



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E**  
**POLÍTICA SOCIAL**  
**CÂMPUS DE MIRACEMA**

**MARYVALDA MELO SANTOS COSTA**

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A**  
**CONTRIBUIÇÃO DA PROFISSÃO NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NOS**  
**ANOS DE 2008-2017**

**MIRACEMA DO TOCANTINS –TO**  
**2019**

MARYVALDA MELO SANTOS COSTA

SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A  
CONTRIBUIÇÃO DA PROFISSÃO NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NOS ANOS  
DE 2008-2017

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins-UFT, para obtenção do título de Especialista em Política Social e Serviço Social, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Célia Maria Grandini Albiero.

MIRACEMA DO TOCANTINS- TO

2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

C837s Costa, Maryvalda Melo Santos.  
Saúde Mental e Serviço Social no Brasil: Reflexões sobre a contribuição da profissão na produção de conhecimento no anos de 2008-2017 . / Maryvalda Melo Santos Costa. – Miracema, TO, 2019.  
88 f.

Monografia de Especialização - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2019.

Orientadora : Célia Maria Grandini Albiero

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Psicossocial. 4. Projeto Ético Político. I. Título

**CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

MARYVALDA MELO SANTOS COSTA

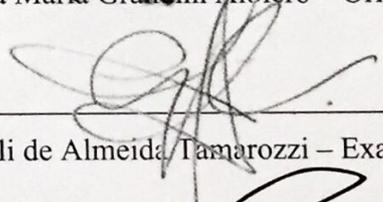
SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A  
CONTRIBUIÇÃO DA PROFISSÃO NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NOS ANOS  
DE 2008-2017

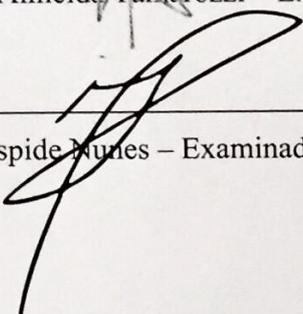
Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins-UFT, para obtenção do título de Especialista em Política Social e Serviço Social, avaliada pela banca examinadora, em sua forma final.

Data de Aprovação 03/04/2019

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Célia Maria Grandini Albiero – Orientadora – UFT.

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Giselli de Almeida Tamarozzi – Examinadora – UFT.

  
\_\_\_\_\_  
Msc. Jonatha Rospide Nunes – Examinador – Convidado.

Dedico este trabalho a todos e todas militantes, usuários e profissionais que defendam uma Saúde Mental mais humanizada, pautada no respeito à singularidade dos indivíduos. Aos Assistentes Sociais que se empenham todos os dias para prestar serviços que orientem a população ao acesso a seus direitos. Que este trabalho sirva de subsídio para um trabalho colaborativo em prol da saúde mental.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente a Deus por ter me fortalecido antes e durante a elaboração deste trabalho. A minha família, meu esposo Rogerio e meus filhos, Liza Monique e Ruan Kaique que me deram muito apoio e foram pacientes quando me precisei me ausentar “subjetivamente” para refletir sobre as ponderações e contribuições deste trabalho na minha vida acadêmica e profissional.

Agradeço à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Célia Maria G. Albiero, que incansavelmente esteve presente física e virtualmente me auxiliando na elaboração, correção e produção do trabalho, uma orientadora que não mediu esforços para que este trabalho pudesse servir de subsidio acadêmico não apenas para o Serviço Social, mas para os demais cursos e profissionais da saúde mental, saúde pública e coletiva, que arduamente dedicam suas vidas e seu tempo em prol de uma Reforma Psiquiátrica efetiva, que produza condições materiais e sociais aos usuários e população para obter um tratamento digno de acordo com as particularidades de cada um.

Quero estender os agradecimentos à minha banca examinadora, que aceitou o convite e pode dar suas contribuições para o enriquecimento deste trabalho. Muito obrigada a todos e todas!

“A contaminação psíquica é pior que piolho. Vai passando de uma cabeça para outra numa rapidez incrível. E, como você já sabe, todo mundo já pegou piolho”

(Nise da Silveira, 1906-1999)

## RESUMO

Este trabalho se propõe através do objetivo geral analisar a produção de conhecimento do Serviço Social na Saúde Mental nos anos de 2008-2017 e mediante os respectivos objetivos específicos: refletir sobre a produção de conhecimento do Serviço Social e Saúde Mental no ano de 2008-2017; discutir sobre a produção de conhecimento do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil; evidenciar a contribuição histórica do Serviço Social na política de Saúde Mental no Brasil. O objeto de pesquisa envolve a produção de conhecimento em Saúde Mental articulado ao Serviço Social, tendo como questões norteadoras: Como ocorreu o processo de inserção da profissão na Saúde Mental? Quais os desafios do Serviço Social na atuação Multiprofissional em Saúde Mental? Qual o arcabouço teórico da profissão para a Saúde Mental nos anos de 2008- 2017? Este estudo teve como método norteador o materialismo histórico dialético baseado no marxismo. Organizamos uma tabela identificando cada trabalho por autor, ano e produção facilitando a compreensão do leitor. O estudo envolve as fontes de produção pesquisadas nos periódicos **Katalysis, Temporalis, Saúde Coletiva e Serviço Social & Sociedade**, com dados extraídos dos resultados através de consultas nos referidos periódicos e plataformas virtuais, seguido de leitura aprofundada de cada produção e posterior análise dos artigos. Citamos a importância de tais revistas, pois julgamos terem sua contribuição no campo da saúde pública e do Serviço Social pelo caráter direcionado a pesquisas inovadoras, as quais têm como proposição instigar o leitor a buscar conhecimento sobre as políticas públicas. Os estudos apresentados tem relevância social para a categoria profissional por se tratar de um trabalho que requer dedicação e militância para o Serviço Social e para a saúde mental. Acreditamos que nossas aproximações conclusivas contribuirão para a discussão do tema e ampliarão o aporte teórico da categoria evidenciando as lacunas deixadas no decorrer da história. Dessa forma, o estudo propõe uma reflexão a partir da constituição da profissão e pelo fim da banalização da vida humana, tornando-se relevante para a Saúde Mental e para o Serviço Social, pois resgata a importância desse profissional como militante e defensor das classes mais pauperizadas e oprimidas pelo grande capital.

**Palavras-Chaves:** Serviço Social. Saúde Mental. Atenção Psicossocial

## ABSTRACT

This work proposes through the general objective to analyze the knowledge production of Social Work in Mental Health in the years 2008-2017 and the respective specific objectives: to reflect on the production of knowledge of Social Work and Mental Health in the year 2008-2017. ; discuss about the production of knowledge of Social Work in Mental Health in Brazil; to highlight the historical contribution of Social Work in Mental Health policy in Brazil. The research object involves the production of knowledge in Mental Health articulated to the Social Work, having as guiding questions: How did the process of insertion of the profession in Mental Health occurred? What are the challenges of Social Work in Multiprofessional Performance in Mental Health? What is the theoretical framework of the profession for Mental Health in the years 2008-2017? This study had as its guiding method the dialectical historical materialism based on Marxism. We organized a table identifying each work by author, year and production, making it easier for the reader to understand. The study involves the sources of production researched in the journals *Katalysis*, *Temporalis*, *Collective Health* and *Social Work & Society*, with data extracted from the results through consultations in these journals and virtual platforms, followed by in-depth reading of each production and subsequent analysis of articles. We cite the importance of such journals, as we believe that they have their contribution in the field of public health and social work by the character directed to innovative research, whose purpose is to encourage the reader to seek knowledge about public policies. The studies presented have social relevance to the professional category because it is a work that requires dedication and militancy for the Social Work and mental health. We believe that our conclusive approaches will contribute to the discussion of the theme and expand the theoretical contribution of the category, highlighting the gaps left over the course of history. Thus, the study proposes a reflection from the constitution of the profession and the end of the trivialization of human life, becoming relevant to Mental Health and Social Work, as it rescues the importance of this professional as a militant and defender of the lower classes. impoverished and oppressed by big capital.

**Keywords:** Social Work. Mental health. Psychosocial Attention

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Produções pesquisadas de 2008-2017.....	46
---	----

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BMVS	Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HCTP	Hospital de Custódia para Tratamento Psiquiátrico
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INFOPEN	Sistema de Informações Penitenciárias
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LEP	Lei de Execução Penal
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
PAD	Programa de Apoio à Despolitização
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RADIS	Revista de Comunicação da FIOCRUZ
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>16</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Breve Trajetória da Implantação do CAPS no Brasil .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>30</b>
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 O processo de Renovação do Serviço Social.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Inserção do Serviço Social na política de Saúde Mental.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>43</b>
<b>4 A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Procedimentos Metodológicos .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Reflexão das produções na Saúde Mental articuladas ao Serviço Social .....</b>	<b>49</b>
<b>5 APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O referido trabalho é fruto de nossa investigação sobre a contribuição do Serviço Social na produção de conhecimento na Saúde Mental no Brasil no período de 2008 a 2017 nas revistas de grande relevância em Serviço Social e na área de Saúde.

Este trabalho é composto por delimitação do tema, objetivos gerais e específicos que se encontram no corpo do texto da introdução, justificativa, procedimentos metodológicos, análise das produções, aproximações conclusivas e as referências consultadas no decorrer do trabalho.

Dando continuidade às fontes de produção, apresentamos as revistas que foram selecionadas e pesquisadas sendo: **Revistas Katalysis, Temporalis, Saúde Coletiva e Serviço Social & Sociedade**, estas foram analisadas no período compreendido. A princípio, relacionamos em nossa busca outras fontes de produção, no entanto não continham nosso objeto de análise, tais revistas também são importantes e discutem assuntos ligados à área social e de saúde pública, mas não eram produzidos por Assistentes Sociais, sendo este um de nossos critérios. Citaremos aqui a importância de tais revistas, pois julgamos terem sua contribuição no campo da saúde pública e pelo caráter direcionado a pesquisas inovadoras, as quais têm como proposição instigar o leitor a buscar conhecimento sobre as políticas públicas. A Revista Radis, publicação exclusiva da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), traz debates atuais e relevantes para nossa contextualização, outra fonte selecionada foi a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVMS), que possui vasto acervo bibliográfico com temas riquíssimos, mas no período compreendido na nossa delimitação, nada foi encontrado sobre a temática, portanto, ambas foram retiradas de nossa seleção.

Prosseguindo em nossa apresentação, temos como objetivo geral deste trabalho: analisar a produção de conhecimento do Serviço Social na Saúde Mental nos anos de 2008-2017, e com os respectivos objetivos específicos: refletir sobre a produção de conhecimento do Serviço Social e Saúde Mental no ano de 2008-2017; discutir sobre a produção de conhecimento do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil; evidenciar a contribuição histórica do Serviço Social na política de Saúde Mental no Brasil.

O objeto de pesquisa envolve a produção de conhecimento em Saúde Mental articulado ao Serviço Social, tendo como questões norteadoras: Como ocorreu o processo de inserção da profissão na Saúde Mental? Quais os desafios do Serviço Social na atuação Multiprofissional em Saúde Mental? Qual o arcabouço teórico da profissão para a Saúde Mental nos anos de 2008- 2017?

As questões norteadoras nos levaram a instigar as contribuições da profissão na saúde mental, bem como destacar a importância da militância de defesa dos direitos das pessoas que são acometidas com transtorno mental e que vivem marginalizadas e excluídas do sistema vigente. O Assistente Social tem um papel não apenas de mediador, mas interventor da classe trabalhadora, necessitando estar imbuído de arcabouço teórico e ético para lidar com essas expressões da “questão social”.

Em relação ao conteúdo do trabalho, apresentamos brevemente os momentos marcantes que antecederam a promulgação da Constituição Federal de 1988, como o movimento da Reforma Sanitária que nasce movida pela luta de classes, em meio a ditadura militar em 1986, com a realização da VIII Conferência de Saúde.

Assim, temos como fruto dessas conquistas a criação da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/1990 mais conhecida como o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o divisor de águas dessas conquistas. Seguindo o curso da mobilização social e popular, em meio a uma série de denúncias na saúde pública, surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se efetivou através da Lei 10.216/2001 e representou um avanço não apenas para os usuários do sistema, mas para profissionais comprometidos com os rumos que tomara a saúde mental no país.

Abordaremos também os rumos da profissão e o Projeto Ético Político da categoria enfocando os 11(onze) princípios contidos no Código de Ética Profissional. A partir dessa construção histórica como o movimento de Reconceitualização da profissão, o Assistente Social passa a ser requisitado para atuar nas políticas públicas, especificamente o campo da saúde, esta área é, até os dias atuais, o campo que mais insere os profissionais em sua equipe.

Apresentamos a trajetória do Assistente Social na Saúde Mental e o trabalho multiprofissional em saúde, os desafios da profissão e o papel do Assistente Social inserido na Equipe Multiprofissional. Aproximando-nos da conclusão do trabalho, trazemos os procedimentos metodológicos que embasaram a pesquisa bibliográfica, método escolhido pelo acesso ao objeto da pesquisa.

Finalizamos o trabalho refletindo sobre as fontes de produção apresentadas na metodologia do trabalho, a relevância social para a categoria por se tratar de um trabalho que requer dedicação e militância na área da saúde mental, pois acreditamos que nossas aproximações conclusivas contribuirão para a discussão do tema e ampliarão o aporte teórico da categoria evidenciando as lacunas deixadas no decorrer da história. Esperamos que o trabalho apresentado sirva de embasamento teórico, como fonte de pesquisa e contribua para que a profissão se consolide cada vez mais e seja reconhecida por seu comprometimento ético-político.

O processo de democratização do país nos anos de 1980 marcou o movimento da Reforma Psiquiátrica (concretizado em 2001), pois estava atrelado ao movimento da Reforma Sanitária ocorrido em 1986, com a realização da VIII Conferência de Saúde, representando assim, um marco decisório na aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Tal movimento anunciava a emergência de novas práticas nas ações de saúde, bem como remodelava o modelo assistencialista adotado em anos anteriores. Com a criação da Lei nº 10.216/2001 que “[...] dispõe sobre a proteção dos direitos da pessoa portadora de Transtornos Mentais [...]”, familiares e sociedade civil que lutaram pelo fim dos manicômios, hospitais psiquiátricos e contra qualquer forma de tratamento mental desumano, que afligisse mais o paciente. Conhecer esse universo permeado por sujeitos com situações em comum embora, cada um tenha sua especificidade nos convida a desvendar de que forma os profissionais de Saúde contribuem nesse processo para minimizar o adoecimento e a busca pela promoção de cuidado no território. Dessa forma, nos propomos a investigar esse campo de atuação que exige do pesquisador um olhar mais aprofundado em relação à Política de Saúde Mental correlacionada às ações da Atenção Básica articulado ao Serviço Social.

Sabe-se que como um dos princípios do SUS a universalização e regionalização do atendimento à população usuária, exigem que na prática essa premissa seja cumprida pelos serviços básicos de saúde, como as Estratégias de Saúde da Família (ESF). No contexto da universalização, ela perpassa as demais políticas públicas que devem atender sem distinção de cor e raça toda a população, respeitando sua singularidade, suas crenças e seu saber cultural. Para que a universalização seja possível, é necessário que os gestores compreendam seu significado que vai muito além de um conjunto de leis positivadas. É um direito que ainda está distante de ser plenamente conquistado, tendo em vista o acirramento das lutas entre a classe oprimida e o sistema capitalista instaurado na sociedade.

O interesse pelo tema se deu a partir da atuação na gestão do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), no município de Miracema do Tocantins - TO, que atende pacientes com transtorno mental severo e/ou grave e pessoas com dependência química, decorrentes ou não do uso ou abuso de álcool ou outras drogas.

Nossa experiência no serviço de saúde nos proporcionou observar que o trabalho intersetorial é essencial para que o tratamento dispensado ao usuário possa trazer resultados que impactem seu cotidiano e proporcione confrontar-se com sua condição de sujeito protagonista de sua história. Portanto, acreditamos que o projeto possui relevância, pois irá contribuir significativamente através da produção de conhecimento para ampliação de repertório informacional para os processos de trabalho dos profissionais de saúde, em especial

aos Assistentes Sociais, pois tem intrínseca relação com a luta por uma saúde mental mais humanizada e com acesso aos serviços de saúde. O Assistente Social com seu olhar crítico possui uma intencionalidade que possibilita aos usuários garantias sociais no acesso ao cuidado.

Para subsidiar as apreensões sobre a importância do trabalho, traremos a composição estrutural dos 03 (três) capítulos, distribuídos da seguinte forma: 02 (dois) capítulos teóricos, sendo o primeiro capítulo intitulado: **A política de Saúde no Brasil**, subdividido em dois tópicos: **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Breve Trajetória da Implantação dos CAPS's no Brasil**. Nesse capítulo, traremos um resgate histórico da política de saúde no Brasil e as dificuldades enfrentadas diante do cenário de privatização da saúde, bem como das primeiras conquistas para a criação do SUS.

Apresentamos ainda a trajetória da luta por um sistema de saúde que proporcionasse condições humanizadas para os pacientes que sofriam com o descaso, abandonados em hospitais e manicômios, dando início a mobilização popular para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O segundo capítulo intitulado: **O Serviço Social e Política de Saúde**, é subdividido em: **O processo de renovação do Serviço Social e a Inserção do Assistente Social na Política de Saúde Mental**, apresenta o contexto histórico que marca o momento em que a profissão insere-se no campo da saúde pública e inicia uma trajetória exitosa numa política tão essencial para a população, mas que exige um comprometimento profissional evidenciando o seu protagonismo na saúde. Discutimos também a atuação do Assistente Social na Saúde Mental e sua inserção na equipe multiprofissional, destacando os desafios encontrados durante esse processo de consolidação.

O terceiro capítulo tem como título: **A contribuição do Serviço Social na produção de conhecimento na saúde mental**, tendo o subtópico: **Apresentação das fontes de produção e reflexão das produções em Saúde Mental articuladas ao Serviço Social**.

Nesse capítulo, traremos os resultados obtidos através da pesquisa nas produções selecionadas, pois nos debruçamos para atender aos objetivos propostos. A seguir, iniciamos a apresentação dos capítulos teóricos que embasarão nossas apreensões.

## CAPÍTULO 1

### 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O conceito ampliado de saúde que: “É um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (Revista de Saúde Pública, 1977, p.2 apud OMS,1948).

Por este conceito entende-se que a saúde é um conjunto de ações que buscam promover qualidade de vida, condições favoráveis aos cidadãos para que consigam prover meios de sua subsistência, que tenham condições de alimentar-se, que possuam moradia em condições dignas e favoráveis ao pleno desenvolvimento social, além de proporcionar condições sanitárias à família. Portanto, nos cabe refletir sob que condições às famílias brasileiras tem assegurado tais condições? De que forma as políticas públicas são planejadas para que o direito à saúde seja efetivado, a partir da concepção da Organização Mundial de Saúde? Milhares de famílias não possuem saneamento básico e vivem marginalizadas à sua própria condição social, aguardando as benesses do Estado e cada vez mais atingidas pelo sucateamento da saúde.

Bravo (1991, p. 2) afirma que “[...] a saúde na década de 1930 emergia como questão social, pois o cenário era de uma economia centrada na agricultura cafeeira, com a divisão do trabalho assalariado”. Nessa época também, o Estado assume o papel de interventor das relações sociais. O país vive um período de industrialização e as pessoas começam o processo de migração, povoando as cidades, exigindo do Estado mais ações efetivas, devido ao crescimento populacional, conseqüentemente a esse crescimento, aumenta o número de trabalhadores em condições precárias de higiene e moradia, mazelas do capitalismo e do processo de acumulação.

De acordo com Bravo (1991, p.4), “[...] a saúde era dividida em dois subsectores: Saúde Pública e Medicina Previdenciária”. A autora destaca ainda “que [...] até meados de 60 centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo [...]”. O Estado focava-se em campanhas preventivas, criou alguns departamentos, como o de Endemias e Zoonoses ligados ao Departamento Nacional de Saúde, o foco era nas populações rurais pelo risco de doenças, como malária e febre amarela.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de

1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado (BRAVO, 1991, p. 24).

Por outro lado, a saúde privatista já estava organizada em meados de 1950 e enfocava o financiamento do Estado, visando o corporativismo e a privatização da assistência médica.

Nesse momento em que o país estava presenciando os ataques do regime militar com suas intervenções arbitrárias e autoritárias, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), de autoria do renomado e percussor da primeira previdência social do Brasil, Eloy Chaves. De sua autoria, nasce o Decreto nº 4.682<sup>1</sup> de 24/01/1923 que concedeu aos trabalhadores das estradas de ferro, os ferroviários e suas famílias, condições de acesso aos serviços de saúde e assistência social disponíveis naquela época, incontestavelmente, um marco histórico para a Seguridade Social. No período de 1930 com a “Era Vargas” houve necessidade de um remodelamento das ações estatais, pois era necessário agregar mais trabalhadores beneficiados e não apenas uma categoria, por isso, unificaram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS). Em 1966 expandiu-se o cenário econômico e político através da intervenção estatal e conseqüentemente da medicalização da saúde. Essas transformações sociais despertaram nos trabalhadores e sociedade civil, a necessidade de mudança do cenário de avanço de precarização da saúde, provocando assim um tensionamento do capital e das relações sociais. Período de retrocessos sociais e perdas econômicas significativas para a população, pois se instalava no país o regime militar, que provocou sérios danos às conquistas das categorias profissionais estendendo-se à vida privada dos brasileiros.

O resultado desses tensionamentos entre classe trabalhadora e burguesia, resultou num marco histórico para a saúde, com o movimento da Reforma Sanitária em 1986, fruto da luta de profissionais de saúde, partidos políticos, movimentos sociais e outros segmentos da sociedade civil. A Reforma Sanitária foi um divisor de águas na ampliação de uma saúde pública mais efetiva e que atendesse a população menos favorecida.

Estabeleceu pactos que anteriormente se quer estariam numa agenda ou mesa de discussões, pois representava toda uma sociedade que ansiava por melhores condições de saúde e um olhar voltado as populações mais empobrecidas, que estavam excluídas do sistema previdenciário da época. Conforme aponta Bravo

---

<sup>1</sup>Acervo histórico da Previdência Social nos seus 70 anos de instituição, através da Lei “Elóy Chaves”. Disponível em [http://www2.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/70\\_anos\\_de\\_previdencia\\_socal.PDF](http://www2.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/70_anos_de_previdencia_socal.PDF). Acesso em 05/04/2019.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial . A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2001, p. 9).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde antecede a Promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo sua realização e as decisões tomadas pelo coletivo, essenciais para o marco da organização de um sistema efetivo de saúde, conforme está preconizado nos artigos 196 e 197, sobre a Saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

Cabe-nos refletir de acordo com os artigos expostos, que a saúde deveria ser de fato um direito acessível e garantido a todos os cidadãos brasileiros que não dispõem de condições mínimas para garantir acesso à rede de saúde, respeitando a singularidade dos sujeitos e de forma indiscriminada. Embora o cenário atual seja de um país que passou por profundas transformações sociais, políticas e econômicas tendo como rebatimentos o agravamento da crise econômica, e conseqüentemente, se estendeu até a saúde.

Partindo do pressuposto de que a saúde “ [...] é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades[...]” (Revista de Saúde Pública, 1977, p.2 apud OMS,1948), considera-se que este conceito ampliado de saúde, é possível apresentar a materialização de algumas ações pontuadas pelo movimento sanitário iniciado na década de 1980 e que não poderia deixar de ser mencionado nas reflexões sobre a falta de assistência à saúde da população e na falta de valorização aos profissionais da saúde. Sarreta e Nogueira assinalam os pontos importantes, fruto das reivindicações feitas pelo

movimento da Reforma Sanitária e, que foram incluídos na Constituição Federal de 1988 conforme destaca:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p. 50- 51 Apud NOGUEIRA e SARRETA, p.3<sup>2</sup>).

Esse foi o resultado da participação política da sociedade organizada em classe, que lutou por um sistema de saúde único, mais completo e que pudesse prestar atendimento voltado para o reconhecimento do cidadão, enquanto sujeito de plenos direitos. O movimento da Reforma Sanitária na década de 1980 deixou para trás o caráter técnico, envolvendo apenas profissionais da área nas discussões e, traz à tona alguns atores sociais que antes ficavam apenas nos “bastidores” e foram decisivos nesse processo, como:

[...] os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra- propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001 p 8-9)

Partindo dessas considerações tão pontuais e que agora farão parte da história do SUS, abordaremos brevemente os percalços da concretização do sonho de milhares de brasileiros.

Posterior à promulgação da Constituinte em 1988, ocorreu a criação da Lei nº 8080 em 1990, que de fato materializou a luta por mais condições de saúde para a população necessitada e não se restringiu apenas a essa população, alcançou todos que necessitassem do direito à saúde. A criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) vem como resposta ao conjunto de iniciativas populares, somadas aos anseios de toda sociedade brasileira e rompe com muita burocracia para o acesso à saúde.

---

<sup>2</sup> Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>. Acesso em 30/11/2018.

Um dos eixos mais destacados da Lei nº 8080/90, diz respeito aos princípios pautados, a saber: integralidade, universalidade, descentralização político-administrativa, participação da comunidade, regionalização e descentralização da rede de serviços de saúde, dentre outros (BRASIL, 1990, art.7º). Conforme descrição de alguns princípios gerais para classificação do atendimento a população, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza que todo cidadão tem o direito a uma saúde com qualidade e que o Estado viabilize meios para o acesso aos serviços de saúde, de acordo com cada esfera de governo, este é o objetivo da universalidade dos serviços de saúde, garantir que a população tenha acesso gratuito aos serviços necessários, dentro e fora de seu município.

Sobre a descentralização político-administrativa, que faz parte dos princípios organizativos em saúde, “[...] descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo [...]” (BRASIL, 2013, p.1), pois União, Estado e municípios devem gerenciar os recursos destinados aos programas e projetos da saúde, de forma que a população não seja prejudicada com essa organização. Vemos nesse princípio, um gargalo para os municípios, que na maioria das vezes não possui autonomia financeira para administrar a pasta, gerando ações minimalistas e reduzindo a oferta de serviços essenciais à população, como: oferta de medicamentos; consultas com especialistas; exames, dentre outros<sup>3</sup>.

Em relação à participação popular e da sociedade civil organizada, trazemos como necessária a participação da sociedade e de trabalhadores do SUS em conselhos, nas conferências de saúde e demais mecanismos que possibilitem a participação democrática, onde serão tomadas decisões que tratam dos interesses da população, por isso é necessário que os gestores busquem transparência nas ações e recursos, pois dependem da aprovação do Conselho, conforme preconiza a Lei nº 8.142<sup>4</sup>, de 28 de dezembro de 1990 que “[...] Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [...]”. Esta portaria estabelece os critérios para a realização das conferências de saúde, reuniões dos conselhos nas três esferas de governo, formas de investimento dos recursos destinados à saúde, bem como organiza a divisão paritária da

---

<sup>3</sup> Essas reflexões se baseiam em nossa militância na política de saúde mental e como servidora da Secretaria de Saúde do município de Miracema do Tocantins há mais de 12 anos.

<sup>4</sup>Disponível em <file:///C:/Users/Mary%20Melo/Documents/TCCE%202019/Lei%20da%20Participacao%20Social%208142.html>. Acesso em 04/04/2019.

participação da sociedade nas instâncias de controle social, o que representa um marco para a sociedade civil e organizada.

O princípio da regionalização e da descentralização dos serviços, diz respeito a organizar os serviços de acordo com a sua complexidade, “[...] circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida [...]”. (BRASIL, 2013, p.1<sup>5</sup>). A definição de equidade, parte do princípio que não somos iguais, portanto no atendimento devem ser observadas as particularidades de cada indivíduo, respeitando suas limitações físicas e psicossociais. Não há possibilidade de uma unidade de saúde se organizar estruturalmente, sem levar em consideração que ali serão atendidas pessoas com deficiências, homossexuais, negros, indígenas, quilombolas, etc. Portanto, a equidade no SUS deve ser materializada no atendimento humanizado a população usuária.

Torna-se, portanto, imprescindível que o Estado propicie condições materiais para que a população seja atendida na sua totalidade, prestando apoio aos familiares e usuários.

Com caráter baseado na humanização do atendimento, as bases do Sistema Único de Saúde, amparam a criação da Reforma Psiquiátrica, conforme discorreremos a seguir.

## **2.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A Declaração de Caracas em 1990 precede o marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois esse movimento de caráter internacional, ganha visibilidade nas américas, pois remodela a assistência em Saúde Mental. Foi determinante o processo ocorrido em Caracas, para que fosse dando voz ao movimento da Reforma Sanitária, reiterando a luta pela democratização e pelo acesso universal da população usuária aos serviços de saúde na década de 1990, alertando a sociedade brasileira sobre as barbáries cometidas contra pacientes internos nos hospitais psiquiátricos e manicômios. Com a promulgação da Lei 10.216/2001 alguns avanços foram significativos na forma de pensar e repensar o conceito e o cuidado em Saúde Mental, a partir de uma perspectiva de humanização do processo de saúde-doença e centralização das ações psicossociais na família e não apenas no sujeito. Dentre as quais podemos citar:

- Mudança no modelo asilar;

---

<sup>5</sup> Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em 02/12/2018.

- Implantação de dispositivos de Saúde para substituir os manicômios e hospitais psiquiátricos;
- Implantação da RAPS- Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no cuidado intersetorial;
- Articulação de Rede;
- Fortalecimento das ações de Atenção Básica;
- Financiamento da saúde;
- Autonomia;
- Questão epidemiológica.

No entanto, a criação da Lei 10216/2001 não resolveria todos os problemas latentes deixados pelas mazelas do capitalismo, com a visão mercadológica, através da criação de manicômios e hospitais psiquiátricos que tratavam desumanamente dos doentes, era necessário que existissem os serviços substitutivos<sup>6</sup> aos manicômios.

Com as experiências e reflexões de Franco Basaglia no norte da Itália, o conceito de Reforma Psiquiátrica sofre uma radical transformação. Ao invés da reforma do hospital psiquiátrico como um espaço de reclusão e não de cuidado e terapêutica, postula-se a sua própria negação. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passa a ser denunciado como manicômio, que se pauta na tutela, na custódia e na gestão de seus internos. (AMARANTE, 2008<sup>7</sup>)

Conforme declarado acima, os modelos substitutivos ao modelo asilar, surgem como proposta de inclusão do usuário e familiares às políticas públicas tendo em vista a necessidade de que o mesmo receba o tratamento adequado ao sofrimento mental apresentado. Nessa perspectiva da busca pela autonomia do sujeito, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), que atuam na lógica antimanicomial e de cuidado, ancorados na política de Humanização, que foi criada em 2003 com o propósito de melhorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde, bem como proporcionar melhores condições de cuidados aos usuários, como proposta de inclusão, conforme um de seus princípios:

[...] Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de

<sup>6</sup> Termo designado pelo Ministério da Saúde aos CAPS's.

<sup>7</sup> Fonte: Blog Memória da Loucura Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>. Acesso em 05/06/2018.

cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si [...](BRASIL, 2003, p.5)<sup>8</sup>

Diante do exposto, podemos afirmar que o doente e sua família encontram-se vulneráveis<sup>9</sup> a situações mediatizadas que se não forem tratadas acabam se metamorfoseando a outras situações cotidianas, necessitando receber todos os cuidados necessários para minimizar o sofrimento do doente e seus familiares. Em relação aos usuários dos serviços de saúde mental, temos uma atenção mais particularizada tendo em vista o caráter do atendimento, que é pautado na lógica do cuidado permanente por toda equipe.

Neste sentido “[...] o louco<sup>10</sup> era visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, de sua fragilidade humana e de sensibilidade à dor física,[...] como a animalidade, a loucura era sinal de humilhação e sofrimento [...]”. (MILLANI;VALENTE, 2009, p.8,) por isso os pacientes eram internados em manicômios afastados da cidade onde o acesso era mais difícil para visitas familiares.

A conquista por uma Saúde Mental mais humanizada e condizente com os princípios do SUS amenizou tantos sofrimentos e injustiças sociais, que mesmo aqueles que perderam seus entes queridos no holocausto Brasileiro<sup>11</sup>, que registrou 60 (sessenta) mil mortes, sentiram-se aliviados, pois nascia a esperança para dias melhores na Saúde Mental.

A Lei nº 10.216/2001 que “[...] dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [...]” (BRASIL, 2001 p.1), remodela e direciona o modelo hospitalocêntrico<sup>12</sup> que outrora era a prática comumente utilizada nas clínicas e hospitais/manicômios. Abre espaço para novas práticas terapêuticas para inserção dos usuários na sociedade e em atividades integrativas, com o objetivo de reafirmar sua autonomia e autoestima. A partir da Lei nº 10216/2001, o movimento de trabalhadores, sociedade civil e familiar em prol de espaços saudáveis para continuar o tratamento psiquiátrico de seus entes queridos, surge os dispositivos substitutivos aos manicômios. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS’s) são regulados pela Portaria nº 336/2002, especificando o porte de cada um de acordo com o quantitativo populacional de

<sup>8</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em 05/04/2019.

<sup>9</sup> Quando nos referimos ao termo “vulneráveis” entendemos segundo Montañó (2014) na obra “O canto da Sereia crítica a ideologia e aos projetos do ‘Terceiro Setor’” que se trata da discussão sobre conceitos que tem sido utilizados pelo Banco Mundial e são de cunho conservador. Tais conceitos tem se disseminado nas políticas públicas e entre autores do Serviço Social. Para mais aprofundamento, realizar leitura do estudo.

<sup>10</sup> O cenário anterior à Reforma Psiquiátrica era de completa exclusão social e discriminação, qualquer comportamento anormal, era considerado como loucura.

<sup>11</sup> Expressão usada para descrever a morte trágica de milhares de pacientes internados no hospital colônia em Barbacena, tema do livro da Jornalista Daniela Arbex, ano de 2013.

<sup>12</sup> Terminologia utilizada para retratar o antigo modelo asilar anterior à Reforma Psiquiátrica nos hospitais.

cada município, atribuindo funções de cada ente federado, estabelecendo pactuações e as contrapartidas financeiras. Os CAPS's atuam na lógica antimanicomial e possuem em sua composição técnica uma equipe multiprofissional, composta por Médico Generalista e Psiquiatra, Psicólogos (a), Assistente Social, Enfermeiros, Artesãos, Terapeuta Ocupacional, Farmacêuticos(a), Educador Físico, Nutricionista, etc.

A partir de sua inserção na política de saúde, as ações dos CAPS's têm dado suporte terapêutico e medicamentoso aos pacientes em constante sofrimento mental ou em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

## **2.2 Breve Trajetória da Implantação do CAPS no Brasil**

O movimento dos trabalhadores em saúde mental emerge sob influência do pensamento de Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano, cuja crítica aos hospitais psiquiátricos assume abrangência internacional na defesa da desinstitucionalização das ações em saúde mental, humanização dos hospitais psiquiátricos, melhores condições de trabalho e expansão dos serviços ambulatoriais em saúde mental (Vasconcelos, 2008). A autora aponta para expansão e formalização do modelo sanitarista, na década de 1980, pela montagem de equipes multiprofissionais de saúde mental e os avanços na criação do Sistema Único de Saúde, consagrado na primeira Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nessa conjuntura, a Reforma Psiquiátrica visava expansão da rede ambulatorial em saúde, controle de internações nos hospitais psiquiátricos, humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais.

Em 1987, temos o surgimento do primeiro CAPS no país na cidade de São Paulo sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. A implantação deste primeiro CAPS foi um avanço nesse processo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico. Pitta (2011, p. 6-7) destaca detalhadamente a importância desse dispositivo de Saúde Mental:

O CAPS Luiz Cerqueira nasce em 1987 e é identificado como “marco inaugural” de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. [...] Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda no território.

A trajetória da implantação do CAPS Luiz Cerqueira no Brasil, nos leva a revisitar o contexto histórico da Luta Antimanicomial, não apenas no Brasil, mas em outros países, como

a Itália. A exemplo, não poderíamos deixar de destacar o papel fundamental da influência de Franco Basaglia para o contexto histórico dos avanços no campo da saúde mental, como um dos grandes precursores da Reforma Psiquiátrica. O Brasil adotou algumas práticas do modelo antimanicomial de Basaglia que são relevantes para compreender sua militância.

Tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de transformações naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. Seu livro “A Instituição Negada” é considerado uma obra-prima da Psiquiatria contemporânea<sup>13</sup>.

Basaglia defendia veemente o fim das prisões, pois lutava por um modelo de tratamento humanizado e pelo fim dos manicômios, lutava pela inclusão dos loucos, ao lado de Nise da Silveira (1946-1974), Juliano Moreira (1873-1933) dentre outros militantes e célebres que se destacaram no cenário de lutas, em que a Reforma Psiquiátrica Brasileira rompeu com os paradigmas do conservadorismo e do assistencialismo que durante anos marcou a política de saúde, sobretudo a saúde mental.

Após uma visita ao Brasil para uma conferência em 1979, Basaglia (1979) situou o público presente sobre alguns avanços na nova proposta terapêutica no Hospital Psiquiátrico de Gorizia nos anos de 1963-1964:

No momento em que entramos nesse hospital, dissemos um não, não à psiquiatria, mas sobretudo à miséria. Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. Precisava ter respostas reais para o seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família de tudo aquilo que nós como médicos que os tratamos também precisamos. Essa foi nossa invenção, o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades [...] (BASAGLIA, 1979, p.17)

Essas palavras do autor nos levam a mergulhar num mar de tantas interrogações sobre os rumos que tomaram as novas práticas adotadas, ao mesmo tempo em que sentimos gratificados como profissionais de saúde, relembando os impactos dessas mudanças diretamente na vida de cada paciente e de sua família, através dos ganhos imediatos de toda equipe médica e de apoio, ao se deparar com o sorriso no rosto de cada paciente e que

<sup>13</sup> Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>. Acesso em 24/01/2019.

conseguiu num curto espaço de tempo dar respostas ao sofrimento alheio, que por décadas se perpetuou no mundo. Assim, essas mudanças contextualizadas e articuladas com o sujeito provocam significativas transformações na vida social e política desses sujeitos.

Basaglia (1979) conseguiu avanços no tratamento de enfermidades que inspiravam mais atenção e cuidados, tratou terapeuticamente os pacientes, ofertando-lhes além de medicamentos, cuidados e atenção merecida<sup>14</sup>. Merece destaque também o contemporâneo, Paulo Delgado autor da Lei nº 10.216/2001 (sobre a Reforma Psiquiátrica), nasceu em 1951, é sociólogo e cientista político, militou por várias causas ligadas ao movimento dos trabalhadores e pelo fortalecimento da família, causas trabalhistas, dentre outras bandeiras de luta, tendo em destaque sua coragem ao propor um projeto de Lei que causaria tamanha revolução em milhares de famílias e de usuários que sofreram por tanto tempo e nunca haviam conseguido exercer cidadania, se quer sabiam seu significado. Paulo Delgado deixou seu legado na Saúde Mental e representou o início de uma proposta de cuidado terapêutico e humanizado.

O remodelamento hospitalocêntrico dando lugar aos CAPS's e a outros dispositivos de Saúde Mental que passou a adotar as práticas inovadoras e agregaram mais condições humanas e adequadas para lidar com o adoecimento mental. A Lei nº 10.216/2001 foi o divisor de águas nessa transição do modelo asilar e o remodelamento das práticas hospitalocêntricas, fruto do projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, pois,

Em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulga a Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse texto reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação voluntária arbitrária ou desnecessária. (BELINCK, MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008, p.2)

No entanto, essa conquista tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, tendo em vista as propostas discutindo a materialização da Lei, de acordo com Belinck, Magtaz e Teixeira (2008, p. 3) “[...] compreendeu os anos de 1990-2003, representando o período máximo para consolidação da Lei [...]”. Como resultado da implementação do serviço substitutivo aos hospitais e manicômios, foram criadas algumas portarias para regulamentar os serviços utilizados pelos CAPS's, dentre as quais podemos destacar: Portaria nº 336 de 19

---

<sup>14</sup> Quanto a esta expressão, nos referimos ao fato de que os pacientes tratados por Franco Basaglia, receberam um tratamento humanizado, recebiam atenção e não eram tratados apenas pelo seu estado de enfermidade.

de Fevereiro de 2002 “[...] que regulamenta e estrutura o funcionamento dos CAPS’s; a Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002 que “[...] estabelece o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [...] define mecanismos de extensão da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se saúde mental”. Ainda temos a Portaria nº 3088/2011 que “[...] institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[...]”. (BRASIL, 2011). Cabe-nos destacar os serviços e dispositivos da Portaria nº 3088/2011 e a sua forma de organização:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial. Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços: I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades; II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas: a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1. pessoas em situação de rua em geral; 2. pessoas com transtornos mentais; 3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros; b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Conforme descrito pela Portaria nº 3088/2011, os dispositivos de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, são acessíveis aos cidadãos e suas famílias, situando-se no território ou geograficamente acessível através da articulação de rede, nos CAPS's em que o serviço não for disponibilizado no seu município, uma vez que depende do quantitativo populacional para que recebam os devidos serviços.

Para reafirmar nosso posicionamento a respeito da articulação de rede, trazemos uma declaração do autor,

Nos CAPS e na ESF, a triagem da demanda tenta equalizar o fluxo entre a chegada, a permanência e a saída do usuário dentro do serviço. Este processo, denominado de acolhimento, enfatiza uma escuta qualificada, mas com foco na situação clínica e na sua gravidade para resolução e/ou encaminhamento. Inegavelmente, muitas pessoas estão ausentes dos serviços, por diversos motivos que impedem sua entrada. Caracterizam a demanda reprimida pelo sistema. Para tanto, a atenção integral mobiliza a equipe para uma aproximação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial, tanto nos aspectos socioeconômicos como também na condição clínica que facilitem o acesso e efetivem a resolução de queixas e necessidades. (PINTO et al, 2012, p.4)

É salutar fomentar tal discussão, pois sem essa compreensão podem incorrer em equívocos recorrentes a respeito do cuidado em saúde, tais como: excesso de medicação, centralidade na figura médica, (esse é o mais frequente) ausência de discussão dos casos e falta de articulação. Além de manifestações de preconceitos, tratamentos arcaicos, jargões discriminatórios, dentre outras atitudes de profissionais da área de saúde, que acabam colocando em risco toda uma história de lutas e conquistas na Saúde Mental.

Muitos estudiosos tem apontado como ações exitosas o acolhimento em saúde, embora não seja uma prática específica da política de saúde mental. Conforme apontam

O Apoio matricial constitui um arranjo organizacional em que uma equipe de referência deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis até nove equipes de saúde da família (ESF) ou de atenção básica em geral. Assim como a equipe de referência que tem por objetivo produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde. (AOSANI e NUNES, 2013, p. 73)

O apoio matricial/acolhimento é uma ferramenta essencial que deve ser constantemente utilizada pelas demais políticas que atuam na lógica multidisciplinar, pois facilita bastante o trabalho e dá materialidade as ações profissionais, proporciona aos trabalhadores a compreensão da política na qual estão inseridos, amplia o diálogo que é essencial ao trabalho em rede. Esse comprometimento dos profissionais em relação às práticas terapêuticas que compõem o Projeto Terapêutico Singular do usuário torna-se uma ferramenta

riquíssima para ampliar o campo de visão e tornar proativo o agir profissional na saúde mental, conforme já orienta a Política Nacional de Humanização (PNH).

Lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a PNH visa fortalecer os princípios do SUS na prática cotidiana dos profissionais, usuários e gestores, conforme

A PNH<sup>15</sup> estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (MS, 2003)

Conforme visto, modificar os processos de trabalhos implica em modificar também o ambiente, as relações sociais e os vínculos entre usuários e profissionais pela busca de melhores condições de saúde. A PNH foi construída com a finalidade de propor ações colaborativas em saúde, o que facilita a atuação em grupos de trabalho e equipes multiprofissionais.

As portarias do Ministério da Saúde que definem os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais em sua maioria são falhas e deixam lacunas na sua interpretação, como a Portaria nº 544/2018 que define as diretrizes para o cadastro dos novos modelos de CAPS's Álcool e Drogas (AD) IV, que quantificam e descrevem os profissionais. Em sua composição, temos números insuficientes de profissionais inseridos na Portaria, a exemplo do Assistente Social que consta apenas 01(um) profissional na divisão por equipes, com uma carga horária de 30h/semanais. Vemos, portanto, uma precariedade de recursos humanos da saúde, o que acarreta em um desgaste mental coletivo refletindo nos resultados dos serviços prestados a população.

Como integrante da equipe multiprofissional do CAPS, o Assistente Social teve sua contribuição na política de saúde e posteriormente, na política de Saúde Mental, como veremos a seguir.

---

<sup>15</sup>Para maiores informações, acessar: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em 21/08/2019.

## CAPÍTULO 2

### 3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Serviço Social tem sua atuação profissional no campo da saúde pública anterior a promulgação da Constituição Federal em 1988 e consolida-se através da criação da Lei Orgânica da Saúde (1990). A profissão vem contribuindo teoricamente com seu saber crítico, antes e após o movimento de Ruptura da Profissão (BRAVO, 2004; BRAVO; MATOS, 2001 Apud MARTINI e DAL PRÁ, 2018). A criação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 abre espaço para que a profissão possa ter seu reconhecimento como classe inserida na divisão social e técnica do trabalho, buscando apreensão teórico-metodológica, de uma política multidimensional como a política de saúde. A partir dessa conquista e tendo mais visibilidade no cenário político, houve necessidade de mediação do Serviço Social para garantir a efetivação de direitos, uma vez que os interesses de classes são antagônicos e só reproduzem as relações de produção capitalista.

Nesse cenário sociopolítico, se fortalece a necessidade da materialização do Projeto ético político da categoria, apoiada pelas diretrizes do SUS na garantia de direitos à população usuária e busca democratizar esse acesso, conforme:

A relação orgânica entre o Projeto Ético- Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária brasileira vincula-se ao horizonte social estratégico a que ambos se filiam, cujas estratégias de democratização da riqueza socialmente produzida e o acesso universal aos bens e serviços exigem tanto a resistência à sociabilidade capitalista, como o reforço ao movimento organizado dos/as trabalhadores/as. (CFESS 2010, p.18)

Essa inserção dos assistentes sociais na saúde foi institucionalizada através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218/1997 que institui as profissões da saúde, dentre elas, o Assistente Social, ficando as observações legais em relação às competências e atribuições profissionais de cada categoria. Destacamos algumas atribuições dos assistentes sociais na saúde, a partir da Regulamentação da profissão.

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; • análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; • compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; • identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as

novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996) (BRASIL, 2010, p.32).

Com a consolidação do projeto ético político da profissão, o Serviço Social tem um campo de atuação bastante amplo na política de saúde, pois as competências profissionais se coadunam com a garantia do acesso à saúde, amparado pela Constituição Federal de 1988 que em seu artigo 196 traz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

No artigo constitucional que trata do direito à saúde, está atrelado à garantia dos demais direitos sociais e das condições econômicas da população usuária que necessita dos serviços ofertados pela política de saúde. Sabemos que o acesso à saúde é garantido pela Constituição Federal, no entanto, o que se percebe é a falta da materialização desse direito, uma vez que o conceito de saúde é ampliado, não se limitando às questões físicas do sujeito, mas leva em consideração um conjunto de ações articuladas que devem garantir melhores condições de vida à população.

O Estado não investe o necessário na saúde pública e tampouco oferece condições para que os governos e municípios atendam a quem necessita de forma mais integral, universal e com a qualidade necessária às especificidades de cada sujeito, realizando uma análise de conjuntura.

Partindo para a especificidade do Assistente Social, o artigo 4º da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/1993) define as competências profissionais do Assistente Social, dentre elas destacamos: “[...] elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.” Partindo dessas competências profissionais, iniciamos a discussão sobre a inserção do Serviço Social na política de Saúde.

Diante do direito à vida, a uma saúde de qualidade e acesso a todos os demais complementos para assegurar o bem estar material da população, têm latente as expressões da

“questão social” que ora afirmamos com embasamento teórico, serem produzidas e reproduzidas pelo capitalismo, portanto, estão diretamente ligadas a intervenção profissional, sendo o Assistente Social, profissional qualificado para compreender essa lógica nefasta de manipulação das massas, enfraquecimento da organização de classes e negação dos direitos sociais.

Pensar na inserção do Assistente Social nas políticas públicas não é algo novo, porém diante da atual conjuntura política, nos preocupa de que forma a atuação profissional do Assistente Social está sendo executada. Num cenário de completa negação dos direitos sociais, de proposituras minimalistas e centralizadoras, o projeto ético político da profissão está ameaçado. Diante desta afirmação, nos reportamos à fala de Paulo Netto (1999 p. 104-105) sobre o Projeto ético político do Serviço Social, ao afirmar que:

[...] tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.

No contexto institucional refletir sobre esses princípios éticos, nos leva a considerar o quantitativo de demandas emergentes que chegam ao Assistente Social e muitas vezes impedem que o mesmo faça uma análise reflexiva sobre seu processo de trabalho. Cabem-nos alguns questionamentos: como exercer essa liberdade num espaço permeado por ditames autocratas, que se preocupam com números e não com vidas? Ocupam-se de pensamentos individualistas e desprezam as organizações de classe que lutam por ideais construídos coletivamente!<sup>16</sup>

Instigamos esses questionamentos para explicitar que o campo da saúde é amplo e por isso precisa ser refletido pensando no cotidiano tanto do profissional quanto do usuário que estão imbuídos nesse processo de exploração da exploração<sup>17</sup>, de um sistema que já tem déficit econômico considerável diante da crise econômica e tem rebatimentos diretos na vida da população que precisa do atendimento médico e assistencial. Ao mesmo tempo em que não podemos cair no falso dilema fatalismo/ messianismo, como já nos alertava Iamamoto<sup>18</sup> (2004) diante desse cenário de intensas lutas e desafios profissionais, que refletem nas ações

<sup>16</sup> Esta expressão refere-se as nossas inquietações pessoais diante desse sistema perverso que aprisiona e intimida o Assistente Social no espaço ocupacional.

<sup>17</sup> Seria a exploração do capital pela instituição que é reproduzida pelos profissionais e gera a imediatividade das ações aos usuários, sem reflexão da práxis.

<sup>18</sup> A autora discute o falso dualismo entre fatalismo e messianismo no Serviço Social em seu livro: Renovação e Conservadorismo no Serviço Social- Ensaio Críticos, 7ª edição, 2004

coletivas no atendimento cotidiano à população usuária, sendo necessário uma boa análise de conjuntura política para que o usuário receba serviços de qualidade e não atrele as condições técnicas de trabalho do profissional como empecilho para um bom atendimento.

Conforme (CFESS, 2010, p.41) “Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.”

Na saúde o profissional tem muitos desafios à sua frente, como buscar meios reais para propiciar o atendimento à população usuária, que minimize suas necessidades emergenciais ou cotidianas. Conforme CFESS (2010) o assistente social: “[...]O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional [...]”(p.40). Nessa direção política, o CFESS enfatiza no mesmo documento, a atuação do profissional na saúde mental como um campo desafiador e que exige não apenas habilidades específicas ou gerais, mas requisita ao profissional um compromisso com usuários e familiares que sofrem com o adoecimento mental, a saber: “[...]nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político, enfatizando as determinações sociais e culturais e preservando sua identidade profissional [...]”(p.41).

No trabalho com grupos ou individualmente, o profissional precisa exercer seu compromisso ético-político e defender os direitos da população usuária, evidenciando a direção política da categoria.

Pela aproximação da profissão com os movimentos sociais e a defesa aos direitos dos trabalhadores, o Assistente Social atua diretamente na defesa da população usuária, buscando efetivar direitos. A exemplo, trazemos aqui algumas situações práticas que demonstram o quanto ao Assistente Social tem a contribuir nessa política: facilitando o acesso dos usuários aos demais serviços da rede, ouvindo suas queixas sobre dificuldades enfrentadas, realizando visitas domiciliares quando necessário, seja para concessão de direitos ou para acompanhamento de casos. Tais práticas tão comuns na maioria das políticas públicas nas quais o Assistente Social faz parte da equipe de trabalho vem consolidar a defesa do Projeto Ético Político da profissão articulado a defesa da Política de Saúde.

Os desafios para atuação profissional no campo da saúde, não difere das demais políticas, uma vez que o cenário de sucateamento do país demonstra um retrocesso na ampliação da participação do cidadão nas decisões sobre as demandas emergentes, na

qualidade dos serviços prestados, no repasse de recursos públicos, na transparência de gastos e investimentos pelos gestores públicos.

O Assistente Social, nesse processo de reprodução social e de embates políticos no espaço institucional, acaba se deparando com uma rotina de plantões exaustivos, de escassez de materiais, de ferramentas de trabalho inadequadas ou ausência das mesmas, além da relativa autonomia, que deve ser conquistada cotidianamente. A esse respeito trazemos a reflexão de Guerra (2005, p. 6)

[...] o cotidiano profissional é pleno de requisições de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões de superiores os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas às mesmas. Neste contexto, a prioridade é de responder aos fenômenos não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, desespecializadas, formais, modelares, em obediência a leis e superiores, sem a qualificação necessária para distingui-las de respostas atribuídas por leigos.

O profissional depara-se com demandas e história de vida dos usuários tendo que absorver todas elas e ainda buscar e /ou propor soluções para cada caso apresentado. Essa situação põe em risco até mesmo sua saúde psicossocial, pois é necessário tempo para cuidar de si, evitando adoecimento no trabalho, principalmente quando seu espaço ocupacional é um hospital ou outro dispositivo de saúde que implique regime de plantão e um contingente populacional expressivo.

A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo (CFESS, 2010 p.40)

Como declarado acima, essa complexidade de intervenções sociais, somadas ao nulo ou precário acesso da população usuária a um atendimento que lhe permita conviver no território e promover sua saúde, não é tarefa fácil. É um desafio! Os atendimentos individualizados ou coletivos devem sempre estar articulados com as demais políticas setoriais, além de manter o nível de atendimento com os demais colegas plantonistas. Deve-se lembrar que o usuário do serviço de saúde é o mesmo que permeia as demais políticas (Educação, Assistência Social, Habitação) portanto, ao buscar o mesmo serviço de saúde, deve-se dar continuidade as ações coletivas iniciadas pela equipe ou por qualquer dos profissionais de plantão, evitando que o usuário se sinta invisibilizado na rede. O usuário não

é apenas do SUS, ele é parte de uma rede de apoio<sup>19</sup>. Essa noção de pertencimento territorial deve ser fortalecida, independente das mudanças de gestão que habitualmente estamos sujeitos.

O agir profissional do Assistente Social no campo da Saúde, ganhou tamanha visibilidade política pelo seu engajamento social em movimentos da categoria e do sistema de saúde. Sua militância social e histórica se destaca, pois, a categoria tem essa capacidade de fazer uma análise de conjuntura capaz de interpretar esse movimento dialético.

Dessa forma, podemos contribuir para o desenvolvimento das ações coletivas dos sujeitos com os quais trabalhamos na perspectiva da defesa, da conquista e da ampliação dos direitos e da construção de uma sociedade emancipada. Nosso projeto ético-político teve, como um dos móveis centrais para o seu desenvolvimento, a força política e organizativa de um conjunto variado de lutas, movimentos e organizações dos trabalhadores no campo da sociedade civil brasileira a partir dos finais da década de 70 e década de 80. Força política que foi incorporada – em suas necessidades e reivindicações – e apreendida – no campo teórico – pelos setores progressistas da profissão. Coube ao protagonismo destes segmentos progressistas as transformações no conteúdo do processo formativo dos assistentes sociais; a reformulação dos princípios e valores do nosso Código de Ética; a densidade teórica e qualificada da produção acadêmica e do debate teórico-político; a solidez político-organizativa e classista de nossas entidades representativas. Com esta apreensão, afirmamos que o nosso projeto profissional se alimenta, se vitaliza, se fortifica – especialmente nas condições atuais que lhe parecem tão adversas - tanto no avanço daquela base social, qual seja, das organizações e lutas das classes subalternas – quanto na vontade majoritária do campo profissional. (DURIGUETO, 2013, p. 3)

O Assistente Social tem um olhar além da doença, ele enxerga as possíveis demandas sociais que possam estar causando tal adoecimento. Isso é imprescindível para um profissional da área de saúde, estar atento a essas manifestações, o torna essencial nessa articulação com as demais políticas.

Como desafio profissional, o Assistente Social, precisa buscar seu aprimoramento intelectual, investir em capacitações, cursos e outras estratégias como apreensão teórico metodológica e técnico operativa. Sabemos que essa apreensão nem sempre é viável pela forma como se apresenta o espaço institucional. Atrelado ao aporte teórico o Assistente precisa compreender sua inserção como um trabalhador que está suscetível a adoecimentos, portanto, profissional e usuário encontram-se num mesmo ciclo de reprodução social que visa lucros, adoecimentos, exploração do trabalhador e negação de direitos.

Como contribuição do papel do Assistente Social na Política de Saúde, segue nossa discussão sobre os caminhos para consolidação do Serviço Social nas políticas públicas, iniciada pelo processo de renovação e reconceituação da profissão.

---

<sup>19</sup> A partir da concepção do SUS, que prevê a universalidade das ações em saúde para o mesmo usuário, independente de sua condição geográfica (Lei nº 8080/1990).

### 3.1 O processo de Renovação do Serviço Social

Para Paulo Netto (1991) o processo de renovação do Serviço Social, é visto como um cenário bastante distinto do apresentado em meados de 1960, que não apresentava a pluralidade das refrações da “questão social”, não havia heterogeneidade nas suas discussões político-ideológicas, ou seja, não havia a clareza de um objeto de estudo, de um arcabouço politizado e compromissado com as demandas da classe, pois seu caráter antes meramente assistencialista passa a incorporar traços de uma ruptura pela hegemonia de um projeto político que fosse capaz de dar conta da emergência da “questão social.”

Paulo Netto (1991) define a renovação do Serviço Social, como:

[...] o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo da tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimidade prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais. (PAULO NETTO, 1991, p. 131).

Esse processo de renovação da profissão era voltado para a busca de novos horizontes e de uma dimensão inscrita no campo teórico-metodológico que vai além de corporativismo e exclusivismo, sendo, portanto um marco diferencial com ideais amplos e voltados para o mundo do trabalho e o mundo da cultura. O autor aponta “[...] a ênfase na análise crítica do próprio Serviço Social [...]” e diz que a profissão se coloca como objeto de pesquisa. Nesse marco, “[...] o Serviço Social explicitamente se questiona e se investiga como tal [...]” (PAULO NETTO, 2005 p.133).

Para a profissão nessa efervescência política e social, o marco foi sem dúvida o processo de sua reconceituação, conforme Paulo Netto (2005, p. 18) coloca:

É precisamente este “Serviço Social crítico” que vem redimensionando radicalmente a imagem social da profissão e hoje, é reconhecido no plano acadêmico como área de produção de conhecimento, interagindo paritariamente com as ciências sociais e intervindo ativamente no plano da formulação de políticas públicas.

O mesmo autor descreve o marco da reconceituação, através da organização da categoria quando fora criado o Projeto Ético-político da profissão, e a reformulação do Código de Ética em 1993, fruto de lutas e incessantes discussões amadurecidas que rompia definitivamente com o conservadorismo burguês e contra a ditadura. Portanto, era sua vinculação em prol da classe trabalhadora e a defesa de seus direitos. Apresentaremos a essência do Projeto Ético Político através dos 11(onze) princípios fundamentais.

I-Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes -autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 1993).

A materialização dos 11 princípios contidos no código de ética profissional não é algo simples e nem deve ser visto dessa forma, pelo contrário, não se deve relativizá-lo, mas compreendê-lo a partir de uma visão histórico-crítica da realidade social. O Assistente Social deve estar empenhado em lutar pela classe trabalhadora, não se excluindo desse processo de precarização e venda da sua força de trabalho, mas buscando meios efetivos para eliminar as barreiras que se colocam frente aos direitos da população. Devemos nos imbuir do mesmo sentimento de luta que motivou as pioneiras do Serviço Social, os/as profissionais que resistiram no período truculento da ditadura militar (e ainda resistem) e nós, que somos contemporâneos/as. Esse Código de Ética, os princípios e demais deveres e direitos a ele embutidos, forjam o caráter da profissão. É preciso antes de tudo, respeitar a história da luta de classes.

Situa-nos ainda, sobre os caminhos traçados pela profissão para compreender que, lidar com as refrações da “questão social”, é tornar-se também um sujeito de direitos na efetiva busca pelo saber teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Inserido como profissional que busca compreender essa relação intrínseca entre interventor-mediador e usuário-sujeito (PAULO NETTO, 2005).

Para reforçar nossas ponderações sobre o legado da profissão rumo a reconceituação da profissão, trazemos a fala de Guerra (2009):

O Serviço Social renovado é fruto de um conjunto de alterações na sociedade brasileira, e os Assistentes Sociais fizeram parte dessas mudanças, sendo uma

referência legítima para os movimentos sociais e sindicais e para as novas gerações. Nesse processo, ampliam-se os sindicatos e a categoria se aproxima de outras profissões, estabelecendo novos vínculos e alianças sociopolíticas. A incorporação da perspectiva crítica, especialmente a de extração marxista, permitiu o salto quantitativo na análise de interpretação da sociedade burguesa, visando apreender suas contradições e romper com suas instituições. A constituição de uma massa crítica exige [...] um esforço significativo da categoria no sentido de qualificar e formar em nível de graduação, adequando-a ao perfil profissional competente, crítico e compromissado, capaz de responder ao tempo histórico em curso. (GUERRA, 2009, p. 9).

Dessa forma, pensar nas relações sociais no âmbito das políticas sociais, é ser criativo e propositivo, comprometido com o Projeto Ético Político da Profissão, disposto a inovar no ambiente de trabalho, embora existam as correlações de forças, travadas no interior da instituição. Essa correlação de forças exige bastante amadurecimento do profissional e uma análise de conjuntura, para apreender a realidade.

Ressaltamos que as transformações que o Serviço Social sofreu, contribuíram para ampliar a discussão sobre os rumos que tomaria a profissão, num cenário de cerceamento e controle da ordem, de diminuição dos mínimos sociais, de redução dos direitos sociais etc.

Não podemos esquecer essa história de lutas sociais que desencadearam a necessidade de **“refletir os rumos da profissão, de propor ideais, de lutas e embates<sup>20</sup>”**. Se não houvesse uma tentativa de rompimento com a ordem burguesa, teríamos outro cenário para o Serviço Social hoje, conforme,

Há que se levar em conta o momento particular do Serviço Social, buscando a sua consolidação como profissão em uma área supostamente considerada como benemerência e desempenhando ações no sentido de organização da demanda aos serviços e benefícios oferecidos pelo aparato institucional público e privado. O debate sobre o significado das funções no trato das questões sociais, e destas com as questões estruturais e conjunturais passava ao largo das preocupações profissionais. Essas funções eram centradas de forma bastante endógena no interior do Serviço Social, nos processos e métodos de intervenção, autonomizados das instâncias institucionais, até meados da década de 1970 (MIOTO e NOGUEIRA, p. 3, 2013).

Conforme apontam as autoras, o momento de ruptura da profissão representou a vitória não apenas da profissão, mas da sociedade civil organizada que teve a oportunidade de ter um profissional propositivo e que de fato milita pela classe trabalhadora e atua na lógica da efetivação de direitos.

Seguindo o curso do engajamento da profissão nas políticas públicas e sua contribuição para o avanço do acesso da população usuária aos espaços institucionais e a

---

<sup>20</sup> Estas reflexões estão subsidiadas pelas afirmações de Yamamoto ao descrever a necessidade de afirmação da profissão.

desconstrução do caráter de favor e ajuda que foi atribuído à profissão, discorreremos brevemente sobre a Política Social.

Segundo Behring e Boschetti não houve uma mudança radical entre os dois Estados, mas sim uma mudança na perspectiva do Estado liberal que, obrigou-se a assumir um caráter de proteção social, investindo em políticas sociais, como afirmam:

Não se trata, então de estabelecer uma linha evolutiva linear entre o Estado liberal e o Estado social, mas sim chamar a atenção para o fato de ambos tem um ponto em comum: o reconhecimento de direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.63).

Para as autoras, o aparecimento das Políticas Sociais no Brasil, não segue o tempo histórico dos países capitalistas, apesar do escravismo no século XIX e o acirramento da luta da classe operária, bem como a dificuldade dos escravos se inserirem no mundo do trabalho, apontados como consequência das expressões da “questão social”, já existente no país.

Tal situação só foi assumida como questão política no início do século XIX, bem como a instituição dos direitos sociais através das lutas desses trabalhadores, resultando numa correlação de forças; do mesmo modo que esses direitos foram e são até hoje a bandeira de luta da classe trabalhadora, assim também a classe dominante vê nas políticas sociais a abertura para programas filantrópicos, sendo seu caráter de ajuda, favor.

A intervenção social, estratégia criada pelo Estado para atender às necessidades básicas das camadas mais vulneráveis, vem se revelando, segundo Yazbek (2009, p. 132) “[...] como inoperante e incapaz.[...]”. Refletindo para nossa realidade, compreendemos porque Yazbek afirmou esse caráter mínimo da assistência social enquanto política pública, pois o pauperismo aumenta cada vez mais e menos oportunidades são dadas à classe trabalhadora; temos também o reordenamento das mudanças ocorridas na política de trabalho e emprego que tendem a manter a classe que vive do trabalho, cada vez mais excluída.

Essas modificações acabam fragilizando as políticas públicas e atribuindo à política social um caráter paternalista, o que vemos como uma ameaça real às conquistas da categoria, que tem reafirmada a direção hegemônica. A profissão tem participado ativamente da luta de outras categorias e articula-se com todas as políticas públicas, que lutam pela classe trabalhadora, pois consegue fazer muito bem a análise da conjuntura de forma crítica e diante da realidade social, pois os princípios fundamentais do Código de Ética da profissão em vigência de 1993 inspiram a categoria para isso.

Prosseguindo com a discussão sobre o engajamento da profissão nas políticas públicas, apresentaremos a política de saúde mental, que tem na figura do Assistente Social, um profissional crítico e comprometido com a mesma.

### 3.2 Inserção do Serviço Social na política de Saúde Mental

A inserção dos Assistentes Sociais na Saúde Mental tem início desde a formação da Seguridade Social, embora na década de 1960 o sistema ainda não tivesse sido formado e o regime ainda fosse o do INPS,<sup>21</sup> inserido para mediar as contradições sociais do sistema capitalista. Para Nicacio; Bisneto (2013, p.169) “[...] efetivamente a atuação profissional ocorreu nos hospitais psiquiátricos, através de exigências de uma Portaria conjunta do Ministério da Previdência e Assistência Social e INPS [...]”. Subsidiando a fala dos autores, trazemos uma reflexão que enfatiza essas informações,

A reforma psiquiátrica, em curso no país desde a década de 1970, exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica e competência técnica para se envolverem numa prática de cuidado que se constitua num exercício de transformação para todos os envolvidos: usuários, profissionais e as redes sociais em volta deles. Só isso permite manter a esperança de construção de uma nova atitude epistemológica e ética frente ao fenômeno loucura. (PATRIOTA, 2011, p.04 Apud BEZERRA JUNIOR, 2007).

Nesse cenário de adoecimento psíquico, a figura do Assistente Social na saúde mental exigia um profissional crítico frente ao processo de adoecimento que sofriam os usuários e seus familiares. O paciente necessitava de acompanhamento antes e após a alta médica, pois o atendimento médico era precedido pelo acompanhamento dos (a) Assistentes Sociais nas casas de caridade. Nesse período, enfocava-se mais na medicalização do paciente, deixando em segundo plano, o caráter de prevenção em saúde.

O trabalho dos assistentes sociais “psiquiátricos” baseava-se no modelo denominado *after care*, destinado a preparar os pacientes para alta e acompanhar a pós-alta. *After care*, é um termo do campo médico que se refere aos cuidados com os convalescentes, inclusive no puerpério (MACHADO p. 149-150, 2013).

Isso se justifica pela ausência de uma política de saúde mais ampla e integral na época e pelo papel das casas de saúde que eram baseadas na filantropia, embora os Hospitais e Santas Casas de Misericórdia recebessem incentivos financeiros para arcar com as despesas gerais, como folha de pagamento e demais investimentos na manutenção dos prédios.

---

<sup>21</sup> Instituto Nacional da Previdência Social

A partir da concepção da Reforma Psiquiátrica, a atuação profissional deixa de ser meramente de ajuda e favor e se remodela aos padrões da Política de Saúde com enfoque na Saúde Mental, exigindo que o profissional atuasse na lógica Multiprofissional na perspectiva da Saúde Coletiva. Nesse sentido, compreende-se que era necessária uma postura crítica do profissional frente aos demais profissionais que compunham as equipes Multiprofissionais.

De acordo com Bisneto e Nicácio (2013) Apud Yamamoto (2001, p.20)

É importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do serviço social, como pré-condição para que possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades, e descobrir alternativas de ação.

Yamamoto (2001) chama a atenção sobre a capacidade crítica dos profissionais ante as manifestações da “questão social”, como a loucura. Deve-se adotar uma postura interventiva frente aos demais profissionais como ampliação da democratização do debate sobre os aspectos sociais do adoecimento mental, compreendendo que o adoecimento perpassa classes sociais e provoca estigmas que por sua vez, causarão mais impactos negativos na vida social do sujeito. É um ciclo que precisa ser problematizado com a família, usuário e profissionais de saúde.

A concepção anterior à Reforma Psiquiátrica tratava o “louco” como um indigente, que não tinha direitos, não era cidadão. Portanto, como estaria garantida qualquer possibilidade de cidadania, aos invisibilizados na sociedade?! Nesse cenário, a figura do Assistente Social surge com essa necessidade de assegurar os mínimos sociais aos usuários da saúde mental, tendo em vista a condição de escassos ou nulos acessos aos serviços da gratuidade em saúde no contexto da medicina previdenciária.

Em relação às atribuições dos Assistentes Sociais os autores relatam que “eram voltadas para a afirmação da sua cidadania, orientações previdenciárias e trabalhistas, passe livre e ações voltadas para acesso aos direitos sociais, básicos e civis.” (BISNETO e NICÁCIO 2013, p.27). A questão era bem complexa uma vez que se supunha que os entraves burocráticos para assegurar aos usuários o acesso a tais direitos acabavam sendo maior nos casos de mendicância ou outras situações. A população desprovida de recursos materiais buscava o Serviço Social da Instituição no intuito de ter seu direito adquirido ou sua demanda alcançada, nada, além disso. A afirmação da sua cidadania e do seu protagonismo, não era pensada ou refletida como uma ação intrínseca ao agir profissional do Assistente Social.

Após a Reforma Psiquiátrica com a constituição dos CAPS's no Brasil, o trabalho do Assistente Social, pode ser materializado através de atendimentos individualizados ou em

grupo, enfocando o protagonismo dos sujeitos. A visão é centrada no sujeito e não na doença ou na demanda apresentada, sendo esta postura prevista pela Política de Saúde Mental. De acordo com o documento produzido pelo CFESS sobre as atribuições dos assistentes sociais na saúde que sinaliza também, a necessidade de discussão da saúde do trabalhador e da saúde mental como campos de atuação do Assistente Social e que estão distantes da categoria, embora seja evidenciado pelo conjunto CFESS/CRESS, essa necessidade, conforme:

[...] Já nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional.[...] (BRASIL, 2010, p.41)

Não se trata de uma atribuição profissional em relação à inserção na saúde mental, mas sim de uma direção política que os profissionais devem adotar no atendimento da população usuária nos serviços substitutivos de saúde mental.

De acordo com (MACHADO 2009, p. 83) “[...] O fazer do Assistente Social está localizado na trama das relações loucura/exclusão/ discriminação e política de saúde mental/políticas públicas, que vão se delineando e se particularizando no cotidiano na questão social. [...]”

Considerando o atual cenário político-econômico do nosso país, o que outrora fora declarado por Machado (2009), coaduna com as expressões da “questão social” que são peculiares do cotidiano dos usuários como: drogadição, pobreza, discriminação social, situações de risco social a que estavam expostos. Uma população marginalizada que estava adoecida mentalmente precisava de um suporte psíquico para dar voz a seus anseios e o Assistente Social surgiu para que fossem viabilizadas as demandas dessa população, pelo caráter interventivo da profissão.

Para subsidiar nossas reflexões sobre o arcabouço teórico da profissão no campo da saúde mental, apresentaremos as produções dos Assistentes Sociais na Saúde Mental nas principais revistas da profissão.

## CAPÍTULO 3

### 4 A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

#### 4.1 Procedimentos Metodológicos

A proposta do trabalho foi através de pesquisa bibliográfica, envolvendo as publicações mais significativas em virtude de tornar conhecido alguns trabalhos no campo da saúde mental e do Serviço Social, pois é este o objeto de investigação. A pesquisa envolveu os periódicos através do ambiente virtual, bem como através do meio físico nas Revistas Serviço Social & Sociedade, Katalysis e Temporalis e a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

O objetivo do estudo procurou investigar como o Serviço Social tem sido evidenciado nessas discussões e de que forma a política de saúde mental propiciou debates nesse campo do saber. Para melhor compreensão dos dados obtidos, foi realizada a tabulação dos dados e posterior divulgação, através das pesquisas nos periódicos e plataformas virtuais, iniciando uma leitura aprofundada de cada produção, seguida de análise dos artigos. Alves e Silva (1992, p.01) destacam a importância da pesquisa qualitativa, tendo em vista que:

A análise qualitativa de dados é um fenômeno recentemente retomado, que se caracteriza por ser um processo indutivo que tem como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiano dos sujeitos, estando baseada nos mesmos pressupostos da chamada pesquisa qualitativa. Segundo André (1983) ela visa apreender o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto.

E ainda trazemos a declaração dos autores para referenciar a escolha,

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto [...] (FONSECA, 2002, p.32 Apud GERHARDT e SILVEIRA, 2009 p. 37)

Justificamos a escolha do método do materialismo histórico dialético baseado no marxismo em razão de dar mais materialidade ao objeto de pesquisa, ao mesmo tempo em que é facilmente identificado pelas revistas selecionadas, facilitando o acesso aos periódicos através das ferramentas de pesquisa via internet.

De acordo com Paulo Netto (2011) “[...] para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada, nem menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme sua vontade[...]” ( p.52). Está evidente aqui, a importância de compreender a amplitude do método em Marx, capaz de nos direcionar ao movimento da realidade e amparar nosso objeto de investigação, evitando equívocos e recortes desnecessários antes e durante o processo de pesquisa.

Ressaltamos a importância da pesquisa nas ciências sociais trazendo as considerações de Baptista (1999) que aborda a temática sobre “[...] ‘o falso dilema’ do confronto entre as técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa, sendo quase sempre enfocadas como perspectivas aparentemente opostas e até excludentes [...]” (BAPTISTA, 1999, p.31). É importante levar em consideração a importância da abordagem a ser utilizada na pesquisa, evitando o risco de cair no relativismo acadêmico. Paralelo as considerações de Baptista(1999) trazemos a fala de Martinelli (1999) sobre a pesquisa qualitativa, considerando a objetividade do sujeito e do seu objeto. “[...] O pesquisador é integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. [...]”(p.35). Desta forma, a autora reafirma o rigor teórico e o compromisso profissional do pesquisador com seu objeto, mantendo uma relação dinâmica que propicie a interação e a criticidade necessárias ao estudo.

Por se tratar de uma pesquisa em Serviço Social, utilizamos o método do materialismo histórico dialético, porque acreditamos que o mundo está em constante transformação e não podemos realizar nenhuma análise ou investigação sobre qualquer assunto de forma isolada e descolada da realidade. De acordo com Pereira e Pereira (2005), trazemos a afirmação a seguir sobre a importância da pesquisa em Serviço Social, como contribuição da profissão,

[...] Vale dizer: é só pela investigação que se poderá conhecer, com clareza, as possibilidades e os limites da intervenção, bem como o sentido que deverá ser dado a novas investigações. Isso porque: a) a investigação não é uma atividade antagônica à intervenção. Se esse antagonismo ocorre, é devido a deformações profissionais que precisam ser urgentemente superadas, pois, sem investigação a intervenção torna-se cega e sem intervenção a investigação torna-se inútil; b) a prática não corresponde a uma ação mecânica e intuitiva. Como forma de ação pensada, não impõe fronteiras entre atividade material e intelectual e representa um conjunto de atividades, inclusive a teórica. É, pois na unidade entre teoria – prática e investigação – intervenção que o Serviço Social poderá encontrar a via alternativa, de

sentido dialético, que o tornará mais crítico e enriquecedor (PEREIRA-PEREIRA, 1988 Apud PEREIRA-PEREIRA, p. 12, 2005)<sup>22</sup>.

Conforme declarado pela autora, a investigação e a intervenção são dimensões indissociáveis ao exercício da práxis profissional, somente e a partir destas ações é que o pesquisador terá elementos capazes de lhe permitir confirmar ou não suas hipóteses, responder às indagações suscitadas e assim, propor estratégias de uma intervenção capaz de atender ao objeto de estudo. Para o Assistente Social, o universo da investigação possibilita a ampliação de conhecimento e instiga o profissional a não estagnar no seu cotidiano, não permitindo ações minimalistas e sem uma reflexão crítica necessária em todo seu agir profissional.

Adotamos ainda, alguns critérios prévios para a pesquisa sendo que as produções obedecessem ao período delimitado pela pesquisadora; que as produções fossem de Assistentes Sociais, mesmo em co-autoria; que as produções contivessem na discussão o objeto em questão, ou seja, a produção de conhecimento em Saúde Mental articulado ao Serviço Social.

Inicialmente, realizamos uma busca textual através de palavras-chaves sobre o tema da pesquisa, em sites como Google, além de pesquisar diretamente na fonte. Em seguida acessamos o site de cada revista para finalizar nossa busca pelo objeto de pesquisa, o que não foi tarefa fácil, exigiu um período considerável de aprofundamento dos artigos publicados e o ano de publicação, que compreendem a delimitação da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica nos permitiu percorrer caminhos antes desconhecidos e que nesse momento, subsidiaram nossa investigação, enriquecendo cada linha discorrida e debruçada, com muito afinho.

Outra informação que apresentamos aqui e que se faz em relação à escolha das revistas analisadas, é o embasamento da investigação em revistas e acervos das bibliotecas virtuais do Ministério da Saúde e da Fiocruz, no entanto as publicações com o tema proposto, não foram encontradas no período selecionado. Da mesma forma, selecionamos a Revista Radis, que é uma publicação da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), no entanto, no período compreendido, constavam apenas reportagens sobre o tema, mas nenhuma publicação de autoria do/a Assistente Social, portanto, foram descartadas tais fontes.

Buscamos nos debruçar em revistas que trouxessem a temática da Saúde Mental articulada ao agir profissional do Assistente Social e que a autoria das produções fosse de

---

<sup>22</sup> Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?view=43713>. Acesso em 10/12/2018.

um/a Assistente Social, motivo pelo qual acabamos reduzindo o número de revistas para análises. Portanto, a seguir serão apresentadas as fontes pesquisadas conforme explicamos anteriormente.

## 4.2 Apresentação das Fontes de Produção

Buscou-se delinear a pesquisa apenas em revistas que promovessem a discussão em Saúde Mental articulada ao Serviço Social, pois é o nosso objeto de investigação, desta forma, faremos uma breve apresentação das mesmas, trazendo sua relevância política e social.

Quadro 1: Quadro demonstrativo sobre as produções pesquisadas de 2008-2017.

TÍTULO	PERIÓDICO	AUTOR/A	PERÍODO
1.Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?	Katalysis, v. 17, n. 2: Estado e política social: saúde, p. 252-260	<i>Ellayne Karoline Bezerra da Silva, Lúcia Cristina dos Santos Rosa</i>	2014
2.Saúde Mental e Classe Social: CAPS um serviço de classe e interclasses	Serviço Social & Sociedade, 114; p 311-331.	<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa e Rosana Tereza Onokco Campos</i>	2013
3.Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos	Serviço Social & Sociedade n. 118, p. 366-393.	<i>Graziela Scheffer Lahana Gomes Silva</i>	2014
4.Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação	Serviço Social & Sociedade, , 123, p. 562-581	<i>Damares Vicente</i>	2015
5.O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de Saúde Mental	Revista Serviço Social & Sociedade nº 102, p. 339-351.	<i>Conceição Maria Vaz Robaina</i>	2010
6.Reforma Psiquiátrica e Inclusão social pelo Trabalho	Revista Ciência & Saúde Coletiva Suplemento 1, p.1615-1625.	<i>Rubia Cristina Rodrigues Tanimar Pereira C. Marinho Patricia Amorim</i>	2010
7.Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP	Revista Ciência & Saúde Coletiva, nº 21, p. 2101-2110	<i>Marden Marques Soares Filho/ Michele Paula Martins Gomes Bueno</i>	2016

Fonte: Costa, 2018.

Iniciamos pela Revista Serviço Social & Sociedade, uma revista com vasto acervo na área do Serviço Social fundada em Setembro de 1979 e de acordo com avaliação da Capes, possui conceito “Qualis A1” de acordo com sua organização,

[...] apresenta uma política editorial pautada pela diretriz de dar voz a essa valiosa produção acadêmica e profissional dos assistentes sociais e de pesquisadores de áreas afins, repercutindo também o desenvolvimento sociopolítico do Serviço Social e o pensamento de suas entidades representativas. O periódico nasceu na conjuntura

do final do regime militar no Brasil, quando muitos movimentos sociais e populares questionavam o Estado autoritário e clamavam por liberdades democráticas. Momento também de fortes mobilizações sindicais que levaram às grandes greves do ABC paulista e à fundação do Partido dos Trabalhadores e da CUT<sup>23</sup>.

A Revista Serviço Social & Sociedade, tem contribuído bastante para o acesso e a ampliação do arcabouço teórico de Assistentes Sociais, simpatizantes e militantes de movimentos sociais, pelo caráter e rigor da organização editorial da revista. É um importante mecanismo de divulgação, além de possuir um vasto e rico conteúdo que aborda discussões que auxiliam o leitor nos mais variados temas e questões. A editora Cortez, responsável pela assinatura da Revista Serviço Social & Sociedade possui o maior quantitativo de obras na área de conhecimento do Serviço Social, fato constatado através das produções que tivemos acesso na realização deste estudo, o que evidencia seu protagonismo na produção de conhecimento da categoria. Destacamos também que a editora Cortez realiza o Seminário Anual de Serviço Social, que acontece há quatro décadas em alusão ao histórico “Congresso da Virada”, um marco para a renovação da profissão. A respeito da relevância do Seminário Anual do Serviço Social, a editora justifica:

[...] O objetivo deste Seminário é analisar as transformações societárias ocorridas no Brasil em suas dimensões da vida social, cultural, política e econômica e suas repercussões para o Serviço Social e a partir disso, busca potencializar a atualidade do processo de renovação do Serviço Social como um legado imprescindível, que alimenta a ruptura contra o conservadorismo<sup>24</sup>.

A Revista Katálysis “[...] criada em 1997, com periodicidade quadrimestral, tem conceito *Qualis/Capes: A-1* Serviço Social destina-se à publicação de artigos científicos originais sobre assuntos atuais e relevantes no âmbito do Serviço Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares [...]” e:

[...] cada edição focaliza uma unidade temática, tendo em vista sua importância dentro do contexto social contemporâneo, mas abre espaço também para trabalhos que tratem de temas livres. A revista é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e ao de Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.<sup>25</sup>

Conforme apontado pelos organizadores da Revista, sua relevância no âmbito das Políticas Sociais e do debate interdisciplinar nos despertou a investigar em seu meio editorial, as publicações que são objeto desta investigação, pois os artigos produzidos pela mesma tem

<sup>23</sup> Fonte: <http://www.scielo.br/revistas/sssoc/paboutj.htm>. Acesso em 30/04/2018.

<sup>24</sup> Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/semin%C3%A1rio+anual+do+servi%C3%A7o+social/FMfcgxwBWTDMSzDmnfBdHDphXRvMMsNs>. Acesso em 05/04/2019.

<sup>25</sup> Fonte: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/index>. Acesso em 30/04/2018.

sido bastante utilizados nas consultas em meio acadêmico, através do acesso por meio eletrônico. Sua linha de pesquisa coaduna com nosso objeto de investigação, além de ser uma fonte específica da profissão, trazendo para o debate, temas emergentes, ligados ao cenário político e social e nos situando sobre os rebatimentos na classe trabalhadora.

Por último, apresentamos brevemente como foi criada a Revista *Temporalis*,

[...] criada em 2000 e editada pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), se destina a publicação de trabalhos científicos sobre temas atuais e relevantes no âmbito do Serviço Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares, [...] possui conceito B1<sup>26</sup>.

Seguindo a mesma linha editorial da *Katalysis*, a Revista *Temporalis* tem um diferencial que destacamos aqui: sua edição, análise e publicação são feitas pela Associação Brasileira de Ensino, Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) conforme nota acima. Tem relevância em meio acadêmico e profissional, ate pela sua militância no campo da pesquisa em Serviço Social e áreas afins.

Reiteramos para fins de esclarecimento ao leitor, que após análise na Revista *Temporalis* e consulta realizada no próprio site da mesma e nas ferramentas de pesquisa: Google e Google acadêmico, constatamos que a mesma não possui nenhuma publicação sobre nossa investigação no período delimitado, realizamos uma busca com as palavras-chaves e atreladas ao nosso objeto de estudo.

Na busca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, encontrou-se apenas (01) produção que apresenta nosso tema. Sobre a relevância da Revista, trazemos as seguintes informações:

Editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco, a Revista *Ciência & Saúde Coletiva* – criada ao final de 1996 - é um espaço científico para discussões, debates, apresentação de pesquisas, exposição de novas ideias e de controvérsias sobre a área. Desde sua origem, *Ciência & Saúde Coletiva* cumpre fielmente requisitos de periodicidade e de normalização para publicação científica seguindo as regras da Convenção de Vancouver que são habitualmente utilizadas pelas áreas de medicina e saúde pública.[...] Atualmente *Ciência & Saúde Coletiva* está classificada com a categoria B1 no Qualis/Capes e existe um empenho muito grande da diretoria da Abrasco, do Fórum dos Coordenadores de Pós-Graduação e dos Editores para que ela alcance a classificação A.<sup>27</sup>

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, possui 23 (vinte e três) indexações em periódicos bastante conhecidos na área de pesquisa acadêmica que tem contribuído no campo da saúde pública. Por ser mais um espaço de debates e disseminação de conhecimentos, com temas atuais e de relevância, optamos por pesquisar suas produções.

<sup>26</sup> Disponível em <http://periodicos.ufes.br/temporalis>. Acesso em 30/04/2018.

<sup>27</sup> Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre-a-revista>. Acesso em 05/12/2018.

Embora não seja uma de nossas fontes de pesquisa, acreditamos que seja importante difundir as produções no campo da saúde mental e socializar as experiências e desafios postos aos profissionais, razão pela qual trazemos informações sobre a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) que mantém parcerias em defesa da Luta Antimanicomial. Em 2016, promoveu o 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental em São Paulo-SP, com o tema: "*Juntos nas diferenças: sonhos, lutas e mobilização social pela reforma psiquiátrica*", tendo como eixos temáticos:

1. Política de saúde mental – Conjuntura atual. Reforma sanitária e Reforma psiquiátrica.
2. Serviços de atenção psicossocial – Funcionamento e avaliação de dispositivos das redes de saúde mental e atenção psicossocial.
3. Medicalização e desmedicalização: Cuidando de quem? – Análise dos processos de medicalização da vida cotidiana. Tratamentos invasivos. Eletrochoque. Papel da indústria farmacêutica. Relações perigosas: profissionais de saúde, indústria farmacêutica, indústria hospitalar.
4. Institucionalização e desinstitucionalização – Ações e dispositivos de desinstitucionalização. O manicômio para além dos muros. Transinstitucionalização.
5. Direito e saúde - Papel do judiciário no âmbito da saúde mental. Direitos humanos e defesa da cidadania. Internações compulsórias. Saúde mental e sistema prisional. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
6. Álcool e outras drogas - Política nacional sobre AD. Descriminalização. Legalização. Abordagens terapêuticas. Uso terapêutico de cannabidiol, maconha e ayuasca. Redução de danos. Comunidades terapêuticas.
7. Populações excluídas, vulneráveis e invisíveis - Idosos. Populações indígenas. Pessoas com deficiência física e ou intelectual. Populações de rua. Quilombolas. Identidade e questões de gênero.
8. Trabalho e inserção social - Geração de renda e cooperativismo; Inserção no trabalho formal. Modos de produção, organização do trabalho e saúde mental.
9. Infância e adolescência – Educação escolar e saúde mental de crianças e jovens. A família, a criança e o jovem. Jogos eletrônicos, mídia e construções sociais do processo de viver.
10. Lazer, cultura, meio ambiente e saúde. O lúdico como forma de emancipação e protagonismo. A saúde na cidade. Urbanismo, Mobilidade urbana e saúde. A cidade, a cultura e as artes: interfaces com a saúde mental.

Embora os primeiros congressos tenham tido discussões bastante pertinentes e produtivas, esse último encontro em 2016 trouxe eixos temáticos mais instigantes e propuseram a possibilidade de discussões multidisciplinares.

### **4.3 Reflexão das produções na Saúde Mental articuladas ao Serviço Social**

Conforme quadro acima destacando as produções sobre a Saúde Mental e o Serviço Social, tomamos como discussão inicial o artigo intitulado: "*Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses*", publicado pela Revista Serviço Social & Sociedade nº 114. As autoras apontam suas considerações a partir de uma pesquisa realizada em 02 ( dois) CAPS's, sendo 01 da Região Norte e o outro da Região Nordeste, para avaliar o que ambos os serviços compreendem sobre o conceito de "classe social". Tal pesquisa nos

apresenta a fala de alguns usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde que estão permeados por estas relações de poder institucional, além de destacar o cotidiano de cada serviço, a vivência pessoal dos usuários que sofrem com estigmas e preconceitos e como se auto afirmam. Conforme apontado,

Os registros da lógica da cidadania ainda são escassos no cotidiano assistencial, persistindo a subalternização dos usuários de baixa renda e dificuldades no manejo de usuários oriundos dos estratos de média e de baixa renda, com poder de pressão política por direitos. Historicamente, os serviços de saúde mental conformaram-se como um serviço focado nos segmentos de baixa renda, para os pobres, tendo que se pluralizar e se conformar como um serviço pluriclassista, pela própria perspectiva imposta por sua universalização, e reconhecimento da cidadania plena dos brasileiros, a partir da Constituição de 1988 (SANTOS; CAMPOS, 2013, p 19).

As autoras se debruçam para discutir o termo “sujeitos sociais” durante a pesquisa realizada no interior dos CAPS’s, conforme apontado,

Assim, os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado ganham ênfase, e o social passa a ser uma dimensão que precisa ser evidenciada na intervenção cotidiana de saúde mental, a partir da reconstituição das múltiplas referências que contornam a identidade da pessoa com transtorno mental e de seus familiares, destacando-se no escopo do presente texto a classe social subjacente ao *status*, tal como expresso por Saraceno. Classe social é um termo secundarizado no movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, porém que conforma as relações sociais entre as pessoas que atuam ou utilizam os serviços da saúde mental. É um conceito abstrato, apropriado por várias perspectivas teóricas, mas inacabado no interior dos estudos marxianos (SANTOS; CAMPOS, 2013, p.313)

Analisando as afirmações acima, torna-se um desafio para a Saúde Mental e o Serviço Social reafirmar os direitos sociais garantidos por lei aos usuários do SUS, não apenas aos usuários da política de Saúde Mental. Embora a discussão das autoras seja voltada para os usuários de CAPS’s, apontando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da área, familiares e sociedade civil, que acompanharam a luta de todos os segmentos sociais por um tratamento humanitário e condizente com a situação de cada usuário que vivenciou o massacre de milhares de pacientes que sofreram maus tratos e toda forma de violação e violência, culminando assim no Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Desta forma, as autoras buscaram refletir que as manifestações da “questão social” nos CAPS’s, como: Drogadição, Desemprego, Exclusão Social, dentre outras, chamando à atenção para os significados que os sujeitos são vistos pela sociedade e pelos profissionais, enfocando a subjetividade dos sujeitos. Sabe-se que os serviços de saúde mental, como os CAPS’s se utilizam de medicações para conter pacientes e manter estável sua evolução clínica, mas, de acordo com a pesquisa realizada, o foco deixa de ser o sujeito e passa a ser a doença. O processo segue inverso ao proposto pela política do Sistema Único de Saúde (SUS)

e da Humanização em saúde, devendo nos atentar para refletir esse processo dos sujeitos sociais e sua relação com o meio, sendo este o desafio para o Serviço Social, por ser a profissão que estuda e problematiza os conflitos e ao mesmo tempo em que faz mediação, faz também intervenção.

Articulando-se a esta discussão, trazemos o artigo intitulado: “**Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado**” publicado pela Revista *Katalysis em 2014*. Nesta produção, as autoras se debruçam em mostrar aos leitores o resgate histórico sobre os caminhos encontrados na luta pela Reforma Psiquiátrica no processo de Desinstitucionalização dos pacientes com transtorno mental. Trazem ainda, ricas informações sobre avanços na estruturação dos Programas ofertados pela política de saúde mental, como “[...] Serviços de Residências Terapêuticas (SRT); o Programa de Volta para Casa, centros de convivência e outros, além de equipamentos voltados para potencializar o cuidado comunitário e a produção de laços sociais da pessoa com transtorno mental na sociedade [...] (SILVA; ROSA 2014, p. 255)”. E acrescenta:

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 33)

Conforme declaração era uma questão de saúde pública o fim dos manicômios no país, os usuários e familiares sofriam com tamanhas barbáries que se estendiam para além da saúde psicossocial, permeando-se para outras esferas, privando-os do direito à cultura e lazer.

As autoras prosseguem em suas reflexões trazendo considerações sobre o contexto da Reforma Psiquiátrica,

No contexto reformista e desinstitucionalizante, um novo olhar também é direcionado ao papel das famílias, vistas como partícipes dos serviços de saúde mental; protagonistas no cuidado à pessoa com transtorno mental, bem como sujeitos que precisam de cuidado, proteção social, diante da trajetória intensa pela qual comumente passam. A família é tida como referência principal, dentre outros, pela proximidade e por conhecer as reais necessidades do seu ente acometido pelo transtorno mental. Acredita-se que a família tem o potencial no provimento de cuidado, pois é no “ensaio e erro” que constroem estratégias no lidar cotidiano com a PCTM. Entretanto, ainda é muito falha a atuação do Estado por meio dos serviços ofertados, frente aos novos papéis direcionados aos familiares, que se sentem, geralmente, impotentes no lidar com a situação a que são inseridos, bem como estão, muitas vezes, envolvidos por outras fragilidades resultantes do surgimento do transtorno mental e pelas vulnerabilidades de seu contexto de vida e conjuntura social, por exemplo. (SILVA; ROSA, 2009, p.259)

Portanto, as autoras chamam à atenção para o papel primordial que a família possui no processo de saúde-adoecimento-recuperação, pois ela (a família) é parte do processo de construção e reconstrução da cidadania do sujeito, a família precisa compreender-se como um agente que também adoece. Ao mesmo tempo em que o paciente sofre com o adoecimento mental/ dependência química, é necessário que ambos: família e paciente se auto ajudem, se auto compreendam como tal. A não aceitação da família ou sua omissão no enfrentamento do adoecimento mental, inviabilizando qualquer sinalização de cura ou melhora do processo de reabilitação psicossocial.

Analisando a produção de Vicente (2015) na Revista Serviço Social & Sociedade nº 123, “*Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação social*”, chamou-nos à atenção os relatos das pesquisadas no seu cotidiano profissional, por ser uma área que tem perpassado diversas expressões da “questão social”, como a falta de moradia e saneamento básico para as populações expostas às doenças e outros agentes nocivos à saúde. O artigo foi fruto de uma pesquisa qualitativa e buscou-se evidenciar o comprometimento mental de assistentes sociais que atuam na gestão das políticas sociais.

Foram realizadas 04 (quatro) entrevistas para subsidiar as hipóteses da autora, seguido de entrevistas semiestruturadas e análise qualitativa comprovando o “desgaste mental no trabalho” das profissionais que lidam cotidianamente com queixas e situações que são pertinentes a prática profissional. A autora faz uma discussão sobre o conceito de “desgaste mental no trabalho”, baseado no conceito de Seligmann-Silva (2011) ao referenciar o termo desgaste operário amparado por Laurell, que traz uma abordagem ancorada no materialismo dialético.

Para melhor compreensão do termo desgaste mental, trazemos as considerações:

[...] o desgaste pode ser entendido como “a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica do trabalhador”, que pode ou não se expressar no que a medicina reconhece como patologia. (SILVA, BERNARDO, SOUZA, 2016, p.02 Apud LAURELL E NORIEGA, 1989).

A respeito da conceituação do autor envolvendo desgaste mental no trabalho, trazemos como exemplo no cotidiano, os inúmeros casos de pacientes, idosos, pessoas com deficiência, dentre outros, que necessitam do benefício requerido junto ao INSS, mas que esbarram em profissionais da medicina que, ignoram os sintomas psicossociais do sujeito, pautando-se unicamente no estado físico delas, e na maioria das vezes, nem mesmo o adoecimento físico é motivo real para que o benefício lhe seja efetivado. Situações semelhantes a esta, que corriqueiramente tem acometido milhares de trabalhadores na esfera

pública e privada, pois o desgaste mental, muitas vezes não é reconhecido, o que necessita de luta e resistência para efetivar direitos e defender em especial a classe que vive do trabalho.

Para Seligmann-Silva, o trabalho no capitalismo implica a deformação do corpo e das potencialidades psíquicas. Assim, o componente desgastante no trabalho faz-se maior do que o componente de reposição e de desenvolvimento das capacidades no trabalho. A autora sintetiza, o desgaste é visualizado como produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença. Ou melhor, uma correlação de poderes e forças em que o executante do trabalho torna-se perdedor. (SILVA, BERNARDO, SOUZA, 2016, p. 2 Apud SELIGMANN-SILVA, 2011)

Decorrente dessa correlação desigual entre capital x trabalho, destacamos algumas situações apontadas pela autora em sua investigação que coadunam com a precarização e com a banalização da vida, traços marcantes da desigualdade sofrida no sistema vigente, que incidem sobre as ações sofridas pelos Assistentes Sociais no ambiente de trabalho, na função de gestores. As autoras evidenciam situações como:

[...] “constrangimento ético-político”; assédio moral, intensificação do trabalho, precariedade das condições, dos meios e dos instrumentos de trabalho, exposições ao sol, poeira e esgotos a céu aberto, ameaça iminente à vida, tráfico de drogas ilícitas, acidentes de trabalho, exposição a riscos à integridade, a penosidade do trabalho com as expressões da questão social (VICENTE, 2015, p.571-574)

Conforme apontado pela autora, as profissionais foram expostas a diversas situações constrangedoras e degradantes que as colocaram em risco, atentando inclusive sobre sua vida.

Percebe-se nos relatos das profissionais que, embora as condições fossem desfavoráveis, isso não as limitou em cumprir com suas responsabilidades primando pelos direitos dos usuários, comprovando assim o compromisso assumido através do Código de Ética Profissional pelos 11 princípios: “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras (CFESS, III Princípio, 1993)”.

Uma realidade que é vivenciada em outros campos de trabalho em que os profissionais precisam trabalhar sem as condições mínimas ou necessárias e ainda convivem com os desmandos da instituição, cabe-nos refletir na fala de Antunes (2010 e 2015) a respeito da flexibilização do trabalho.

Não existem, nesse sentido, limites para a precarização, mas apenas formas diferenciadas de sua manifestação. Formas capazes de articular em uma única cadeia produtiva desde o trabalho terceirizado, quarteirizado, muitas vezes realizado nas casas dos próprios trabalhadores, àquele intensificado ao limite, desenvolvido nos ambientes “modernos” e “limpos” das corporações mundiais. Por isso que, sob a

atual fase do capitalismo, o domínio do trabalho é, mais do que nunca, domínio do tempo de trabalho. (MÉSZAROS, 2007; ANTUNES, 2010 e 2015 Apud ANTUNES e PRAUN, 2015, p. 413)

Conforme dito pelos estudiosos, as formas de apresentação do trabalho e da necessidade do indivíduo de lutar pela sua subsistência, impõe a necessidade de um ciclo de subalternidade, que cresce cada vez mais, aumentando a força de trabalho e diminuindo os direitos trabalhistas, além de enfraquecer a silenciosa mobilização da classe trabalhadora.

Após suas análises, a autora aponta algumas patologias que foram adquiridas pelas profissionais no ambiente de trabalho decorrentes do desgaste mental que foram expostas cotidianamente como: “[...] distúrbios do sono (pesadelo), medo e crises de choro, sentimento de impotência, depressões, angústia/ansiedade, fadiga, alterações metabólicas.” (VICENTE, 2015, p.576-577)

A partir destes relatos das assistentes sociais, cabe-nos instigar a categoria profissional para refletir as formas de precarização do trabalho para além das conceituações postas partindo não apenas dos discursos, mas da realidade vivenciada por muitos profissionais que se vêm obrigados a suportar situações degradantes e com risco de vida iminente, com possibilidade de perder sua subsistência. Até quando presenciaremos de situações como estas, sem nos condoermos com o adoecimento de colegas, com demissões injustas ou quando nos negamos a acatar decisões judiciais, contrárias à nossas balizes éticas? Estamos elucidando aqui, questões delicadas do nosso cotidiano, mas que são necessárias e emergentes para o debate do conjunto CFESS/CRESS.

Os relatos da autora são o resultado da forma nefasta do sistema vigente no mercado, que regula as relações sociais, através da precarização do trabalho. Esse não é um caso isolado, mas a realidade vivenciada por milhares de profissionais que defendem os direitos das categoriais em meio aos ataques neoliberais, que cerceiam direitos, devastam famílias, desconstroem o que foi penosamente construído e de forma coletiva, desmobilizam e enfraquecem os movimentos sociais. É preciso manter a resistência e a mobilização social como bandeira de luta dos Assistentes Sociais, se for apenas isso que nos resta, que lutemos juntos pelo que acreditamos.

Prosseguindo com nossas apreensões sobre as produções selecionadas, trazemos as considerações do artigo “*Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos,*” na Revista Serviço Social & Sociedade nº118, das autoras Scheffer e Silva (2014).

O referido estudo é fruto de uma pesquisa qualitativa realizada em um CAPS na cidade de Palmas-TO no primeiro semestre de 2012. As autoras utilizaram como metodologia de pesquisa a entrevista semiestruturada. O objetivo da pesquisa “[...] enfatizou a análise sobre trabalho intersetorial no acesso à rede na visão dos profissionais e dos usuários [...]” (SILVA, SCHEFFER, 2014, p. 11).

Durante as análises sobre o referido estudo das pesquisadoras, nos debruçamos para identificar quais aspectos da abordagem poderiam trazer as contribuições para nosso trabalho, a princípio, o tema nos chamou atenção pois desperta certa “curiosidade” no leitor pois discutir “questão social” atrelada à intersetorialidade no campo da saúde mental demonstra a relevância social da pesquisa para nosso trabalho.

As pesquisadoras conviveram com usuários e profissionais buscando ouvi-los para contribuir nas estratégias utilizadas nos tratamentos terapêuticos, grupos e oficinas, numa perspectiva de afirmação da sua cidadania. Alguns relatos de profissionais foram surpreendentes para as pesquisadoras, pois demonstravam que conheciam superficialmente a política de saúde mental. Conforme a fala a seguir,

Em relação ao conhecimento da rede, os profissionais por meio das entrevistadas 1 e 2 não têm conhecimento claro. A profissional 1 entende que “é apenas com o contato da psiquiatria na fonte de recurso da rede pública e privada e o contato com o ambulatório (SCHEFFER; SILVA 2014, p.13)

Essa afirmação acima, nos remete a ideia de desconhecimento do funcionamento da rede de atenção psicossocial, o que as distancia cada vez mais da centralidade da política e acaba colocando em risco a efetividade das ações em saúde. Esse contexto apresentado pelas pesquisadoras, não é um caso isolado. Diante do cenário atual do país, de retrocesso e fragmentação das políticas essenciais como a Saúde, cada vez mais profissionais acabam inserindo-se no mercado de trabalho apenas por necessidade, para garantir sua sobrevivência. Poucos são os que de fato correlacionam o prazer com a necessidade, nesses casos o trabalho deixa de ser tão penoso passando a ser mais prazeroso, as ações não são irrefletidas, mas planejadas.

O estudo aborda situações cotidianas vivenciadas nos CAPS's, como: preconceito e discriminação, destacando ações de afirmação da cidadania dos usuários através da fala dos envolvidos e os sentimentos e conceitos construídos e fortalecidos que despertaram nas pesquisadoras a necessidade de problematizá-los. Em relação ao preconceito pela cor, por ser mulher, pela condição de pauperismo trazemos a reflexão:

Portanto, a condição de ser mulher, pobre, de baixa escolaridade e negra ocasiona na vida das usuárias uma grande desvantagem, deve ser levado em consideração que as usuárias apresentam condições de extrema vulnerabilidade pessoal e social, que pouco permite o acesso às políticas adequadas à sua convivência social conforme o modelo capitalista (SCHEFFER; SILVA, 2014, p.18)

Conforme declarado, os estigmas presentes no cotidiano das mulheres acabam fragilizando-as e impondo barreiras que elas precisam vivenciar no cotidiano, à volta a velhas práticas, ou melhor, dizendo à continuação do preconceito e discriminação contra as mulheres persiste e o que nos assusta é que nos últimos anos parece estar sendo mais banalizada ainda, através do feminicídio. Prosseguindo com as considerações sobre o conhecimento de profissionais e usuários sobre a rede e o acesso dos usuários, as autoras concluíram que:

Com base nos resultados, pelos profissionais e dos usuários, constatou-se que a rede precisa da participação dos gestores, familiares, de capacitações para os profissionais do CAPS e participação e articulação dos Agentes de Saúde, Saúde da Família e Ambulatório Psiquiátrico. Compreende-se que os profissionais sabem pouco da rede de Atenção à Saúde Mental e precisam saber mais. Ainda há uma grande necessidade de estruturar a rede de atenção à saúde mental, além de uma necessidade urgente de fortalecimento e vínculo com a sociedade em geral (SCHEFFER; SILVA, 2014, p.24)

O resultado apresentado pelas pesquisadoras trazem dados que não nos causam surpresa, mas preocupação. Preocupação por se tratar de uma área do conhecimento que deveria receber profissionais que fossem habilitados e comprometidos com a causa, conseqüentemente a dedicação ao trabalho traria o impulso e a motivação necessárias para desenvolver ações produtivas e de impacto na realidade de cada sujeito. Quando afirmamos que não nos causaria surpresa tal constatação de desconhecimento da rede de saúde, dos projetos de cada setor, nos referimos às indicações políticas que movem as vagas de emprego público em nosso país. Na área da saúde, por exemplo, é comum nos depararmos com profissionais que estão insatisfeitos com o local e com a função que desempenham. E, conseqüentemente acabam transformando atendimentos à população usuária, em uma série de denúncias junto aos órgãos competentes ou até mesmo através das ouvidorias, pela não prestação do serviço ofertado.

Outra situação que apontamos de acordo com os resultados obtidos, diz respeito a pouca ou não participação da população usuária nas ações psicossociais, bem como nesse distanciamento entre o CAPS e a sociedade em geral. CAPS é local de acolher, de dar voz aqueles que são excluídos e discriminados, portanto, tanto os profissionais quanto os usuários necessitam instigar através das atividades terapêuticas, ações de afirmação da cidadania, da autonomia e do protagonismo.

A Saúde Mental inspira atenção e cuidado, remete a uma área do conhecimento que envolve ações pontuais e que nos desafiam a decifrar aquilo que não está claro ou que o usuário não deixou tão evidente; é desafiar o subconsciente, consciente. É compreender a condição de subalternidade do indivíduo que está em sofrimento; o sofrimento mental nos desafia cotidianamente a uma lógica tão desigual, que é manter-se lúcido embora a loucura nos seja tão próxima e tão incompreensível à vezes.

Partindo para análise de mais uma produção intitulada **“O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de Saúde Mental”** na Revista Serviço Social & Sociedade nº102, da autora Robaina (2010). O referido trabalho é fruto do arcabouço teórico da autora que proferiu uma palestra no Seminário Nacional de Serviço Social e Saúde em 2009, na cidade de Olinda-PE. O evento foi uma organização do conjunto CFESS/CRESS, tendo como tema da plenária simultânea “Política de Saúde Mental e os Serviço Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção dos assistentes sociais”. Robaina (2010) buscou evidenciar os paradigmas do cuidado em relação à saúde mental, articulando a atuação profissional do Serviço Social e seu compromisso no combate as expressões da “questão social”. Inicia o estudo fazendo um resgate histórico sobre o nascimento da psiquiatria no mundo, através dos estudos do médico Philippe Pinel em 1847. Robaina (2010) ressalta que a loucura nasceu no período em que ocorreu a Revolução Francesa, tendo como princípios: Fraternidade, Igualdade e Liberdade, mas, no entanto, o louco não era visto pela sua condição social, mas como um ser irracional, portanto sem nenhum direito a usufruir.

Portanto, o louco, considerado desprovido de razão, daquilo que define a própria humanidade, não é humano, é alienado (*aliens*), sendo excluído do próprio estatuto de cidadão. Também não se aplica a ele o preceito de igualdade, posto que, não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido como modelo de homem. Resta-lhe tão somente o princípio de fraternidade, que vai ser traduzido por cuidado, porém na ótica da tutela. (ROBAINA, 2010, p.341)

Assim, de forma crítica, é enfatizada a identidade profissional frente à subjetividade dos usuários que acessam os serviços de saúde mental ao mesmo tempo em que apresenta a trajetória do Assistente Social, tendo como espaço sócio ocupacional, os dispositivos de saúde mental, pelo fato deste campo apresentar as expressões e manifestações da “questão social”, nosso objeto de estudo. Robaina (2010, p.343), chama a atenção para o fato de o trabalho do Assistente Social “[...] não pode ser confundido com paradigma psicossocial onde é atribuída ao assistente social a prática de terapias. Há que se distinguir o campo do modelo.” No decorrer da discussão, a autora apresenta a política de desinstitucionalização dos pacientes,

tendo nos CAPS's uma política que necessita de saberes interdisciplinares, o que sugere saberes no campo *psi* e a lógica terapêutica é uma prática comum nos serviços.

E qual seria então o papel do Assistente Social nessa política tendo em vista que a profissão não se utiliza de práticas da clínica. Esse e outros questionamentos são discutidos pela autora que apresenta-nos suas ponderações. Ela nos chama atenção pelo fato de conseguir agregar fatos relevantes do cotidiano profissional nos CAPS's, que são postos ao Assistente Social e exigem dele um esforço diário para não perder de vista as balizes do nosso Projeto Ético-Político arduamente construído. Destacamos uma fala da autora, ao se aproximar da conclusão do trabalho.

[...] verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social: uma, identificada com a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados anteriormente. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade! (ROBAINA, 2010, p.345)

Conforme vimos, a autora chama atenção para os riscos que a profissão corre ao negar sua origem no trabalho multiprofissional e nas atividades terapêuticas, pelo contrário, o Assistente Social, deve ter uma postura crítica frente as atividades inerente à política na qual está inserido, se eximindo de aceitar práticas da clínica médica frequentemente utilizadas pelos demais colegas da equipe multidisciplinar. E precisa refletir sobre a contribuição histórica da profissão.

A Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída pela Lei Federal 11.129/2005, que cria também outras normativas, além da Residência em Saúde conforme legislação abaixo,

[...] fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005, p.23).

Portanto, foi um avanço na política de saúde a instituição da Residência, que muito contribui e tem contribuído para o aprimoramento intelectual dos profissionais. O CFESS lançou uma publicação como parte da série “Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas

Sociais- Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para uma reflexão”, que enfoca a composição da equipe multiprofissional e define critérios para concessão de bolsas, dentre outros, a saber:

[...] Art. 4º Os programas de Residência Multiprofissional na Área de Saúde em execução, financiados com recursos públicos, terão a certificação dos seus residentes avaliada e reconhecida pelo MEC, desde que, em um prazo de até dois anos, se enquadrem nas diretrizes e normas a serem estabelecidas pela CNRMS. (BRASIL, 2017, p.26)

Neste sentido, Robaina (2010), conclui que existem diversas estratégias para serem utilizadas pelos Assistentes Sociais que atuam nos dispositivos de Saúde Mental, como a Residência em Saúde, evitando tais práticas terapêuticas e medicalizadoras. Como exemplo o estudo cita o trabalho com famílias e usuários, o fortalecimento do protagonismo do usuário, a importância da participação popular (controle social). Conforme,

[...] A propósito, qual é o perfil das famílias usuárias daquele equipamento, no que diz respeito a gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio? Que políticas sociais podem ser acionadas para suportes desses grupos? Que modelo de atenção às famílias está disponível no serviço no que se refere, por exemplo, ao seu papel: ela é coadjuvante no tratamento ou objeto de atenção? Os horários de realização dos grupos de familiares são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho? Como o serviço compartilha o cuidado contínuo dos usuários? As ações no serviço atendem às demandas materiais dessas famílias? O perfil e as preocupações das famílias são requisitos para a formulação dos programas e projetos? (ROBAINA, 2010, p.346)

Acreditamos que a autora demonstrou uma preocupação em despertar os profissionais sobre sua identidade, trazendo à tona as conquistas profissionais que culminaram na consolidação de um projeto emancipatório que até hoje se discute, mas é hegemônico entre a categoria. Ao mesmo tempo em que indicou caminhos para os Assistentes Sociais utilizarem no trabalho com grupos, famílias e usuários, evidenciando lacunas que existem nos CAPS's e que podem ser mais bem utilizadas. O trabalho contribuiu para nossa investigação, destacando as fragilidades existentes nos CAPS's e instigando os profissionais a desconstruir paradigmas conservadores e que se colocam como barreiras no exercício profissional.

Deixamos como reflexão para o conjunto CFESS/CRESS a necessidade emergente de discussão dos “Parâmetros para o trabalho do assistente social na política de saúde mental”, tendo em vista que no documento sobre a atuação profissional na saúde, é dado apenas um enfoque em relação aos princípios do Código de Ética Profissional, necessitando de uma discussão maior da categoria, como os fóruns de debate, seminários e conseqüentemente, o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

Prosseguindo em nossas considerações, apresentamos as considerações das autoras: Rúbia Cristina Rodrigues, Tanimar Pereira Coelho Marinho e Patrícia Amorim, com o estudo intitulado: *“Reforma Psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho”* na Revista Ciência & Saúde Coletiva, Suplemento I. O referido estudo trata-se de uma abordagem exploratória e qualitativa que envolveu 08 (oito) usuários adultos, com histórico de dependência química e transtorno mental, inseridos num CAPS num município de Goiânia-GO no ano de 2005, a discussão envolve o valor do trabalho na vida dos usuários e de que forma percebem a ausência do trabalho laboral, além de evidenciar também as dificuldades dos CAPS nesse enfrentamento.

Na apresentação da pesquisa, as autoras discorrem sobre a relação que os usuários têm com o trabalho e a saúde mental, conforme apontam os resultados,

Os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. Enquanto possibilidade de (re) inserção social, o estudo mostrou que os CAPS têm dificuldades em propor alternativas de inclusão pelo trabalho, apesar da melhoria de vida promovida pelo acompanhamento psicossocial.(RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010, p.1)

Conforme apontado pelas autoras, as dificuldades encontradas pelos usuários para ter acesso ao trabalho são históricas e perduram até os dias atuais trazendo sérias consequências à vida social dos usuários e familiares. Através de um resgate histórico sobre a loucura e o trabalho, em que é destacada pelas autoras a situação de alienação que sofriam os usuários, pois o trabalho era apenas subjetivo, sem nenhum valor, apenas com intuito de controlar os constantes excessos de loucura, de crise que os pacientes sofriam.

De acordo com as autoras, a alienação “[...] ocorre em função do modelo de produção capitalista, com a perda do sentido do trabalho e a exploração. [...]” (2010, p.1616). Conforme afirmação, o processo de alienação do trabalhador, ocorre no modo de produção capitalista pela ausência de reconhecimento do valor de sua força de trabalho (de sua mão-de- obra) ficando refém do empregador. Tanto para o trabalhador apto quanto para o trabalhador inapto ao trabalho, o sentido da alienação impacta a relação contratual de empregado e empregador, se tornando uma relação sujeita a exploração, discriminação, exclusão, perda de direitos em relação às garantias previdenciárias.

Com a instituição da política nacional de saúde mental, os CAPS’s puderam dispor de alternativas para incentivar os usuários a inserir-se ou retornarem ao mercado de trabalho através de ações intersetoriais com outras políticas visando a reinserção social e o protagonismo desses usuários. A exemplo, as autoras destacam que a política de saúde mental

e a política nacional de economia solidária firmaram acordo em relação a proposição de iniciativas para a geração de trabalho e renda.

Para melhor apresentação e compreensão dos dados obtidos na pesquisa, as autoras distribuíram os resultados através de um quadro com eixos temáticos, com a seguinte caracterização: características sociodemográficas, características clínicas, conteúdos abordados e as experiências com história de vida, inserção atual no trabalho e a inserção na Seguridade Social. Por se tratar do eixo mais aproximado de nosso objeto, traremos à tona os resultados em relação ao eixo que envolve a história de vida dos usuários, os sentidos do trabalho, a relação com a saúde e o adoecimento mental, as dificuldades de acesso à Seguridade Social, o preconceito e a exclusão do trabalho e por último, a reabilitação psicossocial e inclusão social pelo trabalho.

De acordo com as autoras, os conteúdos abordados em relação à história de trabalho dos participantes, envolvem: “Inserção precoce no mundo do trabalho; Realização de atividades de baixa qualificação profissional; Baixa remuneração; Rotatividade em empregos e trabalhos diversificados; Trabalho motivado pela necessidade econômica da família” (2010, p.1618). A partir da análise dos conteúdos abordados, ficou perceptível que as pesquisadoras realizaram uma análise conjuntural de acordo com as informações prestadas pelos participantes, permitindo uma discussão mais ampliada a respeito das razões que levaram os participantes a buscarem suporte psicossocial no CAPS pesquisado. Coube-nos inferir também que, o trabalho ocupava um lugar de destaque na vida de cada participante, independente de ser no mercado de trabalho ou mesmo ajudando, contribuindo com as obrigações domésticas. Os participantes relataram várias experiências que nos levam a acreditar nessa centralidade do trabalho na vida do homem. No entanto, a sociedade capitalista, oprime os trabalhadores, excluindo-os do mercado de trabalho e ocasionando sérias consequências para a vida social e para a saúde física e psicossocial, conforme já sinalizava Antunes e Praun (2015, p. 17),

Em sua lógica destrutiva, o capital não reconhece nenhuma barreira para a precarização do trabalho. A exploração sem limites da força de trabalho é em si expressão das contradições estruturais de dada forma de sociabilidade que, ao mesmo tempo em que não pode prescindir do trabalho vivo para sua reprodução, necessita explorá-lo ao extremo, impondo-lhe o sentido mais profundo de sua mercantilização: a abreviação de seu tempo de uso como resultado do aprofundamento, pelo adoecimento, de sua característica de mercadoria de alta descartabilidade. As mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho.

Para Antunes e Praun (2015), a oportunidade que o mercado oferece a uma parcela mínima de trabalhadores é através da informalidade, como os já conhecidos contratos temporários, freelances, dentre outros; sem nenhuma garantia e sob riscos iminentes de adoecimentos por tempo indeterminado. Esse risco que os autores apresentam se dão diante de tantas precarizações, seguidos de cortes no orçamento público que atingem não apenas uma ou mais políticas públicas, mas todas elas. Acaba se espraiando para a população usuária, que não provem de condições materiais para sua subsistência, tampouco para cuidar de si.

Como consequência, soma-se a uma parcela considerada de brasileiros adoecidos, excluídos da sociedade e sem nenhuma perspectiva de retorno à suas atividades laborais, fadada ao esquecimento e a uma série de doenças psicossociais.

Em relação ao eixo que discute o adoecimento mental e a dificuldade de acesso à seguridade social, o conteúdo discute:

[...] violação de direitos, negação do sujeito e de seu sofrimento na perícia do Instituto Nacional de Seguridade Social, paradoxo do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social, quanto à exigência de curatela/tutela para o acesso ao direito social (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM; 2010, p.1618).

As autoras realizaram uma pesquisa envolvendo os usuários do CAPS com o intuito de conhecer as dificuldades encontradas pelos profissionais e usuários no acesso a direitos previdenciários, tendo em vista a garantia da sua cidadania. Uma situação que tem se tornado bastante corriqueira nos CAPS's, em que a família busca o Serviço Social com a única finalidade para fins pessoais, em relação a processos de previdência/aposentadoria ou curatela. O Serviço Social acaba assumindo um caráter assistencialista, remetendo-se a velhas práticas, é preciso que os profissionais busquem amparar-se em ações de transformação e que garantam o mínimo de cidadania aos usuários.

Em relação à metodologia adotada na pesquisa deste artigo em que estamos analisando, o estudo amparou-se através do materialismo histórico dialético que segundo as autoras “[...] buscou apreender o significado e as interpretações dos participantes da pesquisa quanto ao adoecimento mental e ao processo de reabilitação psicossocial, tendo o trabalho como o mediador das discussões [...]” (2010, p.1616). Pela dinamicidade da vida, das relações sociais, somente o método histórico dialético consegue decifrar a percepção dos usuários sobre seu processo de adoecimento a partir de um todo e não de um fato isolado. No contexto apresentado pelas pesquisadoras, o processo de adoecimento psíquico, compreende aspectos sociais que retratam a cotidiano desses usuários: conflitos familiares, conjugais,

preconceitos e estigmas que acompanham diariamente esses sujeitos. Se não forem observados atentamente, implicarão numa carga de estresse tamanha e acarretará em danos para sua condição de saúde.

Em relação aos procedimentos utilizados para a seleção dos participantes, foram elencados alguns critérios, a saber:

[...] (1) ter manifestado o desejo por trabalho durante a reabilitação psicossocial; (2) possuir história de adoecimento mental relacionado ao ambiente de trabalho; (3) estar em condições psíquicas e emocionais para participar da pesquisa; (4) concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido.[...] (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010, p.1616.)

Como resultado do estudo realizado no CAPS, as pesquisadoras chegaram a seguinte conclusão, em relação à percepção de trabalho e de saúde mental entre os usuários.

Os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. Enquanto possibilidade de (re) inserção social, o estudo mostrou que os CAPS têm dificuldades em propor alternativas de inclusão pelo trabalho, apesar da melhoria de vida promovida pelo acompanhamento psicossocial. (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010, p. 1615.)

Conforme resultado da pesquisa, cabe-nos contribuir com as autoras na reflexão sobre os resultados apontados pelo estudo, na perspectiva crítica-dialética. Conforme discutido no início do trabalho, a herança histórica do país em relação à discriminação social sofrida pelos usuários da política de saúde mental, iniciada pela barbárie ocorrida anterior à Reforma Psiquiátrica, deixou o ranço estigmatizante da loucura. Qualquer sinal de anormalidade à norma culta da época era tratado como um comportamento amoral, considerado também como sinal de rebeldia. Cabia aos milhares de pacientes internados em hospitais e manicômios, isolados de seus familiares e amigos, reféns de um sistema perverso e desumano, acatar em silêncio, os desmandos, tratamentos inadequados e constantes violações de direitos que sofriam.

Posteriormente à Reforma Psiquiátrica, com a inserção dos Assistentes Sociais nos CAPS's, os usuários começaram a ter seus direitos previdenciários assegurados, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), concedido nos casos em que há incapacidade ou deficiência física do usuário em se inserir no mercado de trabalho. A dificuldade do usuário se (re) inserir no mercado de trabalho, foi apontada como uma das dificuldades encontradas pelas pesquisadoras, principalmente porque existe ainda muita discriminação em manter no ambiente de trabalho

uma pessoa acometida por um transtorno mental, gera insegurança para a instituição empregadora. Conviver com essa situação de exclusão, medo e muita insegurança, põe em risco a capacidade do usuário em acreditar que ele pode resistir a essas transformações sociais e políticas. Ao mesmo tempo em que se coloca como um desafio para o profissional que lida constantemente com essa situação e precisa se posicionar em defesa do usuário, devendo instigar sua autonomia, seu protagonismo e despertar sua auto-estima.

O Assistente Social tem um papel primordial nessa relação de interventor na concessão de benefícios para os usuários, mas suas competências não se resumem a meras concessões, extrapolam o campo previdenciário. Os CAPS's foram criados como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, devendo rejeitar todas as práticas desumanas que outrora foram realizadas. São espaços que devem proporcionar aos usuários e familiares, condições de convívio social, de liberdade, de respeito às escolhas, sem discriminação ou juízo de valor, sem imposição a nenhum tratamento, mas apenas com propostas de oferta do cuidado.

Nesse sentido, quais seriam os entraves que se colocam como barreira para que os CAPS's não consigam promover a inserção dos usuários no mercado de trabalho? Seria uma particularidade de alguns CAPS's ou uma realidade nacional? Acreditamos que o processo de gestão dos CAPS's tem forte influência na rotina dos usuários, pois como se trata de uma instituição pública e deve obedecer à hierarquia institucional, princípios, deveres e normas que ditam as regras para um bom funcionamento.

No entanto, além de todas as normas legais deve-se ser levado em conta que o usuário possui sua singularidade e deve ser colocada como um critério primordial na execução de qualquer ação. É, portanto um fato que precisa ter o olhar de todos os profissionais envolvidos no processo de estímulo à valorização do usuário para que ele se sinta alguém que ainda possui capacidades e habilidades<sup>28</sup>, que é produtivo e que deve utilizá-las sem medo, sem receio de julgamentos morais. Este é um grande desafio para os CAPS's: planejar ações envolvendo os usuários e não apenas realizar ações condicionadas a fatos isolados, fora do contexto relatado pelos usuários. É necessário, portanto que os profissionais compreendam que os CAPS's são dispositivos de saúde que tem como objetivos:

- Proporcionar aos usuários e familiares o exercício de suas capacidades e habilidades, através do trabalho, das relações interpessoais, dentre outras atividades;
- Garantir que sua cidadania extrapole as concessões beneficiárias;

---

<sup>28</sup> Neste caso, trata-se de um usuário que está em reabilitação ou buscando inserir-se no mercado de trabalho ou até mesmo tentando inserir-se apenas no meio social, onde constantemente sofre com a exclusão social.

- Estimular a autonomia e o protagonismo dos usuários através de orientações sobre seus direitos, deveres e sobre sua participação no controle social e nas demais políticas públicas;
- Inserir /Reinserir os usuários excluídos do mercado de trabalho e/ou instigá-los quanto sua participação na sociedade.
- Resgatar a cidadania dos usuários.

Para concluir nossas análises trazemos o último trabalho intitulado: ***“Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos- HCTP***, na Revista Ciência & Saúde Coletiva nº 21, ***dos pesquisadores Marden Marques Soares Filho e Paula Michele Martins Gomes Bueno***. O objetivo do estudo foi “[...] discutir a estreita relação entre a saúde mental, o sistema de justiça criminal e o sistema prisional cujas interfaces concretas são o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei [...]” (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p. 2101).

Na primeira parte da investigação, os autores fazem um resgate histórico sobre a loucura e o tratamento destinado aos pacientes que sofriam com transtorno mental nos hospitais de custódia, bem como a conduta adotada pela justiça na condução do tratamento desses pacientes. Corroboram com alguns autores, como Tundis e Costa, Basaglia e o Conselho Federal de Psicologia que motivaram a redemocratização do país. Defendem um tratamento humanizado para os pacientes que cumprem medidas oriundas de normas infracionais e que estão abandonados no sistema carcerário brasileiro. Em relação aos hospitais psiquiátricos, os autores declaram que é: “[...] um lugar de violência, morte, silenciamento, humilhação, segregação, desrespeito aos direitos humanos e exclusão social, correlatos diretos de um modelo que concebe o sofrimento mental como pura negatividade subjetiva e civil” (2016, p. 2102).

Dessa forma, tratar a loucura como única condição para se tomar medidas preventivas ou policiais, é tratar com descaso a saúde mental. É necessário conhecimento de causa e um mínimo de humanidade para que se compreendam as consequências negativas e devastadoras na vida de um paciente que não tem sua singularidade respeitada e tampouco seus direitos violados (diga-se de passagem: por aqueles que deveriam proteger os direitos dos cidadãos).

Como experiência exitosa no sistema judiciário, os estudiosos destacam os Estados de Minas Gerais e Goiás que implantaram o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário- PAI-PJ, desde 2002. Os referidos estados são modelos de práticas exitosas e que

tem contribuído consideravelmente no tratamento de pacientes internos nos hospitais de custódias, conforme orientação da Política Nacional de Saúde Mental e das demais diretrizes norteadoras das ações em saúde mental, a exemplo da Portaria nº 3088/2011<sup>29</sup>. Ressaltam que as primeiras iniciativas para romper com o sistema de hospitalização nos manicômios, ocorreu após a redemocratização do país, após a Constituição Federal de 1988 e a constituição do SUS.

Movidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana em 1978, o Brasil segue o modelo de Franco Basaglia e adota práticas baseadas na humanização e no cuidado em saúde mental, implantando o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) e posteriormente, dando início à Lei nº 10.216/2001<sup>30</sup>. Prosseguindo na discussão, trazem dados que serviram como subsídio para a pesquisa em questão, apontando os seguintes percentuais que destacam a necessidade evidente de remodelamento das ações psicossociais, a saber:

[...] 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual.[...] (BUENO; SOARES FILHO, 2016 p.2103 Apud BRASIL, 2003).

Embora os dados sejam datados de 2003 e não estejam atualizados, permanecem contextualizados tendo em vista que a situação vivida pelos usuários do SUS e da política de saúde mental, continuam sendo tratadas com ações minimalistas e coercitivas.

Adentrando no objetivo do estudo, os autores destacam que os dados obtidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 corroboram com os dados apresentados pelo Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN), de 2014, conforme (SOARES FILHO; BUENO, 2016, p.2103),

[...] possui 813 homens e 33 mulheres com deficiência intelectual e 2.497 pessoas em cumprimento de Medida de Segurança na modalidade de internação psiquiátrica. Aproximadamente 85% destas pessoas estão em Alas Psiquiátricas ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e 15% em unidades prisionais comuns.

E, complementando as informações, apresentando uma preocupação bastante corriqueira em relação à estigmatização do louco infrator, já sinalizadas anteriormente por Basaglia (1979), ao descrever o cenário dos hospitais na Itália, em que a subjetividade dos pacientes não era considerada como critério para sua condição de sujeito, tampouco sua

<sup>29</sup> A referida Portaria já foi discutida no 1º capítulo deste trabalho.

<sup>30</sup> A discussão sobre o processo de desospitalização e da criação da referida lei, já foi discutida no 1º capítulo deste trabalho.

singularidade, condição necessária para iniciar práticas terapêuticas em pacientes que já estão bastante fragilizados e precisam receber cuidados. Conforme os autores reiteraram, o INFOPEN apontou outros números que corroboram com os anteriormente apresentados, reforçando a necessidade de adoção de políticas mais humanizadas para tratar os infratores acometidos com transtornos mentais, submetidos a práticas violentas e estigmatizadas.

O Sistema Prisional brasileiro é um universo amplo e complexo: segundo o Sistema de Informação Penitenciária (2014), os estabelecimentos prisionais, no país, mantêm sob custódia mais de 607.731 pessoas, sendo 41% delas ainda sem condenação definitiva. Neste sistema, atuam, cotidianamente, 67.176 profissionais, sendo estes compostos por agentes de segurança (aproximadamente 85%), os demais fazem parte do universo das equipes de saúde, educação, trabalho, serviços social, além de apoio administrativo e gestores, distribuídos, segundo o Conselho Nacional de Justiça (2013), em cerca de 2.720 unidades prisionais, entre penitenciárias, cadeias, delegacias, casas de albergado, colônias agrícolas, centros de remanejamento e detenção provisória, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Tais estabelecimentos localizam-se em mais de 1880 municípios, notadamente em sedes de Comarcas e em regiões denominadas “carcerárias”, que concentram complexos penais. (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p. 2103 Apud INFOPEN, 2014)

É inegável que a situação carcerária tem crescido cada vez mais e soma-se ao acúmulo de processos judiciais que aguardam despacho do juiz. A superlotação carcerária, notadamente informada nas estatísticas carcerárias, onera o sistema público e não consegue dar respostas efetivas em relação ao tratamento ofertado aos reeducandos e privados de liberdade. Nos dados apresentados, o total da população carcerária expressa à morosidade com as questões afetadas às condições de saúde, direitos humanos, de lazer, dentre outras que são invisibilizadas no contexto atual.

Para evitar uma situação mais caótica no sistema prisional, os estudiosos se debruçaram para consolidar os dados exitosos a partir de suas experiências, tendo os Estados de Minas Gerais e Goiás como precursores deste projeto ousado, mas que se coloca como um divisor de águas em relação ao adoecimento mental nos hospitais de custódia do país. Um dos avanços que também é destacado na investigação, é implantação da Lei de Execução Penal (LEP)

A intervenção do SUS corre ao encontro do contexto normativo exposto no art. 1º, a Lei 7.210/1984, a Lei de Execução Penal (LEP) onde é determinada a execução penal com o objetivo de efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Como também no art. 99, da mesma lei, aonde vem consignar que o HCTP se destina aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos também no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. (BUENO; SOARES FILHO Apud BRASIL/CNJ, 2016, p. 2104)

Os autores reafirmam que há uma dicotomia entre as legislações vigentes do judiciário para o tratamento dos pacientes psiquiátricos, que se distanciam completamente do que é preconizado pelo SUS. Destacam ainda, inúmeras Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Justiça, que indicam como devem ser tratados os pacientes mantidos em hospitais de custódia, dentre elas, destacam-se:

[...] desinternação condicionada à cessação da periculosidade, sendo esta uma rara providência no sistema de justiça; internações perpétuas, sem indicação clínica para tal e independente da gravidade do delito; tratamento realizado na esfera da Justiça; escassa participação da rede pública de saúde/assistência social, com desresponsabilização da rede de saúde e assistência social na atenção à esta clientela; cronificação, reforço do estigma e institucionalização dos pacientes; perda irreversível de vínculos familiares e impossibilidade de retorno ao meio sociofamiliar [...] (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p.2104)

Nessa afirmação, destacamos uma situação corriqueira que chega aos dispositivos de saúde mental, (como os CAPS) em relação à imposição da justiça condicionando o tratamento para dependência química em detrimento de sua liberdade ou semi-liberdade, o que fere não apenas a liberdade de escolha do sujeito, mas sua condição de sujeito de direitos.

Posteriormente a essas constatações, o estudo discute a partir de uma análise crítica e conjuntural, que existem possibilidades pautadas nos amparos legais que podem garantir que as práticas asilares e policiaescas, não sejam a única saída para o tratamento dos pacientes com histórico de adoecimento mental. Apontam caminhos que podem ser percorridos pelos profissionais de saúde mental e da assistência social na direção dos cuidados pautados pela singularidade do sujeito, bem como centralizar as ações no território e não recorrer às práticas judiciais como primeiro recurso, mas sim, o último. Condensamos algumas possibilidades que os autores indicaram baseadas nas diretrizes da Política de Saúde Mental, mas que não se esgotam em si mesmo.

Em relação aos usuários assistidos pelo sistema judiciário que são dependentes químicos, houve uma ambiguidade posta pelo próprio sistema em relação ao tratamento dos infratores que são acometidos com transtorno mental e/ou dependência química; de um lado, o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) e do outro, o Código Penal. Embora seja orientado pelo SISNAD que o sistema penal diferencie usuários de drogas dos considerados traficantes, em ambos os casos os usuários não são tratados conforme preconiza o SISNAD ou a Lei 10.216/2001 pelo contrário, são sentenciados pela justiça a cumprirem sua pena em regime de internação sem lhes conceder as alternativas terapêuticas e o convívio de pertencimento do território e da comunidade, orientada pelos princípios do SUS.

Observa-se também que os autores buscam apontar uma distorção no tratamento do louco infrator e do criminoso comum a partir das perícias médicas realizadas pelos psiquiatras, servindo para que a justiça recorra corriqueiramente ao regime de internação judicial, em dispositivos de saúde ambulatorial e/ou até mesmo, em hospitais de custódia.

O Brasil somente implementou esse direito, a partir do Anteprojeto de LEP de 1981, que garantia às pessoas submetidas à medida de internação psiquiátrica todos os direitos inerentes à sua condição humana e jurídica, observadas as restrições decorrentes da sentença e da lei. Também foi garantida a medida restritiva que se constitui em tratamento ambulatorial, devendo o sentenciado comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico que o acompanhará, a fim de que seja avaliado e indicado para tratamento adequado. Nesse sentido, a periculosidade das pessoas com transtornos mentais é definida como a probabilidade que estes apresentam de cometerem atos violentos e delituosos. A legislação penal em torno da questão da loucura-criminosa se utiliza deste conceito de forma explícita para justificar o tipo de sanção penal que é aplicada aos doentes mentais. (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p. 2106)

Essa determinação da justiça em culpabilizar o infrator a partir do seu grau de periculosidade e não de sua condição psicossocial, impõe uma cultura repressiva e imbuída de valores morais e conservadores próprios do sistema capitalista, que retira qualquer possibilidade de escolha do usuário e condiciona as famílias a não utilizarem as possibilidades do sistema de saúde e da política de saúde mental. Muitas famílias optam por acessar como primeiro recurso, a justiça e, não o SUS por acreditarem que terão suas demandas atendidas de imediato, fato que tem se comprovado através da judicialização da saúde.

Outra situação apontada na pesquisa, é que os autores fazem menção aos termos em destaque: *sanções penais e medidas de segurança*, sendo as sanções penais com caráter retributivo-preventivo baseando-se “[...] na culpabilidade do infrator; já as medidas de segurança tem seu fundamento.” e ainda “[...] na periculosidade do sujeito [...]” (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p. 2106). O Brasil tem frequentemente adotado o segundo caso, em que os infratores que cometem delitos considerados de alta periculosidade são tratados com rigor máximo da lei, seguidos por atos de violência. Consequentemente, são direcionados para a reclusão, isolados dos demais detentos e no decorrer dos dias, meses e anos, seu futuro é incerto, sem direito a ter direitos.

Essa situação de milhares de reeducandos e encarcerados, oriundos do sistema prisional brasileiro não é fato isolado, mas real e cotidiano, um retrocesso à luta em prol dos Direitos Humanos. Prosseguindo nas análises, os autores trazem as contribuições dos programas implantados nos estados de Goiás e Minas Gerais, reiterando a necessidade de remodelamento das ações psicossociais no sistema carcerário brasileiro bem como do

abandono das práticas manicomialis. Destacam ainda que “o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAI de Goiás) [...] está sob a coordenação estadual” (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p.2106), enquanto “[...] o Programa de Atenção ao Louco Infrator de Minas Gerais [...]esta sendo coordenado pelo sistema judiciário[...]” (BUENO; SOARES FILHO BUENO; SOARES FILHO 2016,p.2106). Os autores chamam atenção para o diferencial de ambos os programas: “[...] é que eles não atuam amparados pela LEP, mas sim pela Reforma Psiquiátrica e os demais mecanismos de sistematização que executa as ações[...]” (BUENO; SOARES FILHO 2016, p. 2106). Por desenvolverem ações no âmbito assistencial e saúde, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) teve forte influência na elaboração do Programa.

A partir da implantação dos respectivos programas, o Ministério da Saúde fez orientações técnicas, através de Portarias Interministeriais aos dispositivos de saúde para que não levassem em consideração as normas para tratamento dos pacientes que tivessem algum agravo relacionado à saúde mental, baseados em medidas de segurança, mas sim, observando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental, dentre outros. Mas para que as ações estabelecidas tivessem êxito e resultados esperados, foi necessário criar um mecanismo de avaliação capaz de dar respostas satisfatórias aos profissionais. (BUENO; SOARES FILHO, 2016)

Essa estratégia nacional, denominada de “serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, instituídas pela Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, criou um dispositivo de desinstitucionalização para os ditos “pacientes judiciais”, conectando os sistemas de justiça criminal o SUS e o SUAS. (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p.2107)

Os autores apontam como marco legal, a criação desse serviço que contou com a participação de diversos segmentos, com o propósito de discutir as questões relacionadas às medidas de segurança, dentre os quais: “[...] Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), dentre outras instituições [...]” (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p.2107). A participação destes segmentos foi primordial para que o serviço de avaliação pudesse colher os primeiros frutos e modificasse a forma desumana de se tratar a loucura, a dependência química e outros agravos que implicam culturalmente, em exclusão social e rompimento de vínculos familiares e sociais. Em relação à composição dos profissionais do programa e suas atribuições, destacam-se:

[...] 5 (cinco) profissionais com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo; 1 (um) Assistente Social; e 1 (um) profissional com

formação em ciências humanas, sociais ou da saúde. São destacadas as atribuições dessa equipe, convocada a atuar pela gestão do SUS, baseada em demandas apresentadas por diversos atores: coordenações e serviços de saúde da PNAISP, Juizado, Ministério Público, o próprio paciente judiciário ou seu representante e os serviços de referência da rede. Estes profissionais deverão realizar as seguintes atribuições: estudos multifacetados e integrais sobre as condições sociais e de saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e seu conjunto de relações (familiares e sociais), indicando medidas terapêuticas, ao contrário das medidas de internação e asilamento; o mapeamento das redes existentes (de saúde e de assistência social) e agenciamento da produção de medidas pautadas em premissas da “clínica ampliada”, contribuindo para a realização do projeto terapêutico singular e dos processos de desinstitucionalização daqueles que ainda estiverem sob custódia das administrações prisionais; a articulação com o poder judiciário, influenciando-os no sentido da adoção das conversões de medida de segurança para tratamento ambulatorial ou para a extinção da medida; a contribuição para que o sistema de saúde, em consonância com o sistema de justiça criminal, garantam a individualização das medidas, nos termos da Lei 10216/2001, acompanhando-as e avaliando-as; e, por fim, a atuação como referência técnica e como polos de apoio e capacitação dos que atuam no conjunto de instituições que propiciam tais medidas, para sensibilização e recebimento dos desinstitucionalizados na Rede de Atenção à Saúde e na Rede Socioassistencial. (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p. 2107 Apud BRASIL, 2014.)

Conforme vimos acima, os profissionais escolhidos para a composição da equipe de trabalho do Grupo Condutor do Programa de Avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas são os mesmos profissionais que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) já exige como equipe mínima dos CAPS's I. O que demonstra e corrobora com o que já vem sendo declarado pelos autores, em relação ao programa andar consoante as diretrizes e parâmetros da Reforma Psiquiátrica e suas bases normativas que ancoram os dispositivos de saúde mental.

Em relação às atribuições dos profissionais, observamos que se relacionam também com as orientações do SUS, RAPS e da Política de Assistência Social através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que dialogam com os desafios propostos pelos segmentos já destacados, rompendo com a lógica do aprisionamento social, como as medidas hospitalares e manicomiais, trazendo o sujeito para o convívio local, para sua comunidade e o meio em que vive, proporcionando condições favoráveis para seu bem-estar psicossocial.

Esta é uma das propostas do programa: excluir as formas de reclusão e as formas de violência vivida pelos usuários, ofertar serviços de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é desafio a ser superado, embora seja palpável e necessário para melhor condução do tratamento. Em relação ao PTS, gostaríamos de tecer alguns comentários que propiciarão um diálogo com o estudo realizado e contribuirão com o debate. Reiteramos que para alguns CAPS's do país, elaborar e realizar o PTS dos usuários é algo distante dos profissionais, o que

inviabiliza todo o processo de cura, de evolução e de protagonismo desse usuário. O PTS<sup>31</sup> é uma ferramenta essencial que é construída com o usuário de acordo com suas potencialidades e suas necessidades; portanto, as chances de desmotivação ou abandono do tratamento, são escassas, o que exige mais esforço de toda equipe, da família e do próprio usuário, é uma teia que precisa ser construída e reconstruída cotidianamente.

A proposta do Programa é fortalecer o convívio do usuário na comunidade a fim de que ele se perceba como cidadão e sujeito de direitos, acessando os dispositivos de saúde e assistência social, instigando a promoção do seu protagonismo e de sua autonomia. Romper com a lógica manicomial não é só tarefa de uma política, como a Saúde Mental, mas de todas as demais políticas públicas e de segmentos da sociedade civil, portanto, é uma luta de classes e não deve ser vinculada a interesses pessoais e nem tampouco partidários, embora estejamos vivenciando essa situação no país, com ameaças reais de retorno das atrocidades e inúmeros atos de violação de direitos, o próprio ‘holocausto brasileiro’<sup>32</sup>.

No entanto, após a conclusão da pesquisa os autores chamam a atenção para o fato de que os grupos constituídos consigam avançar na discussão e na operacionalização dos modelos matriciais de cuidado. Caso contrário, podem estagnar nas ações, somando-se a tantos outros programas e projetos que são engavetados, esquecidos e só contabilizam as estatísticas da gestão. Não por falta de iniciativa dos profissionais ou da equipe, mas sim dos demais envolvidos no processo, que possuem poder de decisão e de governabilidade, conforme apontam:

[...] Nesse caso, níveis de competências ou de insuficiências locais – políticas sociais em desarranjos, injunções políticas, etc. – podem afetar diretamente a implementação do Serviço de Avaliação em questão, comprometendo os seus efeitos sobre a vida das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p. 2108)

Sobre esse alerta dos autores em relação aos cuidados a serem tomados para não colocar em risco a exequibilidade do programa, consideram que a implantação do programa foi um marco para o remodelamento da saúde mental nos hospitais de custódia e nos demais dispositivos de saúde no país, mas é necessário que haja a interlocução dos demais participantes que são os responsáveis diretos pelo sucesso das ações: a justiça, o SUS e o SUAS. Notadamente, vimos que a assistência social prestada aos usuários precisa ser mais

<sup>31</sup> Nossas afirmações baseiam-se nas literaturas próprias do Ministério da Saúde e da Portaria nº3088/2011, que tratam do funcionamento dos CAPS.

<sup>32</sup> De autoria da Jornalista Daniela Arbex, o filme é um dos Best-sellers que ganhou vários prêmios nacionais e internacionais, retratando a barbárie sofrida por milhares de doentes esquecidos nos manicômios do Brasil. O documentário foi exibido em 2016, pela HBO. Disponível em: <http://www.danielaarbex.com.br/sobre-mim/>. Acesso em 28/02/2019.

efetiva, para não configurar apenas o assistencialismo, prática que os conselhos da categoria não coadunam, pois é um retrocesso na conquista dos direitos sociais. Assim como a saúde e a justiça, a assistência social precisa ser mais visibilizada pelos demais entes, uma vez que a presença do/a Assistente Social, do seu arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, investigativo e formativo são essenciais para um acompanhamento que garanta acesso aos direitos sociais dos usuários.

De acordo com Soares Filho e Bueno (2016, p.2108) apenas 04 (quatro) estados manifestaram interesse pelo Programa “[...] mas apenas 05 equipes multiprofissionais foram implantadas [...]”, o que evidencia a falta de investimento na formação e qualificação profissional nos órgãos públicos e destaca as escassas ou nulas iniciativas de melhorar e fomentar a pesquisa nas instituições como herança para as gerações futuras, tendo o legado de uma sociedade que não se calou e nem retrocedeu, mas antes, respondeu brilhantemente aos desmandos do capital através de diversas manifestações sociais e culturais, através do rompimento do pacto do silêncio forçado, da liberdade de expressão e da tortura<sup>33</sup> sofrida.

Atrelado a essas necessidades em caráter emergencial é necessário que os entes pactuados e seus representantes legais, co-participantes, possam publicizar entre si tais ações exitosas. Além dos segmentos pactuados, trazemos a necessidade de evidenciar a importância do Controle Social como importante ferramenta de disseminação dessas informações em saúde e assistência social. A participação da sociedade civil em decisões dos governos e do Estado é fundamental para a transparência pública, para o controle dos gastos e do planejamento participativo. Acreditamos que dessa forma é possível que um serviço de qualidade e que busca resgatar a cidadania, a autonomia e a autoestima do sujeito, venha a ser um referencial para outras políticas e programas sociais. (BUENO; SOARES FILHO, 2016)

Por fim, o estudo apresenta ainda algumas considerações sobre a dicotomia: louco-infrator, que tem sido frequentemente abordada até aqui pelo viés da humanização e da Clínica Ampliada, dos amparos legais da Saúde Mental. Mas, cabe-nos explicitar as afirmações dos autores sobre essa relação.

Historicamente o Sistema de Justiça Criminal e o Sistema Prisional tratam o paciente judiciário como muito perigoso, mesmo sabendo que o indicador de reincidência deles é ínfimo comparado ao infrator comum, desconsiderando o saber dos profissionais de saúde mental que afirmam que não é ele o perigoso, mas sim a sua desassistência e que os delitos praticados, em sua grande maioria, são em momentos em que ele não está sendo assistido. (BUENO; SOARES FILHO, 2016, p.2108)

---

<sup>33</sup> Quando utilizamos a expressão: pacto de silêncio forçado e tortura, lembramos o cenário do país nos anos de chumbo.

Conforme declarado, o estigma da loucura percorreu séculos e séculos e ainda resiste em pleno século XXI, talvez não com a mesma intensidade, revestido de tamanho preconceito e discriminação, mas com a mesma carga histórica. Muitos infratores se quer passam por uma avaliação multiprofissional quando são considerados “delinquentes e vagabundos”, são avaliados apenas pelo Médico Psiquiatra, desconsiderando os demais saberes, o que implica em hospitais, CAPS’s e demais dispositivos de saúde, superlotados e com a maioria dos casos sendo referenciada de forma equivocada. Os serviços das instituições judiciais, como os HCTP ou cadeias locais, recebem a demanda do juiz solicitando avaliação psiquiátrica, mas não avaliação multiprofissional, os casos em que a solicitação é encaminhada à equipe Multiprofissional, são escassos. O ideal é que seja extinta a prática de cuidar dos pacientes em HCTP e sejam direcionados aos hospitais e dispositivos convencionais (hospitais gerais, Unidades Básicas de Saúde) assumindo seu papel de agente matriciador. (BUENO; SOARES FILHO, 2016)

Dessa forma, as evidências do estudo destacam necessidades e orientações que não podem mais esperar, tendo em vista que o lançamento dos projetos pilotos já citados anteriormente foram criados em 2014. Já consideramos um retrocesso, a morosidade dos entes responsáveis para dar voz aos sujeitos através da implantação do programa. Cinco anos se passaram e em tempos de desconstrução dos direitos sociais, de reestruturação produtiva, de reformas e mais reformas, o país continua com a mesma política excludente e minimalista, o que esperar? Nossa preocupação é fruto de relatos evidentes e irrefutáveis, que delineiam caminhos árduos, mas necessários em relação à sociedade brasileira, ao cumprimento das leis e a assistência do Estado. Não estamos seguros diante desse cenário nefasto, mas também não podemos permitir que decisões truculentas fossem dadas como última palavra para o caos.

Como membro das equipes multiprofissionais, o Assistente Social precisa conhecer mais a fundo sobre a profissão e as legislações que embasam o fazer profissional, nesse caso, as atribuições e competências nos trabalhos multiprofissionais. É importante situar o leitor para algumas situações que merecem destaque, como o desconhecimento de grande parte dos profissionais inseridos nas equipes multiprofissionais que não sabem o que fazer, confundindo-se com tarefas comuns a todos. Para contribuir nessa discussão, traremos alguns significados de alguns termos que podem servir de apoio em relação a esses questionamentos.

Iniciamos a discussão, conceituando o que seria um trabalho a partir da concepção interdisciplinar, transdisciplinar ou multidisciplinar, para que fique evidente a necessidade das ponderações iniciadas. Para Jorge e Pontes (2017), ancorados no conceito de Vasconcelos (2002) declaram que:

[...] temos a multidisciplinaridade como uma multiprofissionalidade onde profissionais de diferentes disciplinas atuam separadamente; temos a interdisciplinaridade como horizontalização das relações entre as disciplinas; e a transdisciplinaridade como a criação de um novo campo teórico de disciplinas mais amplas [...] (PONTES; JORGE, 2017, p.5 Apud VASCONCELOS, 2002).

A partir dessas concepções trazidas pelos autores, vemos como um alerta para as ações profissionais nas políticas públicas, com destaque para a saúde e a assistência social que geralmente tem em sua estrutura organizacional, o Assistente Social. Trazemos uma declaração dos autores, especificando o conceito de multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade,

Sobre a *multidisciplinaridade/pluridisciplinaridade*, temos que as concepções nos parecem as mesmas, não há avanço de fronteiras disciplinares, cada disciplina permanece isolada, sem cooperação e troca de informações profundas. São interações superficiais para o desenvolvimento de um objetivo ou finalidade. (PONTES; JORGE, 2017, p.5)

Diante das conceituações dos referidos autores, precisamos tomar um posicionamento ético e profissional em favor das práticas intersetoriais nas políticas de saúde e assistência social, pois só a interdisciplinaridade se aproxima das características da troca de saberes profissionais e não de um saber isolado e sem nenhuma possibilidade de pluralidade, o que implica em uma ação profissional sem transformação social, distante de uma práxis objetivada.

Diante do exposto neste estudo referente à Saúde Mental e o Serviço Social, acompanhado do cenário sócio, político e econômico com perdas e retrocessos de direitos sociais em que estamos inseridos, de forma alguma não podemos nos calar e nem mesmo retroceder, devemos lutar e resistir, pois milhares de famílias aguardam por socorro, por um alento à sua dor e sofrimento, e esperam que alguém denuncie os maus tratos, dê um basta na onda de violência moral, física, psicológica; proponha novas formas de cuidado, diferentes das que hoje se propõe; que busque inserir e não excluir ninguém do sistema de saúde e assistência social. Somos agentes dessa transformação, somos parte desse todo e se de fato nos instiga a forma desumana de tratar as pessoas como coisas, cabem-nos a responsabilidade e o compromisso com essa sociedade excluída, que grita por justiça e proteção social.

## 5 APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

No decorrer das análises propostas que evidenciam o objeto de investigação do referido estudo: *Saúde Mental e Serviço Social no Brasil: reflexões sobre a contribuição do Serviço Social na produção de conhecimento nos anos de 2008-2017* conseguimos constatar alguns caminhos, conhecer as orientações, propostas e desafios para prosseguir na caminhada rumo a respostas sobre os questionamentos e contribuições em relação ao objeto de investigação. Caminhos que compreendem a subjetividade do sujeito, sua autonomia e seu protagonismo, direitos ainda distantes de uma sociedade tão próxima dos operadores do direito, que acabam se tornando sujeitos invisibilizados numa contradição que nos obriga a conviver cotidianamente.

Certamente não conseguiremos condensar o acúmulo de saberes que os autores repassaram nos escritos, mas acreditamos que cumprimos nosso papel de multiplicadores do conhecimento e defensores de uma lógica antimanicomial, bem como de uma práxis profissional pautada na ética e no compromisso com as classes pauperizadas.

Ficou evidente no trabalho que todos os estudos apresentados se articularam, seja através de uma denúncia sobre as inconsistências entre o real e o essencial; sobre as condições de trabalho e do adoecimento mental como consequência de uma jornada exaustiva de plantões. Abordou-se a práxis profissional do Assistente Social nos CAPS's que não devem ser meras ações burocráticas e assistencialistas, mas que provoquem transformação na vida dos sujeitos. Trouxemos à tona a situação do trabalho laboral e de seus rebatimentos na vida dos usuários que são excluídos do mercado de trabalho e, portanto, deixam de serem sujeitos produtivos. Observamos também que alguns estudos se desdobraram para denunciar a luta pela Reforma Psiquiátrica não como uma lei com um fim em si mesma, mas que de fato fosse reconhecida como um divisor de águas no sistema de saúde sendo um instrumento de libertação e de renúncia à barbárie sofrida.

Prosseguindo em nossas considerações, apresentamos estudos que instigavam o papel dos CAPS's para a sociedade brasileira e de que forma sua atuação refletia-se na vida dos usuários, que ações estavam sendo desenvolvidas pelos profissionais e especificamente pelos assistentes sociais, sobretudo, questionando como era tratada a cidadania dos usuários. Afinal, o que é cidadania para uma pessoa que permeia os espaços de um CAPS? Que tipo de tratamento ela espera encontrar num espaço culturalmente estigmatizado e com pouco reconhecimento pelos gestores das políticas antimanicomiais no país? Que práticas os profissionais precisam abandonar para romper com o tradicionalismo imbuído na cultura

médica e hospitalaresca e se basear numa prática humanizada e acessível a todos os que procuram por ajuda e respeito a seus direitos? Como os CAPS's estão enfrentando essa situação?

Temos que nos incomodar com os resultados obtidos através dos estudos em análise, a fim de que a luta desbravada por muitos militantes da saúde mental e do Serviço Social não tenham sido em vão. Pelo contrário, que sejamos disseminadores dos conhecimentos aqui descobertos e que serviram para estimular milhares de profissionais comprometidos com sua ética e responsabilidade profissional que deve estar acima de qualquer conduta. Não poderíamos deixar de mencionar que o referido trabalho respeitou a pluralidade de ideias manifestadas em toda investigação, o que redundou em trabalhos ricos e com uma análise de realidade que compartilhamos com muito prazer, pois diz respeito à nossas raízes históricas em que o método histórico dialético apresenta-se capaz de responder a todas as questões postas, conforme já afirmamos.

Compartilhar saberes e desconstruir paradigmas e conceitos pré-estabelecidos nos eleva a um patamar diferenciado, pois estamos lidando com valores morais e perpetuados ao longo da história e que militam cotidianamente contra as verdades absolutas que acreditamos por alguns anos de nossa trajetória profissional.

No entanto, precisamos deixar algumas considerações e que servem para alertar ao leitor e a população usuária sobre decisões que na atual conjuntura política do país, atacaram duramente os direitos e conquistas alcançados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e minimizaram as ações dos CAPS's, incidindo na vida dos usuários e familiares.

No governo Temer, podemos citar algumas situações que afrontaram duramente os avanços obtidos com a Reforma Psiquiátrica, a saber:

- Nomeação do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Valencius Wurch Duarte Filho, Psiquiatra, diretor técnico **do maior hospital psiquiátrico privado do Brasil, criado na época do Brasil-Império, a “Casa de Saúde Dr.Eiras”<sup>34</sup>**. Uma ameaça real à volta das práticas desumanas que ocorriam anteriormente à criação da Lei 10.216/2001.

Através do movimento da sociedade civil organizada, conselhos de diversas categorias profissionais, como o Conselho Federal de Serviço Social e do Conselho Federal de Psicologia, o governo retrocedeu à decisão de nomeá-lo, mas as mediadas adotadas para o

---

<sup>34</sup> Para maiores informações, acessar: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/saude/caravan1.htm>. Acesso em 06/03/2019.

caminho do retrocesso continuaram através da Portaria nº 3588 de 21/12/2017 que determina as formas de financiamento dos CAPS's e serviços substitutivos e dá outras providências.

- A criação da rede de ambulatório de saúde mental - Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT);

Cabe ao Caps realizar o matriciamento e orientar as clínicas da família, ofertando suporte técnico para que elas executem o acompanhamento dos/as usuários/as. Portanto, criar um serviço que seja intermediário entre o Caps e a atenção básica é quebrar a lógica de organização e estruturação dos serviços de saúde mental, pois demonstra a intenção do governo de retornar a um modelo assistencial, que proporcionou a segregação e a desassistências de usuários/as. (BRASIL, 2017)<sup>35</sup>

- O incentivo ao aumento dos hospitais psiquiátricos mediante alteração da lógica de financiamento da política de saúde mental. De acordo com esta afirmação,

[...] a real intenção é destinar a responsabilidade de execução aos setores do grande capital por meio da construção de novos conglomerados de hospitais e clínicas psiquiátricas. Vale salientar que esta é uma solicitação antiga da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, nos últimos anos, vem sistematicamente questionando a Política Nacional de Saúde Mental. Outra questão, não menos importante, é a proposta que define que os recursos do fechamento de leitos psiquiátricos não irão mais para a rubrica dos serviços substitutivos. (BRASIL, 2017)<sup>36</sup>

- A inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, ao definir a política de atenção integral às pessoas que consomem drogas ou delas são dependentes, reafirma que o local apropriado para atendimento é a rede proposta pelo SUS, que se baseia no atendimento realizado próximo ao ambiente de moradia dos/as usuários/as, evitando, dessa forma, que as pessoas sejam isoladas e segregadas. (BRASIL, 2017)<sup>37</sup>

Não podemos incorrer no equívoco de apontar quais destas ações seriam mais desastrosas para a saúde mental porque precisamos avaliar o conjunto e não os fragmentos, caso contrário teríamos um reducionismo, uma reflexão acrítica, o que é totalmente contrário do que rege o materialismo histórico dialético.

Até aqui trouxemos algumas reflexões sobre a saúde mental e sua importância histórica para a saúde pública e demais políticas públicas e sociais no país. Prosseguiremos na continuidade do estudo trazendo algumas reflexões sobre o papel do Serviço Social e sua contribuição ao longo da história e na saúde mental.

<sup>35</sup> Citação referenciada sem informação do número de página

<sup>36</sup> Citação referenciada sem informação do número de página.

<sup>37</sup> Citação referenciada sem informação do número de página.

O Serviço Social “[...] é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho (Iamamoto, 2015, p. 22) [...]”, que nos seus 80 anos de história e luta de classes, mostrou que não retrocedeu nos seus princípios norteadores e tampouco se curvou aos desmandos do capital. É inegável que suas raízes nascem no berço do capitalismo e nos moldes conservadores da igreja católica com ações de cunho assistencialistas, praticados ainda nos tempos atuais por uma parcela de profissionais que decidiu seguir outras correntes teóricas, o que mostra a liberdade de expressão e de escolha da categoria, mas hegemonicamente não expressa à identidade da profissão e sua escolha pelo método marxista ancorado em Karl Marx.

Conforme reiterado na discussão deste estudo sobre a militância da categoria nos movimentos sociais e outras bandeiras de lutas que defendem o sujeito e lhe garantem condições de acesso aos serviços e bens garantidos na Constituição Federal de 1988, como o direito a vida. Nesse sentido, falar em garantia de direitos e não resgatar um marco histórico nessa luta desbravada por milhares de pacientes e familiares, como a Reforma Psiquiátrica, é negar a história.

A inserção dos Assistentes Sociais na saúde pública, consta desde a década de 1960 com as primeiras ações assistencialistas e previdenciárias meramente mediadoras entre o sujeito, o direito e seu legislador (o Estado), no entanto, o Assistente Social já demonstrava sua essência como um profissional capaz de interpretar a realidade social. Com a renovação da profissão, o Serviço Social começa a dar seus primeiros passos rumo a uma prática interventiva e transformadora, ancorada pelo novo Código de Ética Profissional (1993), Diretrizes Curriculares da ABPESS (1999) e por último, pela Lei de Regulamentação da Profissão (1993). Todos esses aportes teóricos são da década de 1990, um marco na história do Serviço Social, pois, culminou com a construção do Projeto Ético Político da categoria.

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio-educativo na prestação de serviços sociais viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, ser reconhecidos. Esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado. Importantes investimentos acadêmicos profissionais foram realizados no sentido de se construir uma nova forma de pensar e fazer o Serviço Social, orientadas por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica e em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico, norteadores do projeto de profissão no Brasil. (IAMAMOTO, 2004, p. 6)

O Serviço Social e a sociedade brasileira, não se calam diante do abandono e da violência a milhares de pacientes que sobreviveram ao massacre dos inúmeros hospitais e

manicômios espalhados pelo país. Com o cenário de barbárie e constantes violações de direito como os pacientes com transtorno mental abandonado à sua própria sorte, sofrendo os seus piores dias num lugar sem nenhuma condição de receber ou de tratar doentes, pelo contrário, adoecia também, os que chegavam sem nenhuma doença mental aparente, logo, não se oferecia cuidados, mas sim tratamentos desumanos.

Dessa forma, propor uma reflexão a partir da constituição da profissão e do fim dessa banalização da vida humana, torna-se relevante para a Saúde Mental e para o Serviço Social, pois resgata a importância desse profissional como militante e defensor das classes mais pauperizadas e oprimidas pelo grande capital. Nesse contexto de intensas lutas e embates político, econômico e ideológico, em tempos de crise e de avanços neoliberais, as políticas sociais estão se revestindo em tutela do Estado e não mais em um direito garantido em lei. As ações deixam de emancipar sujeitos e passam a ser objeto de barganha, de troca, parafraseando Marx,<sup>38</sup> ao discutir os caminhos da exclusão social e da alienação no capitalismo “estão coisificando pessoas”, pessoas deixam de ser vistas como humanas e passam a ter seu valor de mercado, uma realidade cruel e bem atual que se constituiu e tem se perpetuado em todas as esferas da vida pública e privada. É preciso enxergar essas armadilhas e buscar a essência das pessoas.

Reiteramos aqui, a necessidade de inclusão da discussão sobre saúde mental nas universidades (pública/privada) tendo em vista uma lacuna ainda a ser preenchida. A proposta vai além de grupos de estudo, de auto-ajuda, de seminários e encontros, dentre outras formas de sensibilização do tema e sua importância, bem como da própria política pública (saúde). A exemplo, a Universidade Federal do Tocantins (UFT) do campus de Miracema, é a única no estado que oferece o curso de Serviço Social e de Psicologia em nível federal, ambas as profissões dialogam juntas em muitos debates e são parceiras na luta contra inúmeros ataques neoliberais, através de campanhas e reuniões ampliadas, sendo uma das pautas, a saúde mental. Seria relevante e apropriado nesse contexto, que repensassem na inclusão de uma disciplina ofertada em conjunto, sendo um ganho enorme entre profissionais da universidade e até mesmo profissionais do CAPS que necessitam desse apoio e parceria da rede local.

Ressaltamos que em meio a tantas notícias sobre o suicídio do público mais jovem, como adolescentes e jovens, inclusive com histórico na vida acadêmica, é salutar romper como silêncio e buscar problematizar a causa antes de pré-julgamentos, o que fatalmente tem

---

<sup>38</sup> A autora utilizou uma expressão de Marx sobre o processo de exclusão das classes sociais no capitalismo. *In*: MARTINS, J. S. **A sociedade vista do abismo**. Novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 20.

ocorrido: as pessoas ainda tratam o suicídio como um tabu, como questão moral e não podemos como profissionais reproduzir esse discurso. Portanto, deixamos aqui a sugestão dessa temática para ambos os cursos, não restringindo o saber e a discussão a tais, mas que sejam os protagonistas nessa causa.

Outro dado que refletimos com a finalização da síntese dos artigos em questão, é sobre a incipiente publicação do Serviço Social em relação à saúde mental, seja através de livros, ensaios, revistas, dentre outros meios de publicação. Conforme dissemos no decorrer do trabalho, que uma das razões seja pelo distanciamento da profissão com o tema, embora as condições de saúde mental da população perpassem todas as camadas populares e demais políticas públicas, além da saúde. A saúde é uma das áreas que mais emprega assistentes sociais e, é um desafio envolver-se nesse campo de atuação ainda denso e complexo, mas necessário na formação profissional, pois exige que o perfil profissional seja completamente desprovido de valores morais e religiosos, sem nenhum preconceito ou discriminação, portanto, ser um profissional pautado pela teoria social crítica, direção esta dada pelo conjunto da profissão através de lutas e conquistas.

Torna-se um desafio para o Serviço Social e para a Saúde Mental, caminharem juntos, militando em prol de ações efetivas de defesa das classes excluídas, pois sem consciência de classe não conseguiremos avançar em propostas eficazes, materiais e exequíveis para uma população adoecida, física e emocionalmente, conforme,

[...] No contexto em que há uma separação entre os que se movem e os que são movidos é preciso que as pessoas hajam dentro dos “padrões de normalidade”, e aqueles que não conseguem adaptar-se aos padrões estabelecidos, devem ser confinados em determinadas áreas, a certa distância, de modo a não perturbar a normalidade. Esta “cidade perfeita”, assenta num modelo extremamente exclusivo, intolerante face à diferença, de ressentimento com os estranhos e com a exigência de isolá-los e bani-los e, com a constante preocupação da “Lei e Ordem” [...] (EMMERICK 2010<sup>39</sup> Apud BAUMAN, 1999, p.55.)

Em relação aos objetivos propostos, acreditamos que foram alcançados, pois conseguimos fazer a reflexão das produções analisadas no decorrer deste estudo propondo estratégias de mudanças nas práticas interventivas, tanto para os assistentes sociais quanto para os demais profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais e nos serviços de saúde que atendem a população usuária. Em relação a evidenciar a contribuição histórica do Serviço Social na política de saúde mental, fomos contemplados do ponto de vista que a referida pesquisa apontou para a produção de conhecimento na área psicossocial de forma incipiente,

---

<sup>39</sup> Texto extraído da internet, sem informação do número de página, referenciado no final deste trabalho.

necessitando ser mais aprofundada e amplamente divulgada, inclusive para o conjunto CFESS/CRESS.

A respeito das questões norteadoras que instigam sobre o processo de inserção da profissão na saúde mental, bem como os desafios para a atuação profissional nas equipes multiprofissionais, envolvendo quais foram os arcabouços teóricos da profissão nos anos de 2008-2017, nos debruçamos a investigar minuciosamente através dos estudos. A atuação do assistente social nas equipes multiprofissionais deve ser transversalizada com outras políticas setoriais, sob o risco de cair num pragmatismo ou puro tecnicismo profissional. Não é uma tarefa simples, pois atuar em grupo, coletivamente, requer desprender-se de si e buscar articulação e respeito com outros saberes. Destacamos que o protagonismo profissional deve ser focado em todas as discussões da equipe, pautada no respeito ao pluralismo, mas primando pela saúde psicossocial do usuário.

Assim, concluímos que efetivamente conseguimos responder a todas as indagações feitas, destacando que o Assistente Social, precisa conhecer mais profundamente sobre a história da profissão, sobre os fundamentos legais que subsidiam o agir profissional, bem como evidenciamos que um dos desafios do Assistente Social envolve atuar nas equipes com diferentes profissionais de forma interdisciplinar, pois ainda se destaca como barreira que a identidade profissional do Assistente Social seja vista pelos demais membros da equipe com atribuições específicas que possam inter-relacionar com as demais áreas e não se confunda com ações comuns a todos, à fim de que possa contribuir para o desenvolvimento físico e mental do paciente enquanto cidadão de direitos.

Partindo para nossas considerações finais sobre o estudo apresentado, entendemos como um desafio para os profissionais que atuam na linha de frente dos serviços públicos, gestores ou técnicos de referência da política pública, atuar pautado na lógica do cuidado e da defesa de direitos, lutar pela inclusão de pessoas estigmatizadas pela sociedade, defender política e projetos que busquem emancipar sujeitos, instigando sua capacidade crítica e política.

É pertinente deixar evidente que nossa intenção não foi jamais culpabilizar o profissional ou a instituição, pois não estamos atuando no papel de juiz de nenhuma causa. Mas precisamos destacar que a maioria dos profissionais, não possui a tão almejada autonomia nas decisões institucionais principalmente quando estão relacionadas à questão financeira, elas sempre estarão sujeitas a uma avaliação para medir os ganhos e perdas para a empresa/ governo/instituição, o que gera inúmeros empecilhos, atrasos em programas e projetos sociais que beneficiarão milhares de pessoas. Demonstra-se pouca ou nenhuma

importância com a qualidade dos produtos ou serviços ofertados, não se mensura a importância da participação política e social da população e de como o município será beneficiado porque na realidade, essa situação é cultural, é histórica, sendo que o ranço paternalista e coronelista ainda é muito presente nas relações sociais e econômicas, o que torna as decisões sobre a vida da população, uma questão partidária e não universalista.

Que o estudo proposto, através das análises apresentadas no decorrer de nossa investigação seja amplamente divulgado e sirva para ancorar ações e projetos no Serviço Social e na Saúde Mental como uma ferramenta de pesquisa para ambas as áreas e que não se limite a meras leituras exaustivas, mas que sejam instrumentos de estudo nos CAPS's, universidades, rodas de conversas, grupos de estudo, dentre outros canais que instiguem a contínua e necessária qualificação e aprimoramento intelectual do profissional.

## REFERÊNCIAS

AOSANI, Regina Tânia; NUNES, Gomes Karla. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde, p. 73, 2013. In *Revista Psicologia e Saúde*.

Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X1992000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007).  
 Acesso em 12/03/2018.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 123, Jul./Set. 2015, p. 17 e 413.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. Disponível em:  
<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reformapsiquiatica.html>.  
 Acesso em 28/09/17.

BRASIL, **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. -10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].60 páginas. “Atualizado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.290/94, 293/94, 333/96 e 594/11.

\_\_\_\_\_, CFESS- Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**, 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art.7º, Cap II dos Princípios e Diretrizes.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social**: as práticas profissionais e as lutas no setor. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991. pp 02; 04;24.

\_\_\_\_\_. Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: **Cortez**; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996

\_\_\_\_\_. In: **CFESS/ CEAD**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

\_\_\_\_\_. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: **UERJ/DEPEXT/NAPE**. 2001. p 8;9;10-11.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Questão social, sociedade civil e lutas sociais: desafios ao Serviço Social - Maria Lúcia Disponível em <http://cress-mg.org.br/publicacoes/Home/PDF/32>. Acesso em 23/10/2018.

EMMERICK, Rulian. Globalização, exclusão social, e Direitos Humanos na sociedade contemporânea. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 75, abr 2010. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7039?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7532&revista\\_caderno=16](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7039?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7532&revista_caderno=16)>. Acesso em 24/03/2019.

GAMBOA, Silvio Sanchez (org). **Quantidade – Qualidade:** para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica. Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade. Questões da Nossa Época, Cortez Editora, 1995.

GUERRA, Yolanda(Org.); SANTOS, Claudia Mônica. A dimensão Técnico-Operativa no Serviço Social. *Desafios Contemporâneos*. 2012, p 06. **Cortez Editora**.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/07.pdf> . Acesso em 31/05/2016, p.03

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional. 2004.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26 ed. São Paulo, **Cortez Editora**, 2015.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do Assistente Social na atenção primária à Saúde. In **Revista Argumentum**, 2018. Vitória, v. 10, n. 1. p. 118-119.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org.) **Pesquisa Qualitativa:**um instigante desafio. Veras editora, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção Profissional. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/05.pdf>. Acesso em 24/10/2018.

MACHADO, Graziela Scheffer. Tendências e Dilemas do Processo de trabalho no CAPS: Percepções dos Assistentes Sociais. *In. A prática do Assistente Social na Saúde Mental*. 2013, p.149-150.

NICÁCIO, Erimaldo Matias e BISNETO, José Augusto Apud BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática. São Paulo: Brasil. **Debates**, 1979, p. 17 *in A Prática do Assistente Social na Saúde Mental*. 2013, p. 125.

JORGE, Ediane Moura; PONTES, Reinaldo Nobre. A interdisciplinaridade e Serviço Social: estudo das relações entre profissões. *In Textos & Contextos*. v. 16, n. 1, p. 175 - 187, jan./jul. 2017 . Porto Alegre

PATRIOTA, Maria Lucia. Saude Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *In: Physis. Revista Saúde Coletiva*. N. 17, v. 2, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Política Nacional de Humanização (PNH). 2003.

SELIGMANN-SILVA Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011. *In Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2016, 41 e 23, p. 02

SILVA, Mariana Pereira da, BERNARDO, Marcia Hespanhol , SOUZA, Heloísa Aparecida. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. *In Revista Brasileira de Saude Ocupacional*. 2016; 41:e 23.

SILVA, Mariana Pereira da; BERNARDO, Márcia Hespanhol; SOUZA, Heloísa Aparecida. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e23.pdf>. Acesso em 10/08/2018.

Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2014/01/28/hospital-colonia-de-barbacena-vida-genocidio-e-60-mil-mortes-no-maior-hospicio-do-brasil-entrevista-com-daniela-arbex/>. Acesso em 09/10/2017.

ABRASME. Disponível em [http://www.congresso2016.abrasme.org.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=816](http://www.congresso2016.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=816). Acesso em 11/03/2018.

ANÁLISE QUALITATIVA. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X1992000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. Acesso em 12/03/2018.

SAÚDE. Disponível em: [http://www.cortezeditora.com/Algumas\\_paginas/Saude\\_como\\_direito\\_e\\_como\\_servico.pdf](http://www.cortezeditora.com/Algumas_paginas/Saude_como_direito_e_como_servico.pdf). Acesso em 23/03/2018.

DICIONÁRIO. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/hospitaloc%C3%AAntrico/>. Acesso em 05/04/2018.

SCIELO. Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/sssoc/paboutj.htm>. Acesso em 05/04/2018.

KATALYSIS. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/index>. Acesso em 05/04/2018.

TEMPORALIS. Disponível em :<http://periodicos.ufes.br/temporalis>. Acesso em 05/04/2018.

SUS. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 29/08/2018.

ENCONTRO. Disponível em [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/00\\_palavra\\_dos\\_organizadores.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf). Encontro Internacional: Direito à saúde, cobertura universal e Integralidade possível. Acesso em 20/09/2018.

CONSELHO. Disponível em : [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf). Acesso em 18/10/2018.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. Conceito de Saúde. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>. Acesso em 25/09/2018. p, 02.

MEMÓRIA. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>. Acesso em 18/10/2018.

SERVIÇO SOCIAL. Disponível em [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf). Acesso em 11/03/2019.

O IMPACTO DO PEC. Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/7324/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MESTRADO%20III.pdf>. Acesso em 11/03/2019.

PATRIOTA, Lucia Maria; EULÁLIO, Maria do Carmo; LIMA, Gerbeson da Silva; SILVA, Mayara Duarte da. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 55 - 65, jan./jun. 2010, p 02.

PINTO, AG et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. In: *Revista Ciências & Saúde Coletiva* n° 17, 2012.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil Pós 64. 1991, p.131,133,149.

\_\_\_\_\_. **Revista Serviço Social & Sociedade.** O Movimento de Reconceituação. Ano XXVI, Novembro de 2005, Editora Cortez. p. 18.

\_\_\_\_\_. Introdução ao Estudo do Método de Marx. Ed. Expressão Popular, 2011. 1ª edição.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM Patricia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/073.pdf>. Acesso em 27/09/2018.

O CAMINHO da Loucura e transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>. p. 08,2009. Acesso em 06/09/2018.