentração, sem dignidade humana, nem respeito aos Direitos Humanos.

Diversas terapias alternativas causaram rupturas nos tratamentos ortodoxos e utilizados em hospícios em todo o mundo, o que acabou resultando na Antipsiquiatria, defendida por Ronald Laing e David Cooper na Inglaterra, e por Franco Basaglia na Itália, a partir dos anos 1960.

Precursor do movimento conhecido como Psiquiatria Democrática, Basaglia denunciou a perversa configuração do poder no asilo tradicional.

Amarante (2011, p. 41) divide essas reformas em 'dois grupos mais um'². O primeiro engloba a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, no qual suas ideias centrais são os pontos de que o fracasso do hospital estava assentado na gestão sob a qual era conduzido, considerando que para solucionar o problema seria necessário promover as mudanças na instituição a nível do aprimoramento das relações interpessoais.

A Comunidade Terapêutica na Inglaterra foi criada pelo médico Maxwell Jones, ao final da década de 1950. Ele organizava grupos de discussão e grupos operativos que envolviam significativamente os internos em seu tratamento e os impulsionava a participarem de maneira ativa nas atividades propostas. Para ele, a função terapêutica do tratamento era obrigação de todos — tanto de pacientes quanto de funcionários e familiares. Jones também promovia reuniões para debater assuntos voltados à instituição, analisando a atuação da equipe técnica, buscando minimizar o estado de abandono dos pacientes e especialmente sobre a violência.

A partir da Comunidade Terapêutica, nota-se um longo contexto de reformas institucionais que lutaram pela democratização das relações interpessoais,

Referindo-se à estruturação das Comunidades Terapêuticas da Inglaterra:

[...] seus princípios gerais incluem vivências grupais, ressocialização, criação de uma atmosfera terapêutica e um trabalho ativo sobre as relações entre os pacientes e dos pacientes com a equipe terapêutica. Para tanto, utilizaram-se técnicas de terapia individual, visando o reforço da autonomia individual dos pacientes. Isto conduziu à introdução e grande ampliação dos trabalhos de grupo no interior dos hospitais: grupos operativos, recreativos, artísticos e grupos terapêuticos propriamente ditos (Teixeira, 1993, p.112-113).

A Psicoterapia Institucional tem traços muito parecidos com a Comunidade Terapêutica, experiência ocorrida durante o Pós-Guerra na França. François Tosquelles (1912-1994) foi o líder dessa experiência de psiquiatria reformada e seu trabalho iniciou no Hospital de Saint-Alban, resgatando a ideia de trabalho terapêutico, pois oferecia a oportunidade de os internos participarem e assumirem responsabilidades (Amarante, 2011, p. 44).

Dentre as experiências de Tosquelles, houve a criação do Clube Terapêutico no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, composto por internos e funcionários que

² Refere-se à classificação proposta pelo autor para analisar as reformas no campo da saúde mental. A expressão "dois grupos mais um" sugere que Amarante identifica duas categorias principais de reformas, mas também destaca um terceiro elemento, possivelmente uma abordagem ou perspectiva adicional (Amarante, 2011).

impulsionaram a realização de encontros, festas, feiras de mercadorias dos internos, entre outras programações. Era proposta ainda a realização de oficinas de trabalho e arte com bases nas literaturas psicanalíticas, visando uma redefinição da dinâmica psíquica. Um de seus objetivos era o de que todos os indivíduos desempenhassem uma função terapêutica no hospital e, assim, compusessem uma mesma comunidade; posteriormente questionariam e lutariam contra a violência institucional, já tão normalizada.

O segundo grupo aludido por Amarante é composto pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que também é conhecida como Saúde Mental Comunitária. Essas experiências acreditavam que o modelo hospitalar estava ultrapassado e precisava ser desconstruído aos poucos, propondo a construção de serviços assistenciais (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, entre outros).

O médico psiquiatra francês Lucien Bonnafé (1912-2003), que inspirou a Psiquiatria de Setor, dividiu o hospital em setores que correspondiam a uma parte da comunidade, como forma dos internos manterem seus costumes e hábitos: aqueles pacientes de uma certa região ficariam numa mesma enfermaria, tendo a possibilidade de mantê-los em contato também após a alta hospitalar, juntamente com o acompanhamento daquela mesma equipe técnica, evitando que o paciente fosse reincidente em suas internações.

A Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Psiquiatria Comunitária, foi desenvolvida por Gerald Caplan, nos Estados Unidos da América (EUA), durante o governo Kennedy. Uma pesquisa durante os anos de 1955 mostrou as degradantes condições dos hospitais psiquiátricos dos EUA e visibilizou a forma precária de tratamento recebido pelos pacientes, além da violência e dos maus-tratos que sofriam nas instituições de todo o País (Amarante, 2011, p. 47).

Em fevereiro de 1963, o Presidente Kennedy anunciou um decreto, durante seu discurso histórico, promovendo mudanças na área de saúde mental e atualizando a política de assistência psiquiátrica dos EUA, prevendo que seus objetivos passariam a ser a redução das doenças mentais nas comunidades e proporcionar o estado de saúde mental delas. Nesse período, os EUA passavam por um momento conturbado, historicamente falando, sendo alguns dos acontecimentos motores de tal conturbação a Guerra do Vietnã e o alto índice de jovens usuários de drogas e formação de gangues.

Para Caplan era possível prevenir as doenças mentais, caso precocemente diagnosticadas, a partir do entendimento de que se igualavam à desordem e à indisciplina, havendo, portanto, possibilidade de prevenção e erradicação desses males da sociedade.

Caplan trouxe da medicina preventiva para a psiquiatria a ideia de tratamento precoce e que segundo, dividia-se em três fases:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (Birman; Costa, 1998, p. 54, *apud* Amarante, 2011, p. 49).

Os dois autores citam ainda o surgimento de um conceito de 'crise', advindo de noções de 'adaptação e desadaptação social', construídos a partir da Sociologia, ampliando as ideias da Psiquiatria e indo além da doença mental, historicamente construída.

Essas crises são divididas em:

- 1) Evolutivas: são aquelas que estão ligadas aos processos normais de desenvolvimento físico, emocional ou social, não existindo um padrão estabelecido, ela se dá durante a passagem de um ciclo para o outro da vida, seria um período transitório e que o indivíduo perderia suas características e não conseguiria adquirir uma nova organização. Dessa forma, levaria o indivíduo a perda de controle dos conflitos gerados e o levaria à doença mental.
- 2) Acidentais: ocorrem quando o indivíduo passa por um processo emocional doloroso, desemprego, fim de relacionamento, falecimento de uma pessoa próxima, entre outras situações. Assim, provocando uma crise e possibilitando o desenvolvimento de alguma doença mental, esse então seria um período estratégico para se fazer uso do método de prevenção (Birman; Costa, 1998, *apud* Amarante, 2011).

Foi a partir do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva se caracterizou como saúde mental comunitária, partindo do pressuposto das estratégias utilizadas no trabalho de base comunitária, no qual as equipes assumiram o papel de consultores comunitários, com o objetivo de identificar e intervir nas crises individuais, sociais e familiares.

O 'desvio' foi também um dos conceitos essenciais para a Psiquiatria Preventiva, sendo sinônimo de comportamento anormal e que não estava em consonância com harmonia, sendo considerado uma anormalidade.

Amarante (2011) destaca que foi durante o desenvolvimento da Psiquiatria Preventiva que surgiu a ideia de desinstitucionalização integrante das principais diretrizes da saúde mental nos Estados Unidos.

Pelo termo *desinstitucionalização* era entendido um grupo de normas para a desospitalização, a saber: a redução de internamentos nos hospitais psiquiátricos e/ou a possibilidade de reduzir o período de internação dos pacientes, além da promoção de altas hospitalares e acolhimento nas comunidades, por meio da utilização de estratégias comunitárias.

Dessa forma, Amarante destaca que tal avanço possibilitou a criação de centros de saúde mental, hospitais-dia, hospitais-noite, lares abrigados e leitos em hospitais gerais, dentre outros. O foco era o fim dos hospitais psiquiátricos, podendo diagnosticar as doenças mentais, previamente em parceria com os serviços comunitários de saúde mental, que cada vez mais adquiriam experiência no tratamento extra-hospitalar.

Entretanto, apesar de significativos avanços dos serviços ofertados e das estratégias de desospitalização e desinstitucionalização, houve uma crescente procura pelos serviços de psiquiatria nos EUA, procura que não se resumiu aos novos serviços extra-hospitalares, mas voltava-se aos hospitais psiquiátricos, possibilitada com a auxílio dos serviços comunitários, já captadores e responsáveis por encaminhar os indivíduos novamente para os hospitais psiquiátricos, visando outra vez o lucro (Amarante, 2011).

O 'outro' grupo, como define Amarante (2011), engloba a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática; ele acredita que não se pode considerar reformas no sentido estrito do termo, pois elas iniciaram o rompimento com a Psiquiatria tradicional.

A Antipsiquiatria surge no final dos anos 1950, entretanto, sua maior visibilidade foi durante os anos 1960, na Inglaterra. Seus principais precursores foram Ronald Laing (1927-1989) e David Cooper (1931-1986), que inicialmente implementaram as experiências da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Institucional nos hospitais, mas perceberam sua falta de eficácia. Começaram então a analisar que os pacientes, além de sofrerem com a repressão nas instituições psiquiátricas, também eram alvo de violência na sociedade e em suas próprias famílias (Amarante, 2011, p. 52).

Posteriormente, a Antipsiquiatria ficou conhecida e vinculada aos movimentos contestatórios e anti-institucionais dos anos 1960 do século XX. Entretanto, o termo Antipsiquiatria foi escolhido de modo a romper com a Psiquiatria tradicional e demonstrar que a experiência patológica não se desenvolve no indivíduo como corpo ou mente doente, mas nas relações impostas entre ele e a sociedade em que vive.

Para a Antipsiquiatria, o termo *doença mental* era inexistente como um objeto natural que a Psiquiatria considera; para ela, seria então a experiência entre o indivíduo e o ambiente social do qual faz parte. O tratamento terapêutico para a doença mental não mais existiria, já que o conceito de doença mental era cada vez mais excluído. A proposta agora seria propiciar que o indivíduo pudesse sentir sua experiência individual e que ela seria a forma terapêutica, como o mesmo aprendendo a lidar e se recompor internamente. A função do terapeuta seria oferecer suporte ao indivíduo para superação desse processo de conhecimento, que seria uma figura de proteção até mesmo da violência psiquiátrica (Amarante, 2011, p. 53-54).

O movimento da Antipsiquiatria nasceu junto à grande corrente de contestação cultural e política dos anos 1960, tendo como ponto estratégico críticas ao objeto, às teorias e aos métodos da Psiquiatria e da Psicopatologia, proporcionando uma profunda revolução nesse campo.

No período de 1962 a 1966 inicia-se um trabalho independente em uma ala denominada “Pavilhão21”, com clientela que não havia sido tratada em nenhuma ocasião anterior, seguindo uma nova forma de comunidade terapêutica. Organizavam reuniões que buscavam subverter a hierarquia e disciplina hospitalares, a fim de quebrar possíveis resistências às mudanças (Soares, 1997, p.8).

O principal fundador da Psiquiatria Democrática foi Franco Basaglia (1924-1980), médico psiquiatra italiano que ao se deparar com a situação na qual os pacientes do hospital psiquiátrico estavam inseridos percebeu a necessidade da mudança do tratamento a eles oferecido.

No início dos anos 1960 do século XX, Basaglia assume a direção de um dos maiores manicômios italianos, o Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, situado no extremo norte da Itália. Ao entrar na instituição, ficou impressionado com as condições estabelecidas na unidade hospitalar.

Em uma de suas visitas ao Brasil, Basaglia caracterizou os hospitais psiquiátricos como campos de concentração, já que os pacientes estavam apenas acumulados, sem nenhum tipo de cuidado e/ou tratamento que realmente se

preocupasse com sua melhora; funcionava apenas um depósito de pessoas que não tinham para onde ir, pois eram sinônimo de desordem e periculosidade para a sociedade e foram abandonados pela sua família (Amarante, 2010, p. 65).

Inicialmente, Basaglia tentou implementar as ideias de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, com o objetivo de tornar o hospital psiquiátrico funcional, sinônimo de um tratamento efetivo e visando a reabilitação dos pacientes. Entretanto, ele começou a perceber que o hospital — enquanto instituição psiquiátrica — jamais poderia mudar suas características e que não havia a possibilidade de combatê-las com ações administrativas ou de humanização (Amarante, 2010).

Basaglia fica tão abalado com a situação do hospital que começa uma pesquisa para conhecer as experiências de Reforma Psiquiátrica em outros países — como as experiências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional —, no intuito de aplicá-las em Gorizia. Entretanto, a realidade institucional não é uma das mais propícias, ao somarem-se as já fracassadas experiências vividas em outros países, o que impulsiona Basaglia à uma reflexão mais profunda acerca das possibilidades de reformas asilares naquele momento. O atraso em iniciar as reformas psiquiátricas na Itália tornou possível a reflexão sobre as experiências passadas, podendo então ampliar suas ideias (Amarante, 2010, p. 67).

Erving Goffman realizou crítica acirrada às instituições e ao modelo teórico da Psiquiatria em seus estudos. Discorreu, em seu livro *Asylums*, sobre o asilo psiquiátrico aproximando-o aos espaços de controle e violência e definindo-os como “instituições totais”.

Foi durante os anos 1970 que Basaglia, juntamente com a equipe de profissionais que atuou em Gorizia, começou uma nova experiência em Trieste, na Itália. Experiência esta que foi a mais rica e original, pondo transformações radicais na psiquiatria contemporânea, marcando a História.

Ao passo que os pavilhões e enfermarias começaram a ser fechados em Trieste, novos serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial foram criados. Os serviços substitutivos eram entendidos como um conjunto de medidas que tinham como objetivo a substituição das instituições psiquiátricas tradicionais, que não se enquadram como um paliativo ou alternativa ao fechamento delas (Amarante, 2011, p. 56).

Na trajetória da construção do Pensamento Basagliano com relação à desinstitucionalização, algumas premissas e práticas foram apontadas para uma melhor compreensão desse conceito:

- a) A luta contra a institucionalização enquanto práticas multidisciplinares mult institucionais, capilares, estendidas e exercidas por múltiplos espaços sociais;
- b) A luta contra a tecnificação referente à não substituição por outros saberes científicos sobre a doença, criando assim novas ideologias para justificar novas intervenções;
- c) A invenção e constituição de uma relação de contrato social, que refere à substituição da relação de tutela;
- d) A consciência das transformações advindas das práticas efetivas de luta nos campos sociais e políticos (Amarante, 2010).

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional foram de fundamental importância para o fechamento do hospital psiquiátrico de Gorizia, pois Basaglia se utilizou das estratégias provisórias desses modelos para o desmonte da estrutura manicomial. Quando as assembleias, os clubes para internos, a mobilização dos atores sociais — fossem eles pacientes, família, equipe técnica — começaram a ser utilizadas como estratégias, ele percebe que dessa maneira conseguiriam construir as bases e possibilidades para a superação do modelo antimanicomial.

A luta de Basaglia foi na realidade uma luta política para estabelecer a voz dos internados em instituições psiquiátricas e reconhecer o seu conhecimento (Foucault, 1979).

A desinstitucionalização na tradição basagliana trata da ruptura dos paradigmas que fundamentam a institucionalização psiquiátrica.

[...] é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e medidas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (Roteli; Leonardis; Mauri, 2001, *apud* França; Lessa, 2015, p. 20).

Por intermédio da Lei Basagliana, a pessoa com adoecimento mental começa a ser percebida em sua complexidade.

O Movimento de Usuários de Serviços de Saúde Mental na Europa do Norte e nos EUA vem se organizando há algumas décadas, assumindo perfil e estratégia políticos que podemos chamar de autonomista; no auge da emergência de outros

movimentos sociais, tivemos na Holanda e na Inglaterra, posteriormente na Itália e na Alemanha. A partir dos anos de 1980, houve um significativo processo de expansão e lutas pelos direitos dos usuários, surgiram vários tipos de grupos e associações: só de usuários, dominados por usuários e mistos — com usuários, familiares e profissionais. Buscavam especialmente evitar formas tradicionais de relações de liderança e hierarquia.

A maioria dos grupos visavam os seguintes objetivos:

- Mudar as políticas, serviços, legislação, cultura profissional e cultura mais ampla relacionada à doença e à saúde mental.
- Construir grupos e serviços próprios e ou dirigidos por usuários e ex-usuários, tais como clubes, grupos de autoajuda e suporte mútuo, defesa de direitos e sociabilidade, Centros de Atenção Diária, Serviços Residenciais e Serviços para Usuários em Crise (Vasconcelos, 2000).

Ainda sobre as características dos países latino-americanos em relação ao movimento de usuários, são elas:

- Dependência pessoal é reconhecida, e os elementos de autonomia e independência não são valorizados;
- Políticas Sociais segmentadas, com forte perfil de desigualdade entre as classes;
- Os profissionais da área de saúde e saúde mental tendem a ter uma cultura terapêutica muito acentuada, enfatiza o papel do profissional no tratamento;
- Os serviços de atenção psicossocial intensiva são mais recentes em nosso país (Vasconcelos, 2000).

Historicamente na América Latina, o lugar físico dos hospícios, o ambiente tem como característica básica ser um lugar fechado, isolado do exterior, verdadeiros “pátios-currais” (Moffatt, 1982).

É importante destacar que na América Latina a saúde mental teve algumas experiências alternativas mais locais que foram efetivas, como exemplo destacamos a experiência da Colônia Peña Carlos Gardel, em Buenos Aires, Argentina. Surgiram, muitas vezes, como iniciativa dos Movimentos sociais de bairros, inclusive de ações solidárias coletivas em momentos de dificuldade financeira (Vasconcelos, 1985).

Foi uma instituição controladora-repressora, a instituição de um processo adaptativo, ou seja, um modelo de pensamento que dita as pautas e determina o pensar e o atuar “normais”, justificando, a partir daí, a punição dos desvios.

As Psicoterapias Populares surgem contrapostas a esse cenário de repressão e empobrecimento dos países latino-americanos, inicialmente com o surgimento de Psicoterapias de base pagã (não-cristãs).

A partir dos anos de 1960 surgem as Psicoterapias Científicas (técnicas europeu-norte-americanas e experiências comunitárias na Argentina).

A Comunidade Peña funcionava nos fundos do Hospital Borda (Hospício Argentino), sendo considerada um “depósito psicológico da loucura”. Neste contexto Alfredo Moffatt iniciou seu trabalho, cujo objetivo precípua foi combater todas as formas de repressão mental (Moffatt, 1982).

A Comunidade começou a funcionar no início dos anos 1970, em torno de uma grande árvore que era semanalmente decorada com símbolos escolhidos coletivamente; existiam os seguintes grupos: “Mateada”, grupos de trabalho e de aprendizagem (Universidade Operária).

A estrutura comunitária era determinada por uma integração de modelos comunitários de resgate do popular. Era uma espécie de baile rural com guitarra e canto, com passado, atividades de romaria e teatro, com fogões de tomadores de mate e costumes de bar, um verdadeiro resgate da cultura negada/oprimida (Moffatt, 1982).

Existia ainda a assembleia comunitária, onde eram trabalhados os problemas da comunidade e se elaborava o que ocorreria durante o dia, para estimular o processo de reflexão coletiva. Era um trabalho de (re)tradução semântica e estrutural da vivência das técnicas urbanas de psicoterapia.

2.2 A dimensão da saúde mental no Brasil

No Brasil, a loucura é registrada desde os primeiros séculos da Colonização. O Hospício Pedro II, fundado em 1852 pelo imperador Dom Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, reproduzia atividades similares às instituições francesas. Este foi o primeiro hospício do Brasil e o segundo da América Latina; seu slogan era “Aos loucos, o Hospício”. Foi graças à manifestação da classe médica que esse feito pôde obter êxito, mas passou a dividir a opinião da sociedade, compondo grandes críticas e denúncias ao tratamento que era oferecido pelas Santas Casas de Misericórdia (Silveira, 2020).

Antes da construção do hospício, os loucos perambulavam pelas cidades ou eram detidos em cadeias, dependendo das condições de sua família, tinham a oportunidade de se tratar em outros países.

No entanto, com o advento do Hospício Pedro II, as práticas terapêuticas da recém-criada ciência psiquiátrica passam a constituir um Modelo Asilar, respaldado pelo tratamento moral de Pinel e Esquirol, cujos estudos começam a ser introduzidos no tratamento dos alienados. Estes passam a ser vistos como doentes que precisam de tratamento, isolamento e repressão, por serem tidos como risco à sociedade (Menezes, 2012). É importante pontuar que trata-se de todo um processo centrado no quesito periculosidade dos indivíduos considerados loucos³.

Foi a partir do século XIX que os médicos passaram a dirigir o hospício, e foi com a Proclamação da República que o então Hospício Nacional dos Alienados começou a ser comandado pelo Estado e não mais pela Santa Casa de Misericórdia, como anteriormente.

No fim do século XIX, aos poucos, os loucos que passeavam livre pelas ruas iam sendo confinados nos manicômios e submetidos a tratamentos radicais, o preconceito e a discriminação; em vários sentidos, estiveram intrinsecamente ligados à institucionalização da insanidade em diversos períodos.

O psiquiatra e deputado Teixeira Brandão foi o primeiro diretor do Hospício Nacional dos Alienados e o primeiro diretor Médico-Legal a Alienados do Brasil; considerado o Pinel brasileiro, era um árduo defensor do modelo de medicalização da instituição, tendo sido o responsável pela primeira Lei dos Alienados, em meados dos anos 1886 (Oliveira, 2020).

Durante a Proclamação da República, o Hospício se encontrava sob regimento religioso disciplinar e não médico que tratava indivíduos acometidos de doença mental. É neste período que se inicia um processo de formação de Hospitais-Colônias.

No século XIX, as colônias agrícolas foram criadas para receber os alienados indigentes, que poderiam ser por ela explorados, bem como por outras indústrias. Localizavam-se na Ilha do Governador, sendo elas: São Bento e Conde de Mesquita — buscando sua independência, utilizavam-se da mão-de-obra dos pacientes para o cultivo das terras anteriormente pertencentes aos barões de Mesquita e de Itacuruçá

³ O Hospital Pedro II ficou popularmente conhecido como o “Palácio dos Loucos”, por apresentar estrutura luxuosa, sendo construído numa chácara distante do centro da cidade do Rio de Janeiro.

(Amarante, 2011). Neste período foi criado o Hospital de Barbacena, local onde ocorreram atrocidades com os pacientes.

O Hospital Colônia de Barbacena reproduzia a ideologia da exclusão, privação de liberdade, assim:

[...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental, apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos, a teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o Hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vida não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 25-26).

Waldemar de Almeida foi um dos alienistas brasileiros do século XX que defendeu as colônias de alienados, acreditando que o trabalho era 'o meio terapêutico mais precioso', influenciando assim “[...] a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio.’” (Amarante, 2011, p. 39). É também todo um processo baseado no modelo pineliano, onde trabalho, disciplina e moral são os elementos constitutivos.

A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, foi uma organização significativa e que desempenhou papel crucial no desenvolvimento de políticas de saúde mental no Brasil. No entanto, é importante situar a atuação dos primeiros profissionais de Serviço Social nesse contexto, considerando a influência da busca por uma "raça pura", através da eugenia, e como o fazer profissional se voltou a esse foco, resultando intervenções baseadas em preceitos eugenistas, moralizantes e de culpabilização do indivíduo.

No início do século XX, a eugenia estava em vigência em muitos países, incluindo o Brasil. Ao buscar promover a saúde mental da população, a Liga Brasileira de Higiene Mental, também refletiu a influência dessas ideias. A busca por uma "raça pura" era frequentemente associada à visão distorcida de saúde e bem-estar, na qual certos grupos eram considerados superiores e outros inferiores, levando às práticas discriminatórias. Conforme Guimarães (2013), “[...] o Movimento Higienista surge com intuito de buscar melhores atendimentos nos hospitais e asilos psiquiátricos, ampliando seu enfoque para a prevenção e a higienização mental na sociedade da época” (p. 3).

Juliano Moreira foi um Psiquiatra baiano e diretor da Assistência Médico-Legal de Alienados durante quase trinta anos, período no qual foram criadas várias colônias Brasil à fora e que foi ainda mais radical durante a gestão de Adauto Botelho. Entre as décadas de 1940 e 1955, as colônias alcançaram grande dimensão, tanto que a Colônia de Juquery, em São Paulo (SP), alcançou a marca de 16 mil internos em sua instituição (Amarante, 2011, p. 40). É todo um trabalho centrado na institucionalização.

Foi o psiquiatra Juliano Moreira que efetivou a implantação de fundamentos teóricos, práticos e institucionais, objetivando um sistema psiquiátrico ordenado. Embora a Psiquiatria venha sendo estudada desde o século XIX, somente foi reconhecida como especialidade médica autônoma no século seguinte. Neste momento, houve um grande aumento da criação de instituições psiquiátricas por todo Brasil. É a assertiva da necessária institucionalização da loucura.

A partir disso, o modelo psiquiátrico busca expandir-se do ponto em que é responsável por determinar o modelo aceitável de comportamento para o indivíduo considerado insano em sociedade. Com isso, o Movimento Eugenista passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a Psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social, que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de 'normalidade' (Amarante, 1994, apud Albuquerque, 2015, p. 33).

É importante apontar que na década de 1930, a Psiquiatria destacou-se com uma postura de prevenção, cuja ideologia esteve firmada na perspectiva higienista e da eugenia, que buscava fortalecer a "Higienização" do País.

Em 1934 foi promulgada a segunda lei federal de assistência aos doentes mentais, por meio do Decreto n. 24.559/34, que dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e proteção dos psicopatas e fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 1934). Destaca a importância das medidas de Higiene Social.

O século XX, marcado pela Segunda Guerra Mundial, propicia o surgimento de mudanças no cenário de interesses da sociedade burguesa e, conseqüentemente, ocorre um rebatimento na área de saúde mental. É o início do processo centrado no tratamento humanizado.

Na década de 1940 surgiram as Oficinas Expressivas, em Engenho de Dentro, propostas pela psiquiatra alagoana Nise da Silveira (1905-1999), com objetivo de restaurar o aspecto terapêutico dos hospitais psiquiátricos.

A psiquiatra Nise da Silveira implantou uma Oficina de 'Terapêutica Ocupacional' que permitiu aos pacientes exteriorizarem seus sentimentos através da arte, favorecendo a organização do caos inicial e a estruturação da personalidade. Essa psiquiatra defendeu o uso da ocupação, como forma de tratamento e negou-se a utilizar os psicotrópicos e neurolépticos da época (Lima, 2013, p.31).

A Dra. Nise da Silveira substituiu os tratamentos tradicionais e centrados no modelo hospitalocêntrico por um trabalho baseado na primazia da produção/expressão artística do paciente para efetivação da análise do inconsciente. Foi pioneira nos princípios da Terapia Ocupacional (TO).

Ainda

Em 1952, Nise da Silveira fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro, que objetivava promover a exposição de pinturas de pacientes esquizofrênicos. Em 1956, criou a Casa das Palmeiras, uma clínica destinada à reabilitação de antigos pacientes de hospitais psiquiátricos, onde foram desenvolvidas atividades artísticas, visando à reintegração do paciente à vida em sociedade (Lima, 2013, p. 32).

Foi um processo de inovação clínica na forma de pensar e agir no tratamento da loucura que privilegia a humanização.

No Brasil, a Terapia Familiar sistêmica destaca a importância do comportamento comunicacional. É uma terapia que tende a compreender os problemas em termos de sistema de interação entre os membros de uma família. Desse modo, os relacionamentos familiares são considerados fator determinante para a saúde mental e os problemas familiares são vistos como resultados de interações sistêmicas. Em suas premissas, carrega um conteúdo de culpabilização da família pelo adoecimento mental. A família torna-se problemática quando as relações familiares cristalizam um padrão interativo que impossibilita mudanças, e conseqüentemente, novos comportamentos.

Nos anos de 1960, a Psiquiatria Pública começa a declinar devido à expansão da Psiquiatria Privada — é a mercantilização da loucura. É fundamental destacar que até a década de 1970, predominou no Brasil a Psiquiatria sob regime da Ditadura Militar (sob pressão e isolamento), no qual o foco principal era a doença mental como fonte de lucro e não o indivíduo com o adoecimento mental (Duque, 2020).

Neste período foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política privatizante de assistência psiquiátrica; denúncias, inclusive, de maus-tratos sofridos pelos portadores de transtornos mentais.

A partir do final dos anos de 1970 e início de 1980, ocorreu o surgimento de movimentos em prol de uma melhor assistência aos pacientes psiquiátricos.

Ainda na década de 1970, surgiu a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Mesquita; Novelino; Cavalcante, 2010).

No ano de 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)⁴, que reúne reivindicações trabalhistas e propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Segundo Amarante (1994), o objetivo do MTSM, em sua constituição, foi o de ser um espaço de luta não institucional, estimulando debates, encaminhando propostas de transformação, aglutinando informações e organizando eventos. Ele foi o primeiro movimento em saúde a reunir trabalhadores do setor, associações de classes e entidades e setores mais amplos da sociedade, com efetiva participação popular, “[...] não sendo identificado como movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (Amarante, 1995, p. 57).

A partir desta iniciativa surgem críticas acirradas à Psiquiatria tradicional, centrada na institucionalização. O MTSM tinha como objetivo a democratização da loucura.

Nos primeiros anos da década de 1980, os espaços públicos de poder e tomada de decisão passam a ser ocupados pelo Movimento de Reforma Sanitária, com o objetivo de introduzir mudanças no sistema de saúde, o que influenciou significativamente no surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica, buscando uma saúde mental na perspectiva Antimanicomial, com primazia do respeito aos Direitos Humanos.

Na década de 1980 houve um avanço na Reforma Psiquiátrica Brasileira — por exemplo, em 1986 ocorre a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e em 1987, ano de realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, os quais são de grande contribuição para o princípio do Movimento de Desinstitucionalização (Lima, 2013). O que valoriza a descentralização do modelo de atendimento, que determina a estruturação de

⁴ Movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longos históricos de internações psiquiátricas, surge neste ano.

serviços acompanhados de acolhimento genuíno e do convívio social de seus usuários.

A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde brasileiras, que tiveram marco teórico e político na XVIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

É importante lembrar que o cenário das instituições psiquiátricas no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 era alarmante. Os hospitais psiquiátricos eram frequentemente superlotados, com pacientes submetidos a condições desumanas, isolamento social e tratamentos agressivos. A ausência de tratamentos efetivos e a violação dos direitos humanos caracterizam esse sistema. Era necessária a experiência de mudança de paradigma no tratamento psiquiátrico.

Conforme citado, movimentos sociais e intelectuais influenciados por experiências internacionais começaram a questionar e denunciar essa realidade. Iniciativas como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o surgimento de abordagens mais humanizadas e comunitárias no cuidado psiquiátrico abriram caminho para uma reavaliação do sistema.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, na cidade de Bauru/SP, é um momento histórico na trajetória da saúde mental no Brasil. Nessa época, o país ainda vivenciava um cenário de predominância do modelo hospitalocêntrico, onde os hospitais psiquiátricos eram a principal forma de tratamento para pessoas com transtornos mentais.

Foi a partir desta conferência que se iniciou a trajetória de desconstrução do cotidiano das instituições e da sociedade, em relação às formas inadequadas de lidar com a loucura, trazendo à tona a necessidade urgente de priorizar uma visão mais humanizada e comunitária da saúde mental.

Além disso, teve como principal objetivo reunir ampla gama de *stakeholders* — incluindo profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde mental, familiares e representantes da sociedade civil — para discutir a realidade da saúde mental no país e propor diretrizes de mudança. A presente conferência promoveu um ambiente de diálogo e debate em que diferentes perspectivas convergiram para a necessidade de uma reforma psiquiátrica (Jesus, 2023).

A partir das discussões e propostas apresentadas na conferência, foi possível articular a Reforma Psiquiátrica Brasileira, um movimento que transformou radicalmente o modelo de atenção em saúde mental no país. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e serviços de atenção domiciliar foi um dos resultados concretos dessa transformação (Geremia, Almeida, 2021).

A I Conferência também contribuiu para reduzir o estigma em torno do adoecimento mental, promovendo a conscientização pública e a aceitação da diversidade de experiências humanas. Além disso, a ênfase na participação dos usuários e familiares é o legado da presente Conferência, é a luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

Ainda na década de 1980, os CAPS se tornaram serviços substitutivos imprescindíveis no processo de desinstitucionalização.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento deste serviço que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no País. A função do CAPS é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária às pessoas com transtornos mentais nos Municípios, evitando internações em Hospitais Psiquiátricos (Vasconcelos, 202, p. 25).

É importante destacar que a primeira fase da Reforma Psiquiátrica estabeleceu as bases para a construção de um novo paradigma de cuidado em saúde mental no Brasil. A criação dos CAPS e a valorização dos direitos dos pacientes representaram passos significativos em direção a um sistema mais humano, inclusivo e respeitoso das individualidades das pessoas com transtornos mentais. Essa fase lançou as bases para as etapas subsequentes da Reforma, que continuaram a moldar a abordagem à saúde mental no país (Sousa, 2023). É uma crítica ao paradigma manicomial.

Foi também esse o direcionamento do processo de revisão legislativa. Em 1989, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais (PT-MG), apresentou o Projeto de Lei (PL) n. 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 1992). O projeto possuía três artigos com o seguinte conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos

recursos públicos para criação de recursos não-manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado que, em seu lugar, aprovou, doze anos depois (2001), uma alteração muito mais tímida quanto à substituição asilar.

De autoria do senador Sebastião Rocha, o substitutivo era ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais, além da contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos nas regiões onde não exista estrutura assistencial.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1944, teve como tema o conceito de cidadania. Nesse sentido, efetivou o debate sobre gestão de ações de saúde mental que promovessem a inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental. O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), promoveu, entre os anos de 1995 e 2002, avanços significativos no campo da Reforma Psiquiátrica, com a implementação de políticas e ações que buscaram promover a inclusão social e a dignidade das pessoas com transtornos mentais. Algumas das principais iniciativas durante esse período foram: o Programa de Volta para Casa, (1995); o investimento na expansão dos CAPS; e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH).

O Programa de Volta para Casa tinha como objetivo oferecer auxílio à reabilitação psicossocial para pacientes com histórico de internação de longa permanência.

O PNASH foi criado em 1998 e reimplantado em 2001, como instrumento de apoio para concretização do processo de avaliar os serviços de saúde, inclusive de saúde mental.

Nos anos 1990 do século XX, ocorre a consolidação da Reforma Psiquiátrica:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos Governos Federal, Estadual e Municipal, nas Universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2005).

A Lei Federal n. 10.2016/2001 é conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e propiciou a visibilidade da necessidade de um novo paradigma na forma de olhar e tratar os indivíduos com problemas mentais. Essa lei exigiu nova forma de assistência à saúde mental, dispondo ainda sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros serviços/recursos assistenciais.

A referida Lei, em seu art. 4º, determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes [...] ao falar da possibilidade de internação do doente, caso os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, a Lei não está de maneira nenhuma referindo-se à internação hospitalar em Hospital de Psiquiatria, mas à internação em Hospitais Gerais (Áry, 2009, p.53).

Trata-se de um novo discurso que exige a extinção dos manicômios. É efetivamente o discurso democrático da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Lei Federal de 2001 privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos explícitos para a progressiva extinção dos manicômios.

Ainda em 2001, foi realizada em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, sob o tema “Cuidar sim, excluir não”. A presente Conferência consolida os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Assim, os CAPS, passaram a adquirir outra configuração devido as Portarias n. 224/82 e Portaria GM n. 336/2002, em consonância com as lutas dos movimentos e atores contra o paradigma manicomial, em 2001. Ademais, aprovou-se o PL n. 10.216 de 2001, que regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais graves, propondo enfoque mais humanitário a essas pessoas (Sant’anna; Brito, 2006).

Durante o segundo mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010), a Reforma Psiquiátrica no Brasil continuou a ser um foco importante das políticas de saúde mental. Houve esforços para fortalecer e expandir os serviços comunitários, promover a inclusão social e consolidar os princípios da Reforma. Aqui estão alguns aspectos relacionados a esse período:

- Expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Durante esse período, houve investimentos na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, com a abertura de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a consolidação de diferentes níveis de atenção.
- Desinstitucionalização Continuada: A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a busca por alternativas de tratamento comunitário foram continuados nesse período, reforçando a importância da desinstitucionalização.
- Inclusão Social: A promoção da inclusão social das pessoas com transtornos mentais continuou a ser um foco importante, com ações para aumentar a participação dessas pessoas na sociedade e no mercado de trabalho.
- Atenção Integral: A atenção integral à saúde mental foi reforçada, buscando abordar não apenas os aspectos clínicos, mas também as necessidades sociais e psicossociais dos indivíduos.
- Política Nacional de Humanização: A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) também impactou a reforma psiquiátrica, enfatizando a humanização no cuidado e a valorização das relações entre profissionais de saúde, usuários e familiares.
- Participação Social: A participação de usuários, familiares e profissionais na formulação e implementação das políticas de saúde mental continuou a ser incentivada (Brasil, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada em 2011 e contempla o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, buscando oferecer cuidados na perspectiva de atenção integral.

A RAPS é um componente do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo organizar e integrar os serviços de saúde mental no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria n. 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial e estabeleceu diretrizes para a organização da assistência em saúde mental no âmbito do SUS.

Os elementos constitutivos da RAPS, de acordo com a referida portaria, inclui: a RAPS, composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os CAPS; os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAS), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS IIIs).

Tais elementos buscam proporcionar uma assistência integral, com ênfase na inclusão social, na desinstitucionalização e na promoção da autonomia das pessoas com transtornos mentais. É importante ressaltar que a RAPS passou por atualizações e ajustes ao longo do tempo, e recomenda-se consultar documentos oficiais mais recentes do MS para informações atualizadas.

O Governo de Michel Temer (2016-2018) foi marcado por desafios econômicos e políticos, impactando diversas áreas de políticas públicas, incluindo a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica. A partir de 2016, iniciou-se o retrocesso da Reforma Psiquiátrica.

O governo de Jair Bolsonaro, que teve início em janeiro de 2019, trouxe algumas discussões e debates em relação à política de saúde mental e à reforma psiquiátrica no Brasil. É importante observar que as políticas de saúde mental e a implementação da Reforma Psiquiátrica podem ser influenciadas por fatores políticos, sociais e econômicos, e que a interpretação das ações do governo pode variar (Silva, 2019). Durante o referido governo foram incorporadas algumas questões, tais como:

- Posições Contrárias à Reforma Psiquiátrica: O presidente Jair Bolsonaro e alguns de seus apoiadores expressaram críticas à reforma psiquiátrica e ao fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, defendendo a manutenção dessas instituições.
- Declarações polêmicas: O presidente fez declarações polêmicas sobre a saúde mental, transtornos psiquiátricos e tratamentos, o que gerou debates sobre a compreensão e abordagem das questões de saúde mental no governo.
- Cortes Orçamentários: Houve preocupações sobre cortes orçamentários em programas de saúde mental, o que poderia impactar a expansão e manutenção da rede de atenção psicossocial.
- Apoio à Medicalização: Algumas ações e falas do governo foram interpretadas como um apoio à medicalização excessiva dos transtornos mentais, levantando discussões sobre a abordagem terapêutica adequada.
- Participação Social: Houve preocupações em relação à participação dos usuários dos serviços de saúde mental e suas famílias na tomada de decisões e na formulação de políticas durante esse período (Brasil, 2019).

É interessante destacar que em 2019, a Rede de Atenção Psicossocial passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção:

- Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades;
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- Unidade de acolhimento (adulto e infanto-juvenil);
- Enfermarias especializadas em Hospital Geral;
- Hospital Psiquiátrico;
- Hospital-Dia;
- Atenção Básica;
- Urgência e Emergência;
- Comunidades Terapêuticas;
- Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental (Unidades Ambulatoriais Especializadas) (Brasil, 2019).

No (des)governo de Bolsonaro houve uma série de retrocessos, dentre os quais o fato de o hospital psiquiátrico passar a ser um ponto de atenção, em como um retorno ao incentivo às internações psiquiátricas.

É importante pontuar que a partir da Resolução de 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de dezembro de 2017, que estabelece diretrizes complementares para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

[...] além do hospital psiquiátrico, esta resolução inclui na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica de atenção psicossocial. A restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2019, p.4).

Ainda:

Juntamente com a portaria 3.588 de 2017, a resolução 32 da CIT constitui a base de toda mudança na PNSM, pois, ao definir um novo modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior a reforma psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de características hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2019, p.4).

É importante destacar que a nova política nacional de saúde mental enfoca o necessário para instituições hospitalares especializadas e o incentivo às comunidades terapêuticas de caráter nitidamente moralizante, é a desconstrução do processo de desinstitucionalização.

[...]em 15 de agosto de 2018, a portaria MS N°2434 aumentou o financiamento justamente das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (Brasil,2018). O aumento do valor para internações de longa permanência é uma clara tentativa de legitimar a função de longa permanência hospitalar, amplamente questionada pela reforma psiquiátrica. Havia um consenso de que internações tão longas não tem função terapêutica, devendo ser transformada em outras formas de cuidado e de moradia, como retorno à família com suporte do CAPS, residência terapêutica, programa de volta pra casa, o mesmo abrigo com o apoio da RAPS. O financiamento com valor mais baixo para internações incentivava as equipes a procurarem outras formas de lidar com os casos, buscando outras saídas que não a institucionalização (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2019, p.17).

Em 2019, foi publicada a nota técnica de n°11./2019 materializando a “nova Política Nacional de Saúde Mental”. O conteúdo da presente nota técnica repudia a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e conseqüente a expansão na dimensão social ancorada no cuidado comunitário.

[...] o texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2019, p.17).

Em suma, a norma técnica teve como objetivo precípua o processo de desconstrução da democracia no âmbito da saúde mental.

É fundamental destacar que a partir de 2023 houve mudanças na área da saúde mental que resgata os direitos da pessoa em sofrimento psíquico. É o resgate da centralidade da liberdade como princípio terapêutico

É também um resgate da importância da família nos cuidados dos seus membros e na implantação de estratégias comunitárias enriquecendo o processo da reinserção social.

Ainda em 2023, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva lança a resolução nº487/2023 que define que a partir de agosto de 2023, os manicômios judiciais existentes no Brasil deverão suspender a entrada de novos pacientes em definitivo (Brasil,2019).

Para efetivação desta resolução 2023. é fundamental investimento em serviços residenciais terapêuticos, que foram incorporados pela rede de atenção psicossocial em 2016.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E A INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA

Esta seção discute a importância da família no contexto da saúde mental, transcendendo a mera unidade de apoio emocional, considerando a família um agente ativo no processo terapêutico, desempenhando papel fundamental na promoção da recuperação e na construção de uma rede de suporte. O entendimento da dinâmica familiar torna-se crucial para a adequada intervenção, sendo necessário considerar não apenas as demandas individuais do paciente, mas os impactos nas relações familiares e no controle social.

Além disso, discorre acerca da atuação do Serviço Social, que emerge como ferramenta essencial na intervenção familiar em saúde mental, desempenhando papel fundamental na avaliação das necessidades familiares, no fornecimento de suporte emocional e na articulação com recursos externos — na qual visa fortalecer os laços familiares e potencializar a rede de apoio.

3.1 Saúde mental e família

As políticas de saúde mental, assim como a Reforma Psiquiátrica, ocasionaram muitas mudanças nos serviços prestados à Psiquiatria no Brasil. Esses aspectos, como citam Alvez *et al.* (2018), buscam ofertar uma nova assistência, enfatizando a reinserção social e garantindo o acesso do público aos serviços de saúde mental, prezando sempre pelo respeito integral à liberdade, bem como aos direitos dos pacientes.

Ainda segundo os autores supracitados, tais fatores apresentam um de seus mais relevantes princípios — a desospitalização e desinstitucionalização, que pretendiam transformar as pessoas com transtornos mentais em sujeitos participantes em seus próprios tratamentos e aptos ao convívio social.

Parafraseando Borba *et al.* (2011), antes do advento das políticas na área da saúde mental, bem como da Reforma Psiquiátrica, havia a exclusão da família no tratamento de seus parentes, por serem julgadas produtoras do transtorno. Dado que o familiar doente era tido como aquele que portava todas as culpas, tendo que ser afastado dos julgados responsáveis por desencadear a doença. Assim sendo, restava aos familiares a não participação no tratamento e apenas o encaminhamento do parente à instituição, para que lá recebesse o tratamento adequado.

Importante registrar que, conforme Melman (2001), a Psiquiatria Moralizante fazia uma intervenção pedagógica nas famílias, estabelecendo comportamentos e modelos, na busca de criar uma moral que deveria ser seguida nas relações familiares.

E quando o indivíduo apresentava sinais de doença mental, a Psiquiatria Moralizante enfatizava a necessidade de separar o doente do ambiente familiar, com o mínimo contato possível com os demais parentes. O isolamento social era muito frequente no âmbito da instituição familiar.

Entre as justificativas para esse procedimento, sustentava-se, de um lado, a necessidade de 'proteger' a família da loucura. Tratava-se de prevenir as influências negativas com que os doentes mentais, símbolo da indisciplina e da desordem moral, pudessem contaminar os demais membros, principalmente os mais vulneráveis, como as crianças, os adolescentes e as mulheres jovens (Melman, 2001, p. 48).

Ainda:

Nessa linha de raciocínio, para sustentar sua hipótese sobre a influência negativa das relações familiares no desencadeamento e evolução dos transtornos mentais. Esquirol, o renomado psiquiatra dos primórdios da psiquiatria, relatava um grande número de casos de pacientes que permaneciam clinicamente bem quando estavam internados, bastando o retornar ao núcleo familiar para que o quadro se agravasse (Melman, 2001, p. 48).

Foi somente a partir do movimento advindo da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, dos novos serviços substitutivos, que o cenário mudou: houve uma importante transição nos espaços restritivos em que viviam as pessoas em sofrimento mental, sendo assim modificados para a reinserção social, contando com serviços de atenção à saúde mental que englobam a família.

A convivência com a família e o paciente com problemas promoveu mudanças relevantes no que diz respeito à dinâmica familiar, muitas vezes dificultando a boa convivência dos membros, resultando em dificuldades das quais se originam os entraves enfrentados nesse novo cenário, como apontam Conrado e Cândido (2014).

De acordo com os autores, na maioria das vezes a família não compreende o comportamento diferente, a inexistência de iniciativas, ambições, a dificuldade ao se comunicar e a desesperança do parente com adoecimento mental, o que gera angústia diante dos sintomas apresentados e o estigma ligado a essa doença, fazendo surgir mais desafios frente aos cuidados que devem ser prestados pela família.

A família muitas vezes serve como fonte primária de apoio emocional. Relações familiares saudáveis podem oferecer um ambiente seguro para expressar emoções, lidar com o estresse e enfrentar desafios. No entanto, dinâmicas familiares disfuncionais ou a falta de apoio podem contribuir para problemas de saúde mental. Pessoas em sofrimento psíquico apresentam problemas referentes aos sintomas, os quais interferem na sua qualidade de vida, independência, autonomia e ainda geram estigmas sociais associados à doença.

Esses estigmas são obstáculos presentes na vida de uma pessoa que sofre com transtorno mental — o que afeta desfavoravelmente o tratamento, impedindo a realização de metas, afetando, igualmente, sua qualidade de vida, tendo em vista que tal discriminação se torna tão incapacitante quanto a própria condição de saúde.

O suporte emocional oferecido pela família é inestimável. Em meio a desafios de saúde mental, ter membros da família que compreendem, escutam e oferecem cuidado é significativo. O simples ato de compartilhar sentimentos pode ser terapêutico, contribuindo para a redução do isolamento emocional, muitas vezes associado ao sofrimento psíquico.

É primordial o combate desse estigma — gerado pela sociedade e pelos profissionais da saúde — para que pessoas com transtorno mental vivam de forma independente e autônoma, tendo metas de vida, oportunidades de trabalho, dignidade e uma inclusão social devida, como qualquer outro indivíduo (Rocha *et al.*, 2015).

O cuidado integral é um importante pilar para a relação do paciente com sua família, pois visa a garantia dos direitos do paciente e a qualidade do serviço ofertado, tendo em vista que a humanização e valorização dos Direitos Humanos é importante e fundamental para a construção de vínculos entre pacientes, profissionais e familiares.

Além disso, a família desempenha papel ativo na busca por ajuda profissional. Ao incentivar a busca por tratamento, participar de consultas médicas e apoiar a adesão ao plano de tratamento, contribui diretamente para o processo de recuperação. O envolvimento ativo da família também pode servir como elemento motivador, encorajando a pessoa em sofrimento a persistir mesmo diante das dificuldades.

O serviço centrado na ética e na reinserção social torna-se essencial para o alcance da real habilitação social de indivíduos com transtornos mentais, os quais sofrem preconceitos em seu dia a dia, e de forma recorrente, quando expostos limitações a acessos e ambientes sociais dentro das comunidades; diante disso, ao ser realizada a escuta ativa, o acolhimento ao paciente e familiares, o cuidado humanizado, torna possível possibilitar uma inclusão social mais digna a esses indivíduos (Santos *et al.*, 2018).

É fundamental pontuar que a partir do ano de 1979, com a crise fiscal no primeiro mundo, a orientação das políticas públicas pelo ideário neoliberal e a diminuição do *Welfare State*, a família ganha outra visibilidade, naqueles países e no Brasil. Além de muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, vem sendo por elas desenvolvidas e, ao mesmo tempo, outras lhe são exercidas em virtude da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural, que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho. Nesse contexto, a família fica sobrecarregada pela crise econômica, portanto ocorre a necessidade de o Estado efetivar a manutenção dos serviços públicos de corte social.

Durante o processo de desinstitucionalização, e de acordo com a teoria basagliana, há uma mobilização de atores e recursos numa dimensão cultural imaterial, visando a criação de novos serviços substitutivos.

No século XXI, especificamente em outubro de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um relatório com o tema “nova concepção, nova esperança”, mostrando como as famílias que possuem membros com adoecimento mental devem proporcionar adequado suporte físico, material e emocional, além de arcar com o impacto negativo da discriminação presente no contexto social. É o destaque de que a família é fundamental na implementação do processo de inserção social.

Os familiares são corresponsáveis no processo e devem atuar como aliados do serviço de saúde mental, compartilhando os cuidados necessários e, por conseguinte, a gradual implementação do processo focado na autonomia e cidadania. É a inserção da família nos serviços substitutivos, e portanto, a necessária luta por melhores condições de assistência psiquiátrica.

O cuidado no contexto da saúde mental implica reconhecer a dignidade inerente a cada pessoa, independentemente de suas condições de saúde mental. Envolvendo a promoção de uma abordagem empática, acolhedora e não estigmatizante, permitindo que os usuários se sintam compreendidos e respeitados em sua jornada de recuperação.

Durante a assistência humanizada, a família também necessita de cuidados. Esses familiares, sejam de sangue ou não, constituem com um papel importante nesse processo e devem participar de discussões para se obter novas possibilidades de tratamento juntamente com a equipe de saúde, pois quando entende e assume responsabilidades os resultados são mais eficazes e satisfatórios (Giacomini *et al.*, 2022. p. 3).

A família é uma forte aliada, pois contribui no desenvolvimento de vínculos extremamente importantes para os momentos em que a pessoa em sofrimento psíquico se encontra mais frágil.

Com essa situação, os parentes acabam sentindo culpa, medo, preocupação, cansaço físico e mental; sentem-se frustrados ao saberem que os cuidados deverão ocorrer por tempo indeterminado, podendo resultar em prejuízos financeiros, físicos e emocionais para os familiares (Rotoli; Silva, 2020).

Tendo em vista tais dificuldades, a atuação dos profissionais da saúde torna-se fundamental na prestação do suporte necessário à família e ao portador do transtorno mental, propiciando esclarecimentos e sanando dúvidas, oportunizando a compreensão a respeito da situação e aprimorando estratégias que proporcionarão garantias de direitos.

Giacomini *et al.* (2022, p. 3) afirmam que a família deve ser parte inseparável no tratamento dos portadores de transtornos mentais, fazendo-se necessária a assistência dos profissionais da área da saúde mental, considerando a necessidade de cuidado e atenção. Conforme Bispo (2022), a família que não busca se envolver com o indivíduo doente contribui para que o seu desenvolvimento seja afetado; sob outra perspectiva, uma família efetivamente envolvida no tratamento de familiar portador de doença mental contribui para que este se sinta amparado, sabendo que terá alguém para dividir suas tristezas e angústias.

Giacomini *et al.* elaboraram um quadro para exemplificar as principais dificuldades expressadas pelos familiares, observe-o abaixo:

QUADRO 1 – Sistematização das dificuldades enfrentadas pelas famílias com familiar com doença mental

Código	Dificuldades enfrentadas pelos familiares
1	Os familiares relatam falta de tempo e espaços em que possam se cuidar, gerando desconforto frente à presença do sofrimento psíquico em suas vidas.
2	A família fica fragilizada, suas relações internas e externas ficam comprometidas, gerando sobrecarga física, emocional e financeira.
3	Ausência de suporte financeiro e psicológico para lidar com o doente mental, sobrecarga das pessoas envolvidas. Os mesmos acabam tendo que passar por uma readequação de sua estrutura uma vez que esse portador precisa de uma atenção e cuidados especiais o que gera um maior custo, tanto na estrutura com relação aos cuidados com o portador, quanto a como se portar diante deste portador.
4	Mudanças em suas rotinas, gastos financeiros, além dos orçamentos previstos, ocorrendo ainda grande desgaste físico e emocional no cuidado ao doente.
5	Os familiares sofrem profundos desgastes físicos e emocionais decorrentes do exercício do cuidar da pessoa com esquizofrenia e vivenciam significativos conflitos no convívio diário, comprometendo a qualidade de vida e o funcionamento social e psíquico daqueles que exercem o papel de cuidador.
7	Dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, com o isolamento social a que ficam sujeitos, as dificuldades materiais da vida cotidiana, as complexidades do relacionamento com esse familiar, a expectativa frustrada de cura ou o desconhecimento da doença propriamente dita.
8	Sobrecarga como signficante promotor de mal-estar, oriundos de residir com o sujeito com o transtorno mental, perdas financeiras devido ao abandono de emprego para cuidar do familiar falta de apoio do parceiro, percepção familiar negativa sobre o transtorno mental (vergonha, devido a preconceitos presentes no imaginário social sobre a loucura), falta de suporte social e baixo nível de informação dos familiares.
9	Quando há pouca participação de alguns membros da família no cuidado, a sobrecarga de outros membros aumenta, gerando prejuízos relacionados a internação e relação entre os familiares.
10	Complexidade do cuidado para o cuidador, pois este impacta a vida do familiar cuidador em diversos sentidos, financeiro, psicológico, físico e espiritual.
11	Dificuldades para aceitação da doença mental de seu familiar.

Fonte: Reproduzido de Giacomini *et al.* (2022).

No quadro os familiares afirmam dificuldades no cotidiano, apontando a falta de tempo e espaços para os cuidados necessários, o que gera desconforto frente à existência do sofrimento psíquico em seu dia a dia (podendo ser amenizado com a rede de cuidados), tendo em vista que momentos de compreensão e escuta do sofrimento familiar são indicados como formas de cuidado e acolhimento aos familiares.

Nesse sentido, embora os familiares passem por situações de cansaço, medo, preocupação, estresse e agressividade, resultando muitas vezes no estado de desgaste emocional e físico, estes estão em busca da aceitação e adaptação de seu familiar doente (Giacomini *et al.*, 2020).

Apontar a sobrecarga da família, a pouca cooperação de alguns familiares no cuidado sofrida por outros membros, o que gera prejuízos relacionados à internação e ao convívio com seus parentes. Sobrecarga está estabelecida como sensação de peso carregado pelos familiares por executarem o papel de cuidadores e, sobretudo, das dificuldades enfrentadas ao desempenharem tal papel cotidianamente.

Existe ainda, uma demanda de cuidado por parte do próprio familiar cuidador, já que este, nos casos estudados, dedica sua vida integralmente ao seu ente adoecido, o que faz com que suas demandas particulares fiquem em segundo plano, o que pode causar o adoecimento físico, emocional e psicológico dos mesmos. Entretanto, nota-se que estes sentem no dever de cumprir com suas “obrigações” como cuidadores, sempre tentando proporcionar uma melhor qualidade de vida para seus entes adoecidos (Giacomini *et al.*, 2022. p. 9).

Diante do exposto, a família tem necessidade de se colocar em segundo plano para dedicar-se aos cuidados do familiar em sofrimento mental. Conforme citado, a família nem sempre esteve presente no tratamento conferido às pessoas portadoras de transtornos psíquicos, contudo, o novo modelo de atenção em saúde mental possibilitou avanços consideráveis para a qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais, principalmente no que concerne à redução dos usuários institucionalizados.

Seguindo a mesma perspectiva, Cordeiro (2022) afirma que a participação da família e das pessoas em sofrimento mental, enquanto sujeitos ativos nos cuidados, encontra-se de acordo com os princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, referente à inclusão e reinserção, assegurando-lhes o direito de opinar e participar a respeito do seu projeto terapêutico e de seu familiar.

As ações ligadas à Reforma Psiquiátrica brasileira visam contribuir para a formação, a consolidação e a conservação de redes sociais, aspectos que podem ser determinantes na modificação da trajetória das pessoas com doenças mentais. Como exemplo dessas redes sociais tem-se a família, a qual deve ser considerada como um possível lugar para convivência da pessoa portadora de transtorno mental, mas que não deve ser visto como o único e nem como obrigatório (Vasconcelos, 2000).

É importante pontuar que não basta apenas desospitalizar os indivíduos com transtorno mental (re)inserindo-os no ambiente familiar, faz-se necessário assegurar a sustentabilidade da sua vida no dia a dia, consolidando seus laços com a sociedade e com seus familiares, de modo que este acesse os serviços substitutivos na região em que necessitar de suporte.

É importante pontuarmos a existência da pluralidade de representações sobre as funções da família junto aos indivíduos dos serviços de saúde mental:

1. Como um recurso como outro qualquer, no rol das estratégias de intervenção;
2. Como um lugar de possível convivência do portador de transtorno mental, desde que os laços relacionais possam ser reconstruídos. Como ressalta essa perspectiva, a família é percebida como um lugar de convívio, mas não o único e nem obrigatório;
3. Como sofredora, pois também, é influenciada pela convivência com um portador de transtorno mental e, desse modo, precisa ser “tratada”, assistida, recebendo suporte social e assistencial;
4. Como um sujeito da ação: sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, na opinião de Sant’Anna e Fontoura (1996 apud ROSA, 2008); e, ainda, sujeito avaliador dos serviços, conforme Pereira (1997 apud ROSA, 2008), e construtor da cidadania do portador de transtorno mental;
5. Como provedora de cuidado, desde os serviços de saúde visam atuar sobre os momentos de crise, tratando, e não prestando cuidados contínuos. E ainda porque a família é o principal potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, construindo historicamente e privilegiando cuidados e reprodução social (Rosa, 2008, p. 81).

No presente contexto de desinstitucionalização, a rede territorial de cuidados é considerada um forte apoio à família, sendo peças importantes, os seus componentes, para o plano de cuidados. Trata-se de um ambiente seguro para se falar sobre os desafios do cotidiano, contudo, os serviços de saúde não se empenham em apresentar estratégias para atrair as famílias a participarem, dificultando os avanços da desinstitucionalização (Bezerra, 2020).

Assim sendo, os profissionais de saúde — em conjunto com os demais profissionais, familiares e usuários e a própria comunidade — precisam criar estratégias que contribuam para a valorização e a identificação do indivíduo com transtorno mental nas suas particularidades, instruindo-a de maneira correta e responsabilizando-a por suas atitudes, a fim de que assuma sua independência (Martins, 2023).

A RAPS (2001) propõe um novo modelo de atenção e promoção à saúde mental, tornando-o mais acessível, com o objetivo de articular as ações e os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. Desse modo, o modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico previsto pelo ministério da saúde para o SUS busca garantir direitos conferidos na Lei n. 10.216/01.

Para que sejam alcançados os objetivos previstos nas diretrizes e instrumentos legais da instituição, quanto aos avanços no acompanhamento e tratamentos de seus usuários, é necessário considerar a complexidade envolta no manejo dos portadores de transtornos mentais. Nesse sentido, faz-se necessário um trabalho interdisciplinar, cuja abordagem multiprofissional integre um plano de ação construído coletivamente, ou seja, do projeto terapêutico singular.

3.2 Serviço Social e sua intervenção na família em saúde mental

O Serviço Social desempenha papel essencial na intervenção em saúde mental, atuando como agente facilitador na compreensão e no enfrentamento dos desafios que permeiam esse campo complexo.

É importante destacar que o início do Serviço Social em saúde mental no Brasil ocorreu no modelo das *child guidance clinic's*, proposto por higienistas norte-americanos e brasileiros. Tal modelo ocorreu no Rio de Janeiro, em meados dos anos 1940 do século XX, por meio dos Centros de Orientação Infantil (COI) e dos Centros de Orientação Juvenil (COIJ).

As assistentes sociais nas clínicas de orientação eram:

[...] responsáveis pelo estudo do caso através da família ou da obra social, quando se trata de criança de instituição (ambiente, emocional, econômico, social e histórico da vida da criança), e pela orientação das mães que se faz paralelamente ao tratamento do cliente, o trabalho da assistente social psiquiátrica se realiza também junto a comunidade, escolas, educandários, hospitais (Vasconcelos, 2000, p. 168).

Ainda na década de 1940, houve a inserção dos assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos para construir pequenas equipes uniprofissionais, situadas como porta de entrada e saída dos hospitais e funcionando de forma subalterna ao poder médico.

Na década de 1960, o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. É o processo de mercantilização da loucura. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, um mercado mercador, ocorre assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos (Amarante, 1994, p. 79).

Nos anos de 1970, com a visibilidade e luta dos movimentos sociais no país, iniciou-se um forte movimento de crítica e mudança dos sistemas públicos de saúde, especificamente da saúde mental.

No final dos anos 1980 do século XX, iniciou-se o processo de desinstitucionalização. O Serviço Social é pautado em priorizar mudanças nos campos técnico-assistenciais, político-jurídicos, teórico-conceitual e sociocultural.

As/os assistentes sociais contribuem para o campo da Saúde Mental, embasadas/os no Código de Ética profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão, formulando e implementando propostas que contribuam com a cidadania, mantendo olhar crítico sobre o usuário de Saúde Mental e seus familiares. Assim, o Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica (Guimarães, 2013).

Em sua atuação, as/os profissionais de Serviço Social realizam avaliações detalhadas das condições sociais e familiares dos usuários, reconhecendo os determinantes sociais que podem impactar a saúde mental. Atuando, portanto, na avaliação das necessidades da família, considerando não apenas as demandas relacionadas ao adoecimento mental, mas também os contextos sociais, econômicos e culturais que influenciam a vida familiar.

A/o assistente social atua como mediador entre a família e os serviços de saúde mental, facilitando o acesso a tratamentos, acompanhamentos terapêuticos e demais recursos disponíveis. Na comunidade, promove a articulação entre diferentes

profissionais da saúde, visando uma abordagem integrada e coordenada para atender às necessidades complexas da família.

Intervém em situações de crise, proporcionando suporte à família e colaborando na busca por soluções emergenciais, desenvolvendo estratégias para fortalecer a capacidade de enfrentamento da família diante de crises recorrentes, visando a prevenção e a gestão adequada dessas situações, considerando o processo de reinserção social.

Busca fortalecer a autonomia da família, promovendo sua participação ativa no processo decisório relacionado ao tratamento e acompanhamento do membro em sofrimento psíquico.

Desenvolve atividades educativas e de conscientização, visando eliminar estigmas e promover uma compreensão mais ampla sobre a saúde mental na comunidade, colaborando na disseminação de informações acerca dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, empoderando a família no processo de defesa desses direitos.

Realiza acompanhamento sistêmico da família, ajustando as intervenções de acordo com a evolução da situação e necessidades identificadas. E, por fim, mantém um canal aberto de comunicação, favorecendo a construção de um vínculo de confiança e facilitando a identificação precoce de possíveis desafios.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho ressalta que os indivíduos em sofrimento psíquico enfrentam obstáculos significativos que prejudicam o tratamento, os cuidados adequados e, portanto, impedem a realização de metas e afetam a qualidade de vida.

A Reforma Psiquiátrica provocou mudanças substanciais nos serviços da Psiquiatria Tradicional no Brasil. Essas iniciativas visam oferecer assistência centrada no processo de reinserção social, garantindo o acesso aos serviços de saúde mental focados na inclusão social. A desinstitucionalização surge como um princípio essencial, visando transformar pessoas com transtornos mentais em sujeitos ativos em seus próprios tratamentos e capazes de conviver socialmente.

A exclusão da família no tratamento de parentes com transtornos mentais era comum, frequentemente considerando-a como responsável pelos transtornos. A Reforma Psiquiátrica e as novas políticas resultaram numa transição importante, substituindo os espaços restritivos por reintegração na comunidade, envolvendo a participação ativa da família nos serviços de saúde mental.

O cuidado humanizado surge como pilar crucial na relação familiar, garantindo os direitos do paciente e a qualidade do serviço prestado. A humanização é essencial para construir vínculos entre pacientes, profissionais e familiares, tornando a família uma forte aliada, contribuindo para o desenvolvimento de laços imprescindíveis nos momentos em que a pessoa com transtorno se encontra mais vulnerável.

Em última análise, a saúde mental é uma dimensão vital do bem-estar, e o envolvimento da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico desempenha um papel crucial. O suporte emocional e a criação de ambientes acolhedores viabilizam um contexto propício para os processos de recuperação e de inserção social.

A família desempenha um papel central como rede de apoio social, muitas vezes sendo os primeiros a identificar sinais de sofrimento psíquico. Seu envolvimento precoce e sensível pode facilitar o acesso a tratamentos adequados, promovendo intervenções mais eficazes e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Além disso, a compreensão e aceitação por parte da família desempenham um papel fundamental na redução do estigma associado às questões de saúde mental. Ao promover um ambiente de compreensão, empatia e diálogo aberto, a família contribui para a desconstrução de preconceitos e para a construção de uma sociedade mais consciente e inclusiva.

O cuidado da pessoa em sofrimento psíquico muitas vezes demanda uma abordagem holística, na qual a família atua como parceira ativa no processo terapêutico. A promoção de estratégias de autocuidado para os membros da família, o desenvolvimento de habilidades para lidar com situações desafiadoras e a participação em iniciativas educativas são aspectos cruciais desse engajamento familiar.

Enfim, a reinserção social é uma ferramenta imprescindível na concretização dos objetivos do processo da Reforma Psiquiátrica.

Em suma, a importância da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico não pode ser subestimada. Quando a família é envolvida de maneira positiva e proativa, torna-se um alicerce sólido para o processo de recuperação, contribuindo para a construção de sociedades mais compreensivas e solidárias em relação às questões de saúde mental. Ressaltar a importância do Serviço Social enquanto profissão comprometida com esta causa, em consonância com seu Código de Ética profissional, o qual dispõe da busca por um projeto societário emancipador e “[...] reivindicar uma sociedade sem manicômios representa defender a superação do capitalismo, das opressões/explorações e de toda violência estrutural” (Passos, 2022, p. 153).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A. B. **“Nós combinamos de não morrer”**: modos de atenção à saúde mental e uma análise interseccional sobre o papel da psicóloga nos dispositivos públicos de saúde mental em Salvador. 2021. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

ALVES, S. B.; SANTOS, R. P. YAMAGUCHI, U. M. Enfermagem em serviços de saúde mental: percepção sobre satisfação profissional e condições de trabalho. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2018.

ALVES, D. **A reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil**. Apresentação em Simpósio no dia 23 de abril de 1996 no V Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental. Rotterdam. Holanda, 1996.

ALVES y VALENTIM, W. Política de Saúde Mental no Brasil. *In*: MORRAL, P.; HAZELTON, P (eds.). **Mental health**: global policies and human rights. London: WhurrPublishers, 2003. p 26-41.

AMORIM, K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1413-81232009000100025. Acesso em: 6 mar. 2022.

BALIEIRO, Y. R. M. **O Serviço social e a participação social**: a contribuição do Serviço social ao debate do controle social, com vistas à defesa da saúde. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Trad. Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BISPO, G. L. R. **Cuidados paliativos pediátricos**: perspectivas do familiar cuidador de crianças e adolescentes internados em um hospital universitário. 2022. 113f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2022.

BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICE, L.; M & MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. 2012. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1988. 43p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2338-1-conferencia-nacional-de-saude-mental-cnsm>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1992. 63p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1497-2-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde mental no SUS em razão da pandemia**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/07/vai-a-camara-criacao-de-programa-de-saude-mental-no-sus-em-razao-da-pandemia>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. norma técnica n 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019, Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação Geral de Saúde Mental Reforma Psiquiátrica e Política de saúde mental no Brasil Documento apresentado à conferência Regional de reforma dos serviços de Saúde mental 15 anos depois de Caracas OPAS Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.574**, de 22 de novembro de 2018. Distrito Federal: Presidência da República, 2018.

BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <http://www.revistapsicofae-v10n1-2>. DOI: 10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v10n1-2.

CARNEIRO, R. O planejamento na esfera pública revisitado: lições, avanços e retrocessos desde a Constituição Federal de 1988 (CF/1988). **Campo de Públicas: Conexões e Experiências**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 30-50, jan./jul. 2022. Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/v-1-n-1-2021-edicao-especial-sobre-planejamento>. Acesso em: 12 out. 2023.

CARVALHO, R. C. N.; NANTES, R. F. P.; COSTA, M. L. Estratégia familiar de cuidado em saúde mental. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 50256-50271, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13772/11528>. Acesso em: 12 out. 2023.

CASTRO, M. M. **A história do Serviço Social na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2010.

CATTANI, A. N. *et al.* Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36517>. Acesso em: 12 out. 2023.

CONRADO, D. S.; CANDIDO, M. C. F. S. O papel da família no exercício dos direitos do portador de transtorno mental: revisão bibliográfica. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privadas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Dia Nacional da Luta Antimanicomial: saúde não se vende, loucura não se prende. **CFESS Manifesta**, Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2019-CfessManifesta-LutaAntimanicomial.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2022.

CORDEIRO, A. J. M. **Escrevivências sobre cuidados em Saúde Mental a partir das Práticas Integrativas e Complementares no contexto do encarceramento**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2022.

COSTA, C. A. O. S. **A prática profissional do assistente social: à luz da sua dimensão política**. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CRUZ, Nelson F. De Oliveira, Gonçalves, Renata Weber, Delgado, Pedro Gabriel G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política Nacional de Saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Disponível em: <HTTPS://www.scielo.br/j/tes/a/jgrcvysbzmqytxz6hgqbh/?lang=pts> acesso em ago.2019

DISLEITE, G. Dois ataques de Bolsonaro às políticas de Saúde Mental. **Outra Saúde**. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/dois-ataques-debolsonaro-as-politicas-de-saude-mental/>. Acesso em: 28 ago. 2022.

DUMKE, M. R. **Manejo da emergência psiquiátrica pelas equipes dos centros de atenção psicossocial (CAPS)**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal da Fronteira Sul, 2021.

DUQUE, C. C. **Ascensão e declínio da indústria da loucura na cidade de Juiz de Fora – MG**: uma análise das suas implicações urbanas. 2020. Dissertação

(Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

ESCARIÃO, E. E. S. **Loucos pela diversidade**: contribuições de Paulo Amarante à luta antimanicomial no Brasil. 2023. Dissertação (Mestrado em História) – Escola de Formação de Professores e Humanidades, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023

FARIAS, J. P. **A trajetória da política pública de assistência à saúde mental no Brasil**. 2021. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) — Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

FORTI, V.; MARCONSIN, C.; FORTI, L. Direitos humanos e Serviço Social: debater é preciso. *In*: FORTI, V.; BRITES, C. M (orgs.). **Direitos humanos e Serviço Social: polêmicas, debates e embates**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Reporto n sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic**. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/45457/Barros_Marilisa_etal_ICICT_2020_COVID19.pdf;jsessionid=C1AF5B20C68E85E7347F48D648860460?sequence=2. Acesso em: 15 mar. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Recomendações E Orientações Em Saúde Mental E Atenção Psicossocial Na Covid-19**. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 16 abr. 2022.

GEREMIA, D. S.; ALMEIDA, M. E (eds.). **Saúde coletiva**: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786586545562>.

GIACOMINI, K. *et al.* **Desafios da família no cuidado da pessoa com transtorno mental**: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, e13311628816, p. 3-9, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28816>.

GUERRA, Y. Sobre a possibilidade histórica do projeto ético-político profissional: a apreciação crítica que se faz necessária. *In*: FORTI, V.; GUERRA, Y (orgs.) **Projeto ético-político do Serviço Social**: contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob perspectiva da desinstitucionalização. Porto Alegre: [s.e.], 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação sócio-histórica. 18. ed. São Paulo: Cortez; CELATS, 2005.

JESUS, L. G. **Avaliação do potencial do Turismo Acessível e proposta de**

criação de uma rede institucional de Turismo Acessível para o município de Esposende (Portugal) e para o município de Desenzano del Garda (Itália). 2023. Tese de doutoramento em Geografia (especialidade em Estudos da Paisagem), 2023.

LIMA, M. C. **Apoio Matricial e suas Influências nas Vivências de Trabalho em Saúde Mental:** a Percepção dos Profissionais de CAPS, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/8910>.

MARTINHAGO, F. **Desinstitucionalização e a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** a percepção dos profissionais de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

MARTINS, C. F. S. **Crime e loucura:** a questão da cidadania dos inimputáveis. 2023. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2023.

MENEZES, C. S. **Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara:** políticas e assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978. 2012. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MERHY, E. E.; AMARAL, H (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008.

MIRANDA, S. A. B. **Política de Saúde Mental em Montes Claros** [manuscrito]: os caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica. Montes Claros, 2019.

NASCIMENTO, K. C. D. *et al.* O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 3, p. 940-948. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/141077>. Acesso em: 12 out. 2023.

NETTO, J. P. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 79, 2004.

NETTO, J. P. Das ameaças à crise. **Revista Inscrita**, Brasília, ano VII, n. 10, nov. 2007.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, E. S. **O homoerotismo masculino através dos prontuários do Hospício Nacional de Alienados – Rio de Janeiro (1890 – 1910).** 2020.

Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

OLIVEIRA, L.C. *et al.* Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**2020.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2009.

OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, 2011.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 38, p. 27-37, jan./abr., 2009.

RESENDE, H. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: [s.e.], 2001.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, 2010.

ROSA, C. S. A reforma psiquiátrica no Piauí no século XX. *In*: GUIMARÃES, L.; ROSA, L.; EVELIN, M (orgs.). **Contextos em saúde mental**: saberes, práticas e histórias de vida. Teresina: EDUFPI, 2008.

ROTOLO, A.; SILVA, M. S. A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica. **Research, Society and Development**2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/5649/5060/27930>. Acesso em: 12 out. 2023.

SANTOS, A. B. *et al.* Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** 2018.

SANTOS, G. P. **Sobre desmontes na política de saúde mental no Brasil**: aproximações em publicações do CFESS e na pós-graduação na área de serviço social no Nordeste (2016-2020). 2022. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2022.

SANTOS, N. **Do hospício à comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SASKYA, C. T. J.; ASSIS, J. F. C. A.; FERREIRA, S. E. Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 12, ed. esp., p. 138-151, 2020. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1118>. Acesso em: 12 out. 2023.

SASZ, T. **Ideologia e doença mental**. Trad. José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar,

1977.

SILVA, G. V. L. **A política de saúde mental no Distrito Federal**: um balanço à luz da reforma psiquiátrica e da visão antimanicomial. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SILVEIRA, M. D. **A construção da loucura**: concepções, saberes e práticas na trajetória do sanatório espírita de Anápolis-GO. 2020. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.

SIQUEIRA, V. Saúde Mental: apanhado das ações do Governo Bolsonaro. **Colunas Tortas**. Disponível em: <https://colunastortas.com.br/saude-mentalapanhado-das-acoes-do-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 28 ago. 2022.p

SOUSA, C. V. L. **Desafios da saúde mental infantojuvenil no brasil**: uma revisão de literatura. Foz do Iguaçu: Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2023.

TRINDADE, R. L. P. *et al.* **Concepções e intervenções com famílias na atenção em saúde mental e a garantia de proteção aos portadores de transtornos mentais**. Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2010.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS E. M. **Abordagens psicossociais**: perspectivas para o serviço social. São Paulo: HUCITEC, 2009.

VASCONCELOS E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2012.

VASCONCELOS E. M. Entrevista com Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos. **Serviço Social & Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2015.