



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO: SERVIÇO SOCIAL

GIZELDA DA COSTA SOUTO

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE
MENTAL: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE, PB

2019

GIZELDA DA COSTA SOUTO

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social

Orientador: Prof. Me. Thaísa Simplício Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE, PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S726e Souto, Gizelda da Costa.

O exercício profissional do assistente social na saúde mental [manuscrito] : Um estudo com profissionais da rede de atenção psicossocial de Campina Grande - PB / Gizelda da Costa Souto. - 2019.

75 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias , Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Saúde Mental. 2. Assistente Social. 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). I. Título

21. ed. CDD 362.2

GIZELDA DA COSTA SOUTO

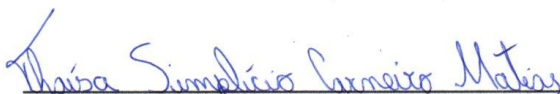
**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Saúde Mental

Aprovada em: 19/08/2019.

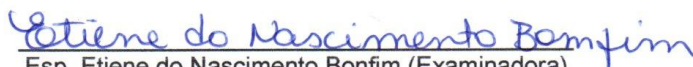
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª Dr^ª Tereza Cristina Ribeiro da Costa (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Esp. Etienne do Nascimento Bonfim (Examinadora)
Assistente Social CAPS II / Campina Grande (PMCG)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, e a minha família, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por todo carinho dedicado a mim, por toda força concedida, por atender a todos os meus pedidos, por demonstrar seu agir até nas pequenas coisas do cotidiano, fazendo com que eu me animasse e continuasse nesta caminhada.

Agradeço imensamente a minha mãe Dona Joana e meu pai Seu Geraldo, meus irmãos: Geane, Jorge e Juliano. Assim, como a minha família, de maneira geral. Pois, cada um a seu modo, me ajudou e me motivou de alguma maneira. Em especial a minha mãe e Geane, que fazem tanto por mim, que sequer tenho palavras para descrever o tamanho da minha gratidão. Obrigada por não terem medido esforços para que eu continuasse a lutar pelos meus sonhos.

Agradeço a minhas amigas Olanda, Patrícia, Rubeny e Emanuela, que mesmo na distância, me faziam rir e descontraíam um pouco. Em especial a Olanda, que sempre se fez presente, obrigada pela amizade e companheirismo.

Agradeço as amigas Angélica e Glauce, um verdadeiro presente que a vida me deu. Por serem companheiras, divertidas, conselheiras e tudo mais que alguém pode buscar em uma amizade. A vocês, gratidão e carinho.

Agradeço a Victor, um amigo atencioso e companheiro, que se fez presente durante toda esta trajetória dedicando seu tempo e carinho a mim.

Agradeço ao meu gato Humberto, que do nada chegou a minha vida, trazendo mais alegria aos meus dias e me fez companhia durante esta produção.

Agradeço a minha turma de Serviço Social, por cada um que tinha dificuldades, mas mesmo assim ajudava ao outro e incentivava a continuar o curso até o fim. Em especial aos meus companheiros de Estágio Rivaildo e Elania.

Agradeço aos Professores e Professoras do Curso de Serviço Social, UEPB, por terem contribuído para minha formação e por terem sido mais do que mestres, amigos.

Agradeço a minha orientadora Thaísa Simplício Carneiro, por ser, além de excelente profissional, uma amiga. Por ter tido paciência durante nossa longa caminhada, que teve início nas salas de aula, seguiu para o Estágio e partiu para o TCC. Por ter concedido seu tempo, por ter compartilhado conhecimentos, materiais e tudo mais para que pudéssemos chegar até aqui. Obrigada!

Agradeço a Etiene Bonfim, Supervisora de Campo e exemplo de profissional do Serviço Social. Por tudo que fez durante o estágio, por permitir que fizesse parte da sua rotina, pelas orientações e por ter um jeito especial de lidar com todos e todas.

Agradeço a Professora Tereza Cristina, examinadora, que se dispôs a contribuir com este trabalho. Muito obrigada.

Agradeço as profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande, PB, pela disponibilidade e atenção a mim dispensadas.

Agradeço as amigas e companheiras de trabalho em Campina Grande, PB. Por serem compreensivas diante das minhas ausências necessárias, por toda ajuda e carinho com qual me acolhem sempre. Em especial a minha Gestora Anamaria, uma amiga que não mede esforços para ajudar e fazer tudo dar certo. Obrigada Ana!

Agradeço as amigas e companheiras de trabalho em Queimadas, PB, por sempre terem entendido e me ajudado quando precisei me ausentar.

Por fim, agradeço a todos os amigos, parentes, colegas e conhecidos, que de alguma maneira me ajudaram e incentivaram ao longo desta jornada.

Que Deus abençoe e proteja todos vocês.

Obrigada!

Não vim até aqui pra desistir agora. [...] Toda a vida, o dia inteiro, não seria exagero. Se depender de mim, eu vou até o fim.

Humberto Gessinger

RESUMO

O presente trabalho discute sobre o exercício profissional do Assistente Social na Saúde Mental a partir de um estudo com os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Campina Grande – PB. A principal pretensão deste trabalho é compreender como os Assistentes Sociais vêm desempenhando suas atividades na Rede de Atenção Psicossocial, bem como quais são os principais avanços e retrocessos que permeiam sua prática. Entendemos que o trabalho do Assistente Social na Rede de Atenção Psicossocial é fundamental, pois, este é um profissional que trabalha junto com a equipe multidisciplinar do serviço, ele deve realizar a sistematização, bem como ações de intervenção democrática que visem a reabilitação social dos usuários. Consideramos este tema de grande relevância e entendemos que a atuação do profissional do Serviço Social ainda se depara com muitos limites, sejam eles de gestão ou até mesmo de precarização. A metodologia utilizada foi dividida em três momentos, tendo caráter bibliográfico e de campo. No primeiro momento, foram realizadas leituras de materiais bibliográficos que subsidiaram as condições adequadas para a sua realização, dentre os quais, podemos destacar os seguintes autores: Amarante (2003), Foucault (1978), Passos (2009), Pessoti (1994), Vasconcelos (2008), Behring (2003), Bisneto (2011), lamamoto (2011), Netto (1996), entre outros. No segundo momento, baseando-se no aporte teórico foram realizadas entrevistas com Assistentes Sociais que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande – PB. Por fim, a partir das entrevistas, foram feitas análises e discussões de como estes profissionais vem desempenhando suas atividades na saúde mental. Os resultados apontaram que as Assistentes Sociais atuantes na RAPS de Campina Grande, PB, apresentaram respostas variadas, mas com aspectos em comum que vão desde as atividades desenvolvidas em seus respectivos campos de atuação, até suas reflexões acerca dos desafios e potencialidades com os quais se deparam diariamente. Desta forma, compreendemos a partir deste estudo, o quanto é fundamental que estes profissionais sejam críticos e reflexivos, que não abandonem a luta e busquem fazer valer as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica fundamentadas na Lei 10.216/2011.

Palavras-chave: Saúde Mental. CAPS. Serviço Social. Assistente Social.

ABSTRACT

This paper discusses the professional practice of the Social Worker in Mental Health from a study with professionals from the Psychosocial Care Network (RAPS) of Campina Grande - PB. The main intention of this paper is to understand how Social Workers have been performing their activities in the Psychosocial Care Network, as well as what are the main advances and setbacks that permeate their practice. We understand that the work of the Social Worker in the Psychosocial Care Network is fundamental, because this is a professional who works together with the multidisciplinary team of the service, he must perform the systematization, as well as democratic intervention actions aimed at the social rehabilitation of users. . We consider this topic of great relevance and we understand that the work of the Social Work professional still faces many limits, be they management or even precariousness. The methodology used was divided into three moments, having bibliographic and field character. In the first moment, readings of bibliographic materials that supported the proper conditions for its accomplishment were made, among which we can highlight the following authors: Amarante (2003), Foucault (1978), Passos (2009), Pessoti (1994), Vasconcelos (2008), Behring (2003), Bisneto (2011), Iamamoto (2011), Netto (1996), among others. In the second moment, based on the theoretical basis, interviews were conducted with Social Workers who work at the Psychosocial Care Network of Campina Grande - PB. Finally, from the interviews, were made analyzes and discussions of how these professionals have been performing their activities in mental health. The results indicated that the Social Assistants working in the RAPS of Campina Grande, PB, presented varied answers, but with common aspects ranging from the activities carried out in their respective fields, to their reflections on the challenges and potentialities with which they are involved come across daily. Thus, we understand from this study, how fundamental it is that these professionals are critical and reflective, not abandon the struggle and seek to enforce the proposals arising from the Psychiatric Reform based on Law 10.216/2011.

Keywords: Mental Health. CAPS. Social service. Social worker.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
BM	Banco Mundial
CAPS	centro de Atenção Psicossocial
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EC	Emenda Constitucional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
ICANERF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PSF	Programa de Saúde da Família
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CAMINHOS DA LOUCURA.....	13
2.1 Considerações sobre a história da loucura.....	13
2.2 Trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no contexto internacional	18
2.3 Implicações e avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	21
2.4 Reforma Psiquiátrica Em Campina Grande - PB	33
3 FORTALECENDO A RACIONALIDADE DA REDE SUBSTITUTIVA: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL EM DEBATE	37
3.1 Resultados e discussão da nossa pesquisa de campo	45
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERENCIAS.....	68
APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA	72

1 INTRODUÇÃO

Entendendo que, ao longo da história, a loucura aparece em concepções, muitas vezes, bem distintas, ao nos reportarmos a Grécia Antiga percebemos que neste momento histórico a loucura era vista como um atributo positivo. Já na Idade Média, observa-se que é dado grande destaque as pessoas leprosas, gerando medo e exclusão. Os séculos foram sobrevivendo e a loucura tornando-se a maior representante dos espaços de exclusão na sociedade. Foucault é um dos pensadores que se debruça sobre este tema e retrata em seus escritos vários momentos da história que apontam que haviam aspectos, principalmente aqueles ligados a preconceito e exclusão, que não permitiam que os estudos sobre a loucura avançassem e que a loucura fosse percebida como um fenômeno que necessitava de um saber específico.

Com o passar dos anos surgiram os Hospitais Psiquiátricos e com o tempo, duras críticas foram feitas a maneira como as pessoas com doença mental eram tratadas nestas instituições. Logo, foram emergindo propostas de reformas para que as práticas de maus tratos e exclusão fossem extirpadas. As principais propostas de Reforma Psiquiátrica são oriundas da França e da Itália, sendo Franco Basaglia o principal nome no que diz respeito a pensar no doente mental como um sujeito que deve receber tratamento terapêutico e ser reintegrado na sociedade.

Basaglia foi um precursor no processo de implantar a desinstitucionalização das pessoas com doenças mentais, visando garantir a elas o direito de permanecer em seu no ambiente de convívio comunitário. A partir deste momento, começaram a surgir propostas inovadoras significativas para o tratamento das pessoas com doença mental, propondo novas práticas, bem como legalizando a doença mental, principalmente, no sentido de desconstruir as práticas de internação.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil só vem ganhar folego a partir do contexto dos anos 1970. Tendo início várias mobilizações dos profissionais da área de saúde mental, bem como dos familiares dos pacientes acometidos com algum tipo de transtorno mental, tudo isso atrelado ao que ficou conhecido como “movimento sanitário”. Com vistas a esta premissa, destacamos que a Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxe consigo grandes desafios, um deles é concretizar suas propostas.

Uma destas propostas consiste exatamente na implantação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), lugar de referência para acolher e tratar pessoas que sofrem com algum tipo e transtorno mental. Com isso, em fevereiro de 2002, a Portaria nº 336/GM passou a regulamentar seu funcionamento, nesta buscava-se a efetiva substituição do modelo hospitalocentrico, bem como acompanhamento clinico e integração dos usuários na sociedade. Com a implantação dos CAPS passaram a ser oferecidos serviços ampliados e humanizados em saúde mental as pessoas com transtorno mental severo e persistente. Além disso, os CAPS se tornaram um novo campo para atuação dos profissionais do Serviço Social.

Em virtude dos debates sobre doença mental e atuação do Assistente Social na Rede de atenção Psicossocial, oriundos do Estágio Supervisionado em Serviço Social III, no CAPS II Novos Tempos, Bairro Catolé, Campina Grande, no período de julho de 2016 a dezembro de 2017, surgiu o desejo de aprofundar a discussão sobre a referida temática. As inquietações foram aumentando, até que culminaram na sistematização deste trabalho.

O presente trabalho se caracteriza de natureza bibliográfica e de campo, a pesquisa utilizada foi qualitativa, de tipo exploratória. O método utilizado foi o materialismo histórico, com vistas a compreender que os verdadeiros fundamentos da sociedade são sócio-econômicos. A metodologia utilizada foi dividida em três momentos. No primeiro momento, foram realizadas leituras de materiais bibliográficos que subsidiaram as condições adequadas para a sua realização, dentre os quais, podemos destacar os seguintes autores: Amarante (2003), Foucault (1978), Passos (2009), Pessoti (1994), Vasconcelos (2008), Behring (2003), Bisneto (2011), Iamamoto (2011), Netto (1996), entre outros que tratam sobre a problemática abordada, procurando maior aprofundamento e compreensão com o assunto discutido.

Assim, no segundo momento, nos direcionamos ao campo de pesquisa a Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande, PB, consideramos pertinente estabelecer um universo para a sua realização, dentro deste universo encontram-se os CAPS (CAPS I Intervenção Precoce, CAPS II Novos Tempos, CAPS III Reviver e CAPS AD Álcool e Drogas) que definimos para realização da pesquisa pelo fato de abranger serviços que são oferecidos desde as crianças, até adultos que demandam atendimentos em Saúde Mental. Sendo assim, entendemos que os critérios que foram utilizados para a inclusão dos sujeitos da pesquisa foi entrevistar os/as

Assistentes Sociais que estavam atuando regularmente nos CAPS pré-determinados.

No terceiro momento, a partir das entrevistas, foram feitas análises e discussões. É no sentido de pensar acerca da loucura, seus percursos históricos, aspectos legais e na atuação do profissional do Serviço Social na Saúde Mental da RAPS de Campina Grande, PB, que este trabalho se fundamenta. Temos como principal pretensão compreender como os Assistentes Sociais vêm desempenhando suas atividades na RAPS, bem como, quais são os principais avanços e retrocessos que permeiam sua prática.

Sendo assim, compreendemos que o trabalho do Assistente Social na Rede de Atenção Psicossocial é fundamental, pois, este é um profissional que trabalha junto com a equipe multidisciplinar do serviço, ele deve realizar a sistematização, bem como ações de intervenção democrática que visem a reabilitação social dos usuários. Consideramos este tema de grande relevância e entendemos que a atuação do profissional do Serviço Social ainda se depara com muitos limites, sejam eles de gestão ou até mesmo de precarização.

2 CAMINHOS DA LOUCURA

2.1 Considerações sobre a história da loucura

Ao longo da história, a loucura aparece em concepções, muitas vezes, bem distintas. Ao nos reportarmos à Grécia Antiga, percebemos que neste momento histórico a loucura era vista como um atributo positivo. Logo, tal atributo permitia ao louco ter delírios e, a partir destes delírios, entrar em contato com verdades divinas. O que o louco dizia era considerado importante e poderia influenciar no curso da vida humana e dos acontecimentos. Com isso, nota-se que a loucura não era motivo de exclusão ou segregação, mas sim, de valorização para quem apresentava traços de alteração mental.

Os anos vão passando e a loucura continuou sendo vista como algo relacionado à mitologia ou ao divino, poucos eram os que discordam deste significado e procuram explicar a loucura de outra forma. Um dos que se dispõe a isto é Hipócrates, que observa que a loucura é oriunda de um desequilíbrio de natureza orgânica. Hipócrates apresenta ideias sobre a teoria organicista da loucura, ele comenta em um de seus escritos a respeito dos conceitos mitológicos da loucura:

[...] Todas essas prescrições, eles fazem como se fossem obra do divino, como se soubesse mais e invocando outras razões de modo tal que, se o doente sarasse, dele seria o valor e a glória; se ao invés morresse, ficasse bem assegurada a sua defesa e tivessem uma razão para sustentar que não são eles, de modo algum, os responsáveis, mas sim os deuses (PESSOTTI, 1994, p. 49 apud. CIRILO, 2006).

As perspectivas de Hipócrates sobre a loucura são distintas da época da mitologia grega e serão de grande contribuição para a Medicina nos séculos XVIII e XIX. Outro que apresenta ideias contundentes sobre o assunto é Platão, ele acreditava que o homem possuía três partes e estas formavam a Psyche, se

houvesse desarmonia entre qualquer uma dessas almas, tal aspecto poderia levar a loucura (PESSOTI, 1994).

Mais adiante, no segundo século da era Cristã, o médico Claudio Galeno retoma as ideias de Platão e as aprimora no sentido de considerar a doença mental como algo ligado a desarranjo de humor. Galeno avaliou, então, que doenças do sistema nervoso estavam diretamente ligadas ao cérebro. De acordo com estas concepções, é possível dizer que até a Idade Média a loucura praticamente não era notada como doença, porém, quando era percebida, a explicação para ela sempre era atrelada a fatos do cotidiano e principalmente a dadas divinas. Provavelmente, esta seja a causa pela qual apresentar traços de loucura ainda não ocasionava motivos para excluir indivíduos da sociedade (PESSOTI, 1994).

Já na Idade Média, observa-se que é dado grande destaque as pessoas leprosas, gerando medo e exclusão. A lepra era vista como um castigo divino, sendo assim, quem tinha lepra deveria pagar aqui na Terra pelos males que tivessem cometido. A exclusão seria então um meio para que os leprosos pudessem conquistar sua salvação. Eis que a exclusão vai ganhando força e, mesmo anos depois, com o fim da lepra, ela se consolida e passa a alocar os pobres, aqueles considerados vagabundos e também os loucos.

Os séculos foram sobrevivendo e a loucura tornando-se a maior representante dos espaços de exclusão na sociedade (CIRILO, 2006). É na Idade Média que surge a Nau dos Loucos, embarcação na qual eram colocados os loucos e enviados para viagens a lugares distantes. Foucault é um dos pensadores que se debruça sobre este momento da história e aponta que, colocar os loucos nesta embarcação não concebe uma maneira de ajuda-los, mas sim, um modo de garantir segurança aos cidadãos, retirando os loucos do convívio na sociedade. Apesar de ser um autor que não se filia à matriz teórico-metodológica escolhida neste trabalho, cabe destacar que Foucault, estudioso também sobre a história da loucura aponta que:

Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos. Não é fácil levantar o sentido exato deste costume. Seria possível pensar que se trata de uma medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem; hipótese que por si só não dá conta dos fatos, pois certos loucos, antes mesmo que se construam casas especiais para eles, são recebidos nos hospitais e tratados como loucos (FOUCAULT, 1978, p. 14).

Neste sentido, observa-se que os loucos eram embarcados nessas naus não apenas com o intuito de peregrinação, mas também de serem levados a outras cidades e lá serem abandonados. Alguns eram acolhidos, a exemplo do que acontecia na cidade de Nuremberg na Alemanha, porém, isso não implica dizer que recebiam tratamento, apenas eram jogados nas prisões.

São evidentes as expressões de exclusão para os loucos na Idade Média, haviam muitas superstições sobre eles e isso distanciava o uso de tratamentos ligados a atividades medicas. Tal aspecto não permitia que os estudos sobre a loucura avançassem e que a loucura fosse percebida como um fenômeno que necessitava de um saber específico.

Foram séculos de silêncio no que diz respeito aos estudos sobre a loucura. Por volta do século XVII, em decorrência do novo modelo econômico, o mercantilismo, quem não contribuía para o movimento de produção ou consumo, era aprisionado. Assim, notasse que a exclusão começa a ocorrer atrelada a ordem burguesa, os loucos então, passam a ser excluídos do convívio social não mais pelo sentido religioso ao qual era ligado antes, mas sim, pelo sentido econômico vigente.

Para consolidação desta exclusão, são criados pela Europa Hospitais Gerais, local para onde eram enviados todos aqueles que não contribuía com o mercantilismo. Os Hospitais Gerais eram envoltos por questões morais, a ideia era de que lá era um lugar social para pessoas “erradas”, que não correspondiam as expectativas da sociedade.

No ano de 1656 foi criado em Paris o Hospital Geral de Paris, tal fato corresponde a um marco no que se refere ao fenômeno da Grande Internação. Foucault (1978) aponta que pouco mais de um século após a fortuna das loucas barcaças, vê-se aparecer o Hospital dos Loucos. Assim, de acordo com o referido autor:

Sob controle, a loucura mantém todas as aparências de seu império. Doravante, ela faz parte das medidas da razão e do trabalho da verdade. Ela representa, superfície das coisas e à luz do dia, todos os jogos da aparência, o equívoco do real e da ilusão, toda essa trama indefinida, sempre retomada, sempre rompida, que une e separa ao mesmo tempo a verdade e o parecer (FOUCAULT, 1978, p. 49).

Observa-se que é em meados do século XVII que começa a ganhar força a ligação entre a loucura e o internamento. No entanto, neste momento, o internamento não provém de prescrição médica, pois os Hospitais tinham função de decidir sobre o que fazer com a pessoa internada, podendo não só julgar, como também punir. Assim, entendemos que a internação assumia sentidos não apenas moral e religioso, mas também social e político. Conforme Foucault:

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas (FOUCAULT, 1978, p. 55).

Logo, percebe-se que o Hospital era uma instituição totalmente delgada de caráter médico. Os Hospitais Gerais foram se espalhando por toda Europa e os internamentos aumentavam cada vez mais.

Foucault (1978) diz que de início, aos Hospitais Gerais atribuíam-se a tarefa de impedir "a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens". É com este sentido que a lógica da internação vai ganhando campo e tornando-se uma prática comum. Para o autor em tela então, a grande internação significa uma punição para o desempregado, uma verdadeira penalidade para quem vivia no ócio e não contribuía com o modo de produção, desta forma, a loucura passou a ser vista como reflexo da pobreza.

Com o passar dos anos, a loucura foi sendo percebida de maneira diferente em comparação com a pobreza ou outras questões sociais. Com isso, nota-se que a pobreza não era mais um motivo para retirar da sociedade aqueles que não trabalhavam ou que estavam em situação de mendicância. Assim, Batista vem nos dizer:

A loucura passa a se distinguir das outras categorias. Chega um tempo em que a pobreza não precisa mais ser encarcerada, mas a loucura sim. Até que, em fins do século XVIII e no século XIX, surgem os asilos com valor terapêutico, e a loucura passa a ser definida como "alienação mental", como proposto por Philippe Pinel, sendo integrada ao campo da Medicina. Na França, Pinel liberta os loucos de Bicêtre dos grilhões e defende sua reeducação através do controle social e, sobretudo, moral. Na Inglaterra, o principal responsável pela reforma, contemporaneamente a Pinel, é Samuel

Tuke, que busca curar os doentes numa casa de campo, livre de grades e correntes (BATISTA, 2014, p. 4).

O médico Pinel representa uma figura importante para o surgimento dos Hospitais psiquiátricos, ele foi o precursor da reforma do Hospital de Bicêtre em Paris. Assim, por volta do início do século XVIII as abordagens científicas, no que diz respeito à loucura, vão ganhando destaque e iniciam-se estudos mais específicos sobre o descontrole emocional. Inicialmente, a principal mudança se refere ao tratamento que era dado aos doentes, a hidroterapia, por exemplo, foi muito usada na época, bem como a camisa de força. É notória a diferença sobre a visão que a sociedade e inclusive a própria medicina passou a ter sobre a loucura.

Neste sentido, incidem os diálogos entre o médico e a pessoa doente. Tal fato é de suma importância para que estudos e observações sejam aprofundadas sobre o tratamento e cura das doenças nervosas, mesmo que lentamente. Diante destes acontecimentos, podemos dizer que surge a psiquiatria clássica que se desenvolveu com a criação dos asilos, estes por sua vez era tidos como uma modalidade terapêutica eficiente. Os asilos são criados e passa a ser disseminada a ideia de que eles são o lugar mais adequado para abrigar os doentes mentais, pois lá existiam segurança e tratamento, sendo o trabalho o principal meio para a cura. Sobre essa criação de asilos, Vieira indica:

Essa transformação da casa de internamento em asilo não se deu pela introdução progressiva da medicina, mas através de uma reestruturação interna desse espaço antes caracterizado pela exclusão e pela correção. É somente porque o internamento assumiu um valor terapêutico através do reajustamento político, social e moral da relação entre loucura e desatino que a medicina poderá apossar-se do asilo e de todas as experiências da loucura (VIEIRA, 2007, p.19).

Muitas das praticas utilizadas nos asilos naquela época, mesmo que violentas, eram consideradas necessárias para cura.

É a partir desta logica de confinamento no asilo que começa a surgir um novo fenômeno da loucura, o conceito de alienação. De acordo com Torre e Amarante:

No processo de apropriação da loucura pela medicina o *conceito de alienação* tem um papel estratégico, no momento em que torna-se sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o

sujeito de partilhar do pacto social. Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como o *alienismo* (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 74).

A alienação então, seria estar fora de si, momento no qual o sujeito estaria fora da realidade e, portanto, não poderia ter bom relacionamento na sociedade. Avançando para meados do século XX, destacamos os hospitais Psiquiátricos, que até o momento, eram fundamentais no sentido das internações, porém, passam a receber críticas severas que impulsionam o surgimento de movimentos de contestação.

2.2 Trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no contexto internacional

Ao longo da história, muitas vezes, a loucura aparece com referências positivas, outras negativas. Neste sentido, os hospitais Psiquiátricos que até meados do século XX vinham sendo o carro chefe no sentido de internar as pessoas acometidas de doenças mentais, passam a receber duras críticas, principalmente devido denúncias de superlotação e maus tratos.

Em decorrência destas críticas, movimentos de contestação a cerca das praticas lá desenvolvidas ganham força e passam também a surgir ideias distintas no que se refere à Reforma Psiquiátrica. São destaques as propostas de Reforma oriundas da França e Itália. De uma maneira geral, é possível dizer que a França defendia a Psiquiatria reformada, ou seja, reformular as práticas dentro das Instituições. Já na Itália, a pretensão era fechar todos os manicômios, ideia muito defendida por Franco Basaglia¹, que considerava um problema a maneira como a sociedade lidava com a doença mental, de maneira excludente. Diante desta proposta de Basaglia, os franceses fizeram inúmeras críticas, pois não concordavam em fechar os manicômios e entregar os doentes praticamente a própria sorte, isso poderia resultar no abandono e maior descaso.

¹ Franco Basaglia foi um importante Médico e Psiquiatra, é considerado precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica na Itália.

Essa divergência de ideais acabou resultando na diminuição de trocas de experiências que até então havia entre França e Itália.

De acordo com Passos, na França:

Os psiquiatras franceses, ideólogos da doutrina, representavam-se a si mesmos como legítimos porta-vozes dos doentes mentais e de seus interesses de tratamento, incapacitados que estariam, pela doença, de falar em nome próprio. Mais que um problema de remodelagem ou de racionalização do funcionamento do aparato hospitalar, a doutrina do setor preconizava que a ação dos psiquiatras deveria implicar um questionamento profundo do princípio que havia sustentado a instituição psiquiátrica até então (PASSOS, 2009, p. 61).

Podemos entender que a reforma psiquiátrica francesa propunha cuidar da saúde mental com estratégias de intervenção no social, com ações que envolviam prevenção e cura. Assim, por volta dos anos 60 do século passado, foi incorporada na França uma política de saúde mental voltada para o tratamento do doente em sua própria comunidade, para a qual eram enviadas equipes multidisciplinares, sendo assim, os hospitais serviriam para auxiliar no tratamento.

Na Itália, alguns anos depois do Pós-Guerra, Franco Basaglia que até então era professor universitário assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, localizado ao norte do país. A partir deste momento, ele começou a introduzir sua proposta de comunidade terapêutica, assim, muitos jovens profissionais agregam-se a Basaglia, fato que posteriormente será fundamental para dar origem ao movimento que ficou conhecido por Psiquiatria Democrática. Entendemos que:

O movimento de psiquiatria democrática, centrando sua luta contra o manicômio e pela revisão jurídico-normativa, com plena recuperação da cidadania pelos doentes mentais (coisa que nenhuma reforma estrangeira haveria até então, de fato, proposto), irá se expandir rapidamente pelo país como ideário de uma verdadeira reforma (PASSOS, 2009, p.128).

Apesar da expansão que a reforma ganhou por todo país, ainda houve forte resistência a sua aplicação em algumas localidades.

Tendo em vista que Basaglia buscava reintegrar o doente mental a sociedade, ele propõe junto a sua equipe o fechamento do Hospital ao qual estava a

frente e logo depois, sugere que sejam abertos centros de saúde nas comunidades, seria a premissa para as comunidades terapêuticas. Cabe destacar que:

Em 1968, a equipe de Gorizia solicitou a administração local o fechamento do Hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade, visto que as pessoas só permaneciam no manicômio em função da ausência de condições econômicas e sociais para se estabelecerem fora dele. Diante das resistências impostas pelas forças políticas e administrativas, a equipe se demitiu em bloco, após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes (AMARANTE, 2003, p. 70).

O fechamento do Hospital seria fato primordial para que os doentes tivessem a possibilidade de se recuperar, reintegrar na sociedade e reaver a consciência de seus próprios direitos. De acordo com Passos (2009), as mudanças propostas eram vistas como ousadas e radicais demais por aqueles que ainda buscavam reafirmar a velha psiquiatria asilar.

No entanto, Basaglia conquistou avanços significativos, tais como a aprovação da Lei 180 junto ao Parlamento Italiano, que ficou conhecida como Lei Basaglia, esta lei veio a integrar a doença mental na legislação sanitária. Outro avanço corresponde a regulamentação do tratamento obrigatório, garantindo assim que o tratamento fosse oferecido em serviços territoriais. Além disso, Basaglia introduz nas discussões sobre o tema, o conceito duplo de doença mental, trazendo à tona os pensamentos que a sociedade constrói sobre o doente, não pelo fato de estar doente, mas sim institucionalizado.

O indivíduo institucionalizado reproduz o que com ele ocorre, violência, alienação, entre outras práticas, reforçando assim, o preconceito que a sociedade tinha a seu respeito. Naquela época, os pacientes eram submetidos a várias formas de coerção dentro dos Hospitais, esta forma de tratar o doente mental se apresenta cercada de preconceitos, justificados cientificamente, tais como a crença de que todo louco é perigoso, insensato, irreversível e incompreensível (AMARANTE, 2003).

Notamos, que diante da Reforma Psiquiátrica iniciada na Europa, com destaque para aquela oriunda da Itália, começaram a surgir propostas inovadoras significativas para o tratamento das pessoas com doença mental, propondo novas

práticas, bem como legalizando a doença mental, principalmente, no sentido de desconstruir as práticas de internação.

2.3 Implicações e avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a loucura esteve presente no convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. Podemos destacar que data do ano de 1852 a inauguração do primeiro Hospital Psiquiátrico no Brasil, o Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994). Sua capacidade era para 350 pacientes, com poucos anos de funcionamento este alcançou sua lotação completa.

Assim, como em outras localidades, aqui também havia exclusão, maus tratos, falta de higiene, entre outras práticas que em nada favoreciam o tratamento dos doentes mentais. Como afirma Amarante:

O asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço de exclusão, de sonegação e notificação das subjetividades (AMARANTE, 1995, p. 491).

Na década de 1930 tratamentos de choque passaram a ser usados e a Psiquiatria se torna então mais poderosa e novos asilos são construídos posteriormente. Nas décadas seguintes, aumenta o processo de institucionalização da loucura em nosso país, bem como foi crescente a quantidade de Hospitais Psiquiátricos abertos naquela época (CIRILO, 2006).

A partir da década de 1970, o modelo manicomial ganha forças e ocorre grande expansão no processo de privatização da saúde, assim aumenta a institucionalização da loucura através dos hospitais psiquiátricos. Cabe destacar, conforme Costa que:

Na ditadura militar o binômio repressão-assistência se reproduz também na saúde mental. A política se consolida de forma burocratizada, privatizada, conservadora com viés modernizador à moda do desenvolvimento nacional. Os hospitais psiquiátricos tonam-se grandes depósitos de gente e servem em última instância à legitimidade do regime autocrático burguês, dentro de uma proposta de modernização e ordem, tão peculiar ao período. Percebemos que os manicômios além de contribuírem no processo de legitimidade ao

sistema, também servem de mecanismo de acumulação do capital, sendo um período de grande crescimento dos hospitais psiquiátricos no país (COSTA, 2016, p. 82).

Seguindo esta linha, é possível observar a solidificação de um processo que ficou conhecido como “indústria da loucura”.

Ainda na década de 1970, a crise econômica do capitalismo decorre em críticas nos mais diversos setores e, inclusive, na área da saúde que rebatem no rumo das políticas sociais em nosso país. Assim, tendo em vista as inúmeras denúncias que eram feitas sobre os asilos e Hospitais Psiquiátricos, bem como de novos levantamentos acerca das pessoas vistas como doentes mentais, destacamos que a partir de 1970 experiências inovadoras passam a ser aplicadas no que se refere à assistência psiquiátrica no Brasil.

Assim, a Reforma Psiquiátrica só vem ganhar folego a partir do referido contexto, tendo início várias mobilizações dos profissionais da área de saúde mental, bem como dos familiares dos pacientes acometidos com algum tipo de transtorno mental, tudo isso atrelado ao que ficou conhecido como “movimento sanitário”. Conforme o exposto:

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 6).

Houve um importante episódio que marcou o movimento de Reforma Psiquiátrica aqui no Brasil, este ficou conhecido como “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental) era um órgão que fazia parte na época do Ministério da Saúde. Consistiu numa greve que foi deflagrada em 1978, com posterior demissão de estagiários e outros profissionais que trabalhavam nas unidades da Dinsam. Em decorrência de denúncias de agressões, trabalho escravo, entre outras, a crise se

estabelece a partir de denúncias de três médicos bolsistas que trazem a tona toda situação que ocorria no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII).

Posterior a estes acontecimentos, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com isso, passam a emergir as propostas de reformulação do sistema assistencial que irá consolidar o pensamento crítico com o saber psiquiátrico. Concomitante a estes fatos Fontes aponta que:

As lutas pelo SUS (principalmente das décadas de 1970 e 1980) foram capazes não apenas de exigir uma política pública de teor igualitário, mas conseguiram agregar à definição de saúde as grandes questões sociais – expondo o quanto as dramáticas desigualdades e as condições gerais da existência são não apenas razões de adoecimento, mas integram a condição geral da saúde humana. Ocorreu um encontro peculiar e importantíssimo entre lutas populares com um movimento intelectual, capaz de mobilizar extensos setores de trabalhadores da própria saúde. O SUS é uma conquista, assim como a Seguridade Social a qual ele integra (FONTES, 2013, p. 1).

Em um contexto de redemocratização do país, que naquela época, estava numa conjuntura de Ditadura Militar, havia muitas mobilizações no âmbito político-social, na luta pela cidadania e direitos. De acordo com Costa (2016, p. 91):

No processo de luta pela redemocratização, observa-se uma intensificação dos debates e das críticas à política de saúde e de assistência psiquiátrica adotada no país, ao mesmo tempo, crescem os questionamentos e os embates na área da saúde mental que se aquecem no ritmo das mudanças econômicas e políticas no país durante os anos 1980. É um período muito rico no debate da reforma sanitária brasileira.

Considerando que uma das grandes críticas, naquele momento, era direcionada aos manicômios e a maneiras como os doentes mentais eram tratados, Amarante (1995) destaca que a liberdade de escolha seria pré-requisito da cidadania, sem ser livre o indivíduo não poderia ser cidadão, com o direito de participar inclusive das decisões sociais. Sendo assim, enquanto os manicômios continuassem a funcionar, a pessoa com doença mental não poderia usufruir de sua liberdade, tão pouco ela seria reconhecida como cidadã. Foi com base nas ideias de origem italiana que o conceito de cidadania se tornou fundamental para promover mudanças no que se refere a assistência destinada a quem possui doença mental. Concordando com estas ideias, Saraceno afirma que:

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível (SARACENO, 1999, p.18).

Segundo Amarante (2003) o objetivo da Reforma Psiquiátrica é [...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade. A Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxe consigo grandes desafios, um deles é concretizar suas propostas. Uma destas propostas consiste exatamente na implantação dos CAPS, lugar de referência para acolher e tratar pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental. Em nosso país, data do ano de 1986 a inauguração do primeiro CAPS, situado na cidade de São Paulo, a partir disso, e de muitas lutas e reivindicações os serviços de saúde mental vão surgindo em outras localidades. Com o tempo, vai surgindo a necessidade de normas que regulamentem a implantação dos CAPS e outros serviços oferecidos, assim, Brasil destaca:

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS (BRASIL, 2005, p. 8).

Foi se tornando imperativa a normalização dos CAPS, com isso, a Portaria GM 224/92 foi criada e os regulamentou oficialmente.

Outra regulamentação importante no âmbito da saúde mental foi a Lei Paulo Delgado em 2001, com isso, a Lei nº 10.216/01, fruto de incessante luta do movimento antimanicomial, trouxe diversas modificações no que tange ao tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental (BRASIL, 2004). Muitas Conferências e Congressos foram realizados pelo Brasil, trazendo assim

contribuições significativas para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Podemos destacar a Conferência da Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, que ocorreu em Brasília no ano de 2005, o principal objetivo nesta oportunidade foi avaliar, bem como reafirmar propostas elaboradas na Declaração de Caracas.

Cada vez mais a implantação dos CAPS aumentava por todo o país e as demandas cresciam continuamente, tornava-se então, imperativo a ampliação de seu funcionamento. Assim, em fevereiro de 2002, a Portaria nº 336/GM passou a regulamentar este serviço, nesta buscava-se a efetiva substituição do modelo hospitalocêntrico, bem como acompanhamento clínico e integração dos usuários na sociedade. É importante salientar que é a Portaria nº 366/ GM que estabelece como irão se constituir os CAPS, sendo eles elencados nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS AD II, basicamente serão implementados de acordo com a quantidade de habitantes:

CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;

CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes;

CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes;

CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos;

CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 (BRASIL, 2002, p.1 e seg).

Mesmo com alguns avanços nas políticas de saúde mental no Brasil, não podemos deixar de comentar que os retrocessos vêm aumentando, tanto devido à crise decorrente de políticas neoliberais, quanto pela recessão econômica mundial. Logo, é fundamental pensar como isto incide na Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, Vasconcelos (2016, p. 62) indica que:

Durante a década de 1990, além das políticas abertamente neoliberais dos governos federais da época, assistimos a uma gradual institucionalização, cooptação e/ ou desmobilização da maioria dos movimentos sociais e partidos políticos que davam sustentação a implementação destas políticas. Este processo continuou na década de 2000, com uma mudança clara no perfil dos movimentos sociais mais ativos [...]. Os movimentos sanitário e de luta antimanicomial se mantiveram ativos, mas também sofreram um claro processo gradual de institucionalização.

Podemos entender que há uma densa relação no que se refere ao desenvolvimento capitalista e as políticas sociais, assim, acaba emergindo uma forte tendência de diminuição de investimentos em políticas sociais, que conseqüentemente, refletem nas políticas de saúde mental. Isto ocorre a nível mundial e também no Brasil.

Remetendo-nos a crise estrutural do capital mundial, que é um importante fato que emergiu em meados da década de 1970, destacamos que a partir desta crise surgiram novos fenômenos sociais e, com isso, ocorreram rebatimentos diretos no mundo do trabalho, muitas das transformações consolidadas naquela época, tinham como principal objetivo implementar medidas de restauração, diante do quadro crítico instaurado. Basicamente, podemos destacar, dentro dessas mudanças, as três seguintes: a reestruturação produtiva, o neoliberalismo e a financeirização (GONÇALVES, 2016).

Considerando que a crise estrutural do capital não se limitou apenas à esfera econômica, e que em decorrência desta crise diversas medidas passaram a ser tomadas, o Estado passou a assumir com força total o papel intervencionista. Desta forma, foi disseminada a ideia de que a Reforma do Estado funcionaria como garantia de governabilidade, com isso, notamos que seria apenas uma questão de tempo para que suas implicações chegassem ao Brasil.

Assim, ressaltamos que no ano de 1989 algumas instituições financeiras, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial idealizaram o Consenso de Washington, o qual contém recomendações que visavam desenvolvimento em países da América Latina, além disso, trazia também em seu receituário o intuito de ampliar o Neoliberalismo nos mesmos. Aderir às propostas contidas no Consenso de Washington era pré-requisito para que os países

recebessem ajudas financeiras, logo, em 1990 o então Presidente Fernando Collor de Melo impôs em nosso país o receituário neoliberal.

Sobre o neoliberalismo, percebemos como algumas de suas características, que [...] impunha uma forte disciplina fiscal, controle da inflação e uma drástica redução da presença do Estado na economia e na sociedade [...] (PEREIRA, 2000) foram sendo aplicadas no Brasil e também seus resultados, que nem sempre eram de acordo com o que haviam sido previstos. Behring (2003) afirma que, a partir dos anos 1990, o Brasil adentrou, num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, adaptando-se, mais uma vez, as requisições do capitalismo mundial.

Inferimos que a implantação da Reforma do Estado² no Brasil precisa ser vista considerando o processo da crise do capital, bem como a promoção do Neoliberalismo. Oliveira (2011) aponta que a reforma proposta naquele momento tinha como objetivos, a curto prazo, promover o ajuste fiscal, principalmente nos Estados federados e nos municípios, e a médio prazo, transformar a administração pública brasileira em uma administração gerencial. Desta forma, nos anos 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o pensamento de reformar o Estado começa a ser impulsionado de maneira efetiva.

No entanto, é importante refletir sobre a expressão Reforma do Estado, pois para autores vinculados à Teoria Social Crítica, a exemplo de Behring (2003), tem um sentido inteiramente ideológico. De acordo com Behring e Boschetti (2011), o período pós-1990 pode ser considerado no país, como de contrarreforma do Estado. Estas autoras adicionam que:

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1998 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. O principal documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da

² De acordo com Silva (2001), a Reforma do Estado brasileiro nos anos 90 tem como marco institucional a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, através dos quais se desencadeou a ofensiva governamental no sentido de impor as mudanças que se seguiram. O Governo passa a assumir neste contexto um discurso que veicula o pressuposto de que o modelo de Estado das últimas décadas, devido a sua forte intervenção na economia e consideráveis gastos sociais, é o agente responsável pela emergência da crise econômica mundial. A alternativa, portanto, para a resolução desta crise, também no Brasil, passa por uma reforma do Estado (SILVA, 2001, p.4).

Administração e da Reforma do Estado (MARE) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 148).

Com isso, percebe-se que a Reforma do Estado representa um verdadeiro retrocesso nas conquistas definidas na Constituição de 1988, pois, na década de 1990, foi um período em que o Brasil se encontrava num cenário de forte regressão dos direitos sociais e a mundialização do capital já ganhava força no panorama nacional. Assim, se estabelece uma intensa crítica às conquistas sociais que tinham sido previstas na Constituição Federal de 1988, as lutas que antes eram coletivas, passam a ser corporativas, os interesses particulares vão sendo cada vez mais visados. Logo, uma conjuntura desfavorável para implementação dos mecanismos previstos na Constituição de 1988, merecem destaque o não cumprimento das leis que regulamentam o seu funcionamento, o desconhecimento da sociedade civil sobre a dinâmica de efetiva participação, entre outros. Ou seja, a Reforma do Estado implicaria em um verdadeiro desmonte com vistas a adequação do Brasil aos interesses do Capital.

Neste contexto, evidencia-se que o modelo neoliberal proposto pelos organismos financeiros internacionais foram aos poucos sendo implementados no Brasil, mas com o tempo, começa a apresentar indícios de que sua premissa de promover o crescimento econômico não originou os efeitos esperados.

Com o início do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), com o então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, entende-se que haveria ruptura com o projeto neoliberal. Contudo, logo fica evidente que, na verdade suas políticas sociais implicavam apenas numa suposta ruptura. Pois, se por um lado Lula implantou políticas sociais com vistas a combater a miséria, por outro lado, para chegar ao poder, o PT ampliou sua política de alianças, de conciliação e, com isso, fez consensos com setores da burguesia nacional.

No âmbito da saúde mental, inicialmente, Lula deu continuidade a política que já vinha sendo implementada no governo de FHC, basicamente o que foi determinado na Lei 10.216/2001. Cabe ressaltar os seguintes acontecimentos nos anos 2001 a 2010, de acordo com Vasconcelos:

III Conferencia Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216/2001 (2001) de reforma psiquiátrica, crescimento e consolidação da rede de atenção psicossocial com expansão da agenda política para novas áreas e projetos (crianças e adolescentes, álcool e drogas,

serviços residenciais, Programa de Volta para Casa, etc). IV Conferencia Nacional (2010) (VASCONCELOS, 2016, p. 40).

Em 2011 quem assume a presidência do país é Dilma Rousseff. De maneira geral, Dilma deu continuidade às políticas propostas por Lula em seus mandatos. Ressaltando que tinha pretensão de fortalecer o SUS e melhorar a qualidade dos atendimentos, é neste período que acontece a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Podemos dizer que durante os governos liderados pelo PT, ocorreram avanços consideráveis no que se refere à saúde pública, mas também alguns recuos na mesma.

Apesar de o Brasil ter apresentado índices de crescimento econômico nos governos de Lula, no governo Dilma já não vinha conseguindo manter o mesmo ritmo. Nesse sentido, em um grave contexto de crise econômica e diante de um governo com notável fragilidade estrutural, o governo de Dilma passa a apresentar claramente uma trajetória que Gonçalves (2016) chama de Desenvolvimento às Avessas:

O Brasil embrenha-se em trajetória de Desenvolvimento às Avessas. Esta trajetória é marcada, na dimensão econômica, por: fraco desempenho; crescente vulnerabilidade externa estrutural; transformações estruturais que fragilizam e implicam volta ao passado; e ausência de mudanças ou de reformas que sejam eixos estruturantes do desenvolvimento de longo prazo. Nas dimensões social, ética, institucional e política desta trajetória observa-se: invertebramento da sociedade; deterioração do ethos; degradação das instituições; e sistema político corrupto e clientelista (GONÇALVES, 2016, p. 8).

Ainda no primeiro mandato de Dilma a economia começa a despencar apressadamente, bem como o desemprego e o poder de compra dos trabalhadores. Cada vez mais a sociedade apresentava seu descontentamento diante da conjuntura política, econômica e social do país, é o que apontam Demier e Melo:

O descontentamento social cresceu celeremente. As Jornadas de Junho de 2013 foram, de certa forma, uma expressão dessa nova situação. O alto custo de vida, o caos nos serviços públicos, e nos transportes em particular, tornou a vida praticamente insuportável para a maioria da população, que iniciou vertiginosamente uma

ruptura com o petismo no poder. Diante disso, até mesmo a capacidade do PT de domesticar os movimentos sociais e aplicar ajustes tornou-se menor, diminuindo, por conseguinte, sua serventia política ao capital (DEMIER E MELO, 2018, p. 267).

Assim, diante da crise econômica, política e social do país, que vinha se arrastando a alguns anos, que intensifica em 2015 e culmina com o golpe em 2016, retira da presidência da república Dilma Rousseff.

De acordo com Demier (2017, p. 15-16),

Diferentemente da maior parte dos golpes de Estado perpetrados ao longo da história contemporânea em nosso continente, o golpe brasileiro de 2016 se deu por meio do próprio regime democrático-liberal. Não seria arriscado dizer, assim, que talvez tenhamos assistido a um novo tipo, a um exemplar de um novo padrão de golpe de Estado, cuja efetivação se dá por dentro e por intermédio das próprias engrenagens da democracia liberal hodierna.

Diante disso, é possível entender que na democracia liberal do Brasil, foi possível derrubar um governo que trazia incômodo, sem que fosse necessário acabar com a democracia vigente. Como o próprio Demier indica, não é apenas um novo tipo de golpe, mas também um novo tipo de regime democrático - liberal, que por sua vez pode ser chamada de *democracia blindada*³. Neste modelo de *democracia blindada* há uma combinação entre retirar direitos sociais e expandir as políticas compensatórias.

Quem assume a presidência do país após o golpe é Michel Temer, que em seu governo ilegítimo sinaliza que, as possibilidades de implementação de programas sociais de ajuste econômico ganham espaço. Neste governo, de acordo com Demier (2017), o tempo é de contrarreformas e de ajuste fiscal, e o tempo urge.

Em seu governo, Temer aprovou o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 55/2016, conhecida como PEC da Morte e que se transformou na Emenda Constitucional (EC) 95/2016, em linhas gerais o intuito é limitar os gastos públicos, bem como reduzir os recursos para a saúde e a educação. Conseqüentemente, na saúde mental aumentam os retrocessos e fortes indícios de perda de conquistas oriundas da Reforma Psiquiátrica. Além disso, Temer faz a Reforma trabalhista que

³ A *democracia blindada* é entendida por Felipe Demier como aquela que predomina em governos que se dizem democráticos, porém, não dão abertura a participação efetiva do povo, fazendo com que as demandas populares não sejam ouvidas, nem tão pouco solucionadas.

modifica consideravelmente a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) implicando na maneira como patrões e empregados se relacionam, altera direitos e condições de trabalho para mulheres grávidas, jornadas de trabalho, entre outros.

No ano de 2018 ocorrem novas eleições para presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro foi eleito em 2º turno, interrompendo as vitórias presidenciais que vinham sendo obtidas pelos candidatos do PT. Mascaro (2019) indica que não há diferença de natureza entre os movimentos que gestam Temer e os que sustentam Bolsonaro. Seguindo esta linha de afirmação, Mascaro reitera:

Tanto com Temer quanto com Bolsonaro, a política está sob tutela: pelas frações do capital dominantes, pelos meios de comunicação de massa que lhe são correlatos, pelas instituições jurídico-judiciárias e pelas forças armadas (MASCARO, 2019, p. 30).

Em seguida a sua vitória, Bolsonaro assegurou que em seu governo seria um “defensor da Constituição, da democracia e da liberdade”. Tão logo assumiu seu mandato presidencial, Bolsonaro começou a adotar medidas que indicam verdadeiros ataques à luta por direitos. Para a saúde mental, seu governo publicou uma “Nota Técnica” sobre a “Nova Saúde Mental” (11/2019). Entre as medidas propostas nesta nota, é indicada a liberação de financiamento para realizar compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, além disso, incentiva ampliação de leitos em Hospitais Psiquiátricos. Conforme a Nota Técnica nº 11/2019:

O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes (BRASIL, 2019, p.4).

No que diz respeito a aquisição de aparelhos para Eletroconvulsoterapia, no referido documento é exposto que:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde,

no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019, p. 06).

Ao longo de toda nota são apresentados pontos que indicam retrocessos para direitos que levaram anos para serem adquiridos e parcialmente colocados em vigor com a Reforma Psiquiátrica de 2001, representando assim, um verdadeiro desmonte para a luta antimanicomial.

Além desta Nota Técnica, lançada logo no início do governo de Bolsonaro, muitos outros fatos vem ocorrendo e marcando desde já o seu mandato, no que diz respeito a saúde. O próprio Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, já se pronunciou em veículos da mídia afirmando que deseja levar em discussão ao Congresso a questão da gratuidade do SUS, inclusive uma de suas propostas consiste em estabelecer cobrança de atendimentos no SUS. No entanto, chega a ser inconcebível para a população brasileira pensar no SUS privatizado, dada a sua importância enquanto política pública. Paim vem nos dizer que:

Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (PAIM, 2018, p. 1724).

Considerando este ideário que deu origem ao SUS e sua presença na Constituição Federal (CF) de 1988, evidenciamos sua importância para assegurar a população o direito a saúde. Porém, ressaltamos que após pouco mais de 30 anos de vigência, a situação do SUS está cada vez pior e que os governos recentes vêm tomando medidas, a exemplo da (EC) 95/2016, que reduzem investimentos, indicando que manter o SUS funcionando não é uma prioridade. Indício que o SUS ainda não está consolidado e que o desejo, diante das restrições impostas pela EC 95, implica em seu desmonte e conseqüentemente, em sua privatização.

2.4 Reforma Psiquiátrica Em Campina Grande - PB

Um ponto marcante para a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande PB é a intervenção feita no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), que foi fundamental para reorientação para o modelo de assistência psiquiátrica neste município. No ano de 2004, com base numa medida estabelecida pelo Ministério da Saúde que pretendia por fim aos tratamentos desumanos empregados em Hospitais Psiquiátricos pelo Brasil, houve intervenção na gestão de 10 Hospitais Psiquiátricos, entre eles no ICANERF em Campina Grande. Acerca do processo de intervenção no ICANERF Cirilo discorre:

Em resumo, podemos dizer que encontramos no ICANERF uma instituição doente e adoecedora de pacientes e trabalhadores. Para desmontar a ordem vigente e os mecanismos opressores se fazia necessário estabelecer um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridas na comunidade (CIRILO, 2006, p. 62).

O processo de intervenção se instalou no ICANERF e foram feitos levantamentos a respeito dos internos. Todos os “pacientes” foram avaliados e, a partir disso, propostas do que seria feito a seguir começaram a emergir e serem inseridas. Assim, estratégias como reestabelecimento de vínculos afetivos com as famílias dos pacientes, ressocialização dos mesmos, fortalecimento de serviços voltados para saúde mental que já existiam, inserção de Residências Terapêuticas, ampliação e implantação de CAPS, entre outros passaram a ser cogitados e executados.

As ações realizadas em Campina Grande, no que se refere a Reforma Psiquiátrica, deram origem a um convite para participar de uma mesa redonda na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, realizada no ano de 2005 em Brasília. A referida participação culminou em exemplo mencionado na publicação feita pelo Ministério da Saúde:

Em cerca de um ano, Campina Grande mudou radicalmente sua rede de atenção à saúde mental e investe em novos serviços na região, em benefício dos direitos dos pacientes. Durante este período, o processo de desinstitucionalização e de redução de leitos em Campina Grande mobiliza os gestores do SUS para a construções de novas soluções para as demandas de saúde mental da região, mobiliza a comunidade local para a Reforma Psiquiátrica e muda efetivamente a qualidade de vida e da assistência prestada em saúde mental à população (BRASIL, 2005, p. 22).

Consideramos que não foi um processo fácil, tão pouco rápido, no entanto, surtiu efeitos considerados positivos.

Na rede de Serviços de Saúde mental de Campina Grande, P.B., antes mesmo da intervenção realizada no ICANERF em 2004, já existia o CAPS II - Novos Tempos. Por este motivo, partindo dos pressupostos anteriormente apresentados e nos direcionando a realidade local, voltamos nossos olhares ao CAPS II – Novos Tempos, inicialmente situado na Rua: Getúlio Vargas, nº 637, no Centro da cidade de Campina Grande, Paraíba. Sua fundação data de 18 dezembro de 2003, tendo seu funcionamento iniciado em 08 de janeiro de 2004, após a regularização de alguns documentos e requisitos fundamentais. Neste endereço, esteve até o ano de 2007, depois ficou temporariamente na Avenida Elpídio de Almeida no bairro do Catolé e posteriormente mudou-se para a Rua Fernando Gomes de Araújo, nº 81 – Catolé, na mesma cidade, e lá permanece até os dias atuais.

Antes da implantação do CAPS II Novos Tempos, o Serviço Municipal de Saúde e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), eram os responsáveis pelos atendimentos ambulatoriais em saúde mental. Com a sua inauguração, o CAPS II Novos Tempos, passou a oferecer serviços ampliados e humanizados em saúde mental às pessoas com transtorno mental severo e persistente.

É importante ressaltar que os serviços oferecidos são para usuários de um determinado território, existem outros CAPS na cidade para atender os demais territórios, bem como para municípios circunvizinhos. Para definição de quem serão seus usuários, são observados a que distritos sanitários eles pertencem, considerando que no CAPS II serão atendidos aqueles que pertencem aos distritos sanitários I, III e IV de Campina Grande.

Destacamos que o CAPS II Novos Tempos trouxe consigo o pioneirismo que serviu de referência para criação de outros serviços substitutivos na cidade de Campina Grande, com isso, a rede de saúde mental se expandiu também devido ao apoio matricial do antigo Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), foi criado o CAPS III, CAPS AD, Emergência Psiquiátrica, Residências Terapêuticas, 02 CAPS I, entre outros. Além disso, o CAPS II evoluiu em alguns aspectos, tais como: a melhoria na qualidade de vida tanto do usuário, como da família, redução do número de hospitalizações dos usuários, investimento na capacitação da equipe, e outros. Porém, mesmo com tantos pontos positivos, o CAPS II, tem suas fragilidades e requer avanços, como espaço adequado para funcionar e consolidação da rede com a territorialidade e intersetorialidade, por exemplo.

Com relação às atividades desenvolvidas nos CAPS, a Política Nacional de Saúde Mental recomenda que cada CAPS tenha um projeto terapêutico elaborado de acordo com as demandas oriundas de seus usuários, considerando o território onde está inserido, bem como a equipe que dispõe. Assim, os CAPS podem apresentar as mais variadas atividades terapêuticas. Brasil (2004) aponta que os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

No CAPS II, que é precursor em Campina Grande, PB, são oferecidas as seguintes recomendações e procedimentos:

ACOLHIMENTO: é um tipo de triagem, que a princípio consiste em um momento de observação, escuta e avaliação;

GRUPO DE FAMÍLIA: é um espaço de partilhamento de experiências entre os familiares participantes;

ASSEMBLEIA: reunião realizada pelo profissional do serviço social com usuários, familiares e equipe de serviço;

GRUPO OPERATIVO: tem como principal objetivo proporcionar integração, socialização e participação dos usuários através das seguintes atividades: culturais, dinâmicas e outras.

GRUPO TERAPÊUTICO: é semelhante ao grupo operativo, mas seu foco é a fala sobre situações focais reais vividas pelos usuários;

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL: é o momento em que o usuário tem a oportunidade de aprofundar seu histórico de vida, onde são usados os conhecimentos e técnicas de psicoterapia;

ESCUITA: geralmente usado para quem está em regime intensivo, pode ser realizada por qualquer membro da equipe e tem finalidade terapêutica;

PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL: geralmente é feito em até três meses após o acolhimento do usuário, é pensado pelo Técnico de Referência, nele consistem as ações propostas para o tratamento do usuário;

OFICINAS TERAPÊUTICAS: funcionam como um espaço de expressão e socialização do usuário, elas tem caráter terapêutico e buscam promover a reabilitação social dos usuários, bem como autonomia e expressões espontâneas. Algumas das oficinas oferecidas: artes plásticas, expressão corporal, oficinas de geração de renda e atividades culturais.

Cabe destacar que o município de Campina Grande-PB, conta com a Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068, que foi sancionada em 30 de dezembro de 2002, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa.

Porém, mesmo com as melhorias apontadas, há uma busca incessante por manter qualidade de atendimento aos usuários da Rede de Saúde Mental em Campina Grande, com o intuito de garantir os encaminhamentos as redes de serviços do município, bem como de intensificar estratégias junto aos familiares com o objetivo de os sensibilizarem quanto ao tratamento dos usuários. No entanto, a atual conjuntura política e econômica nacional rebatem diretamente nas políticas sociais e, inclusive, nas políticas de saúde mental, indicando retrocessos, bem como impossibilitando novas formas de acolher e tratar pessoas com transtornos mentais.

3 FORTALECENDO A RACIONALIDADE DA REDE SUBSTITUTIVA: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL EM DEBATE

A presença dos profissionais de Serviço Social no campo da Saúde Mental, de acordo com Vasconcelos (2002), teve início no Brasil na década de 1940, a partir do modelo proposto por higienistas americanos e brasileiros naquela época. Exatamente neste período estavam se formando os primeiros Assistentes Sociais no Rio de Janeiro, que logo foram encaminhados para trabalhar nos Hospitais Psiquiátricos, atuando basicamente com as demandas de necessidade imediata, como roupas ou até mesmo recursos financeiros. Neste momento, o trabalho dos profissionais do Serviço Social nos Hospitais Psiquiátricos, de acordo com Machado:

[...] era situado na porta de entrada e saída, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação de alta, confecção de atestados sociais e realização de encaminhamentos, em um tipo semelhante ao after-care psiquiátrico, porém mais burocrático e massificado. Nesse sentido, a intervenção profissional se constituiu como subalterna, burocrática, superficial e, em alguns casos, assistencialista (MACHADO, 2009, p. 36).

Com a chegada do Golpe Militar em 1964, os Assistentes Sociais foram direcionados a atuar como executores de políticas sociais na área da Saúde Mental. Inclusive, em decorrência das novas demandas, houve aumento na quantidade de novos profissionais da área, além de ampliação dos campos de trabalho. Bisneto discorre:

Uma grande quantidade de assistentes sociais passou a trabalhar na saúde mental por demanda do governo da ditadura, para legitimá-lo através de políticas sociais dúbias no atendimento ao trabalhador e para abafar as contradições no sistema manicomial, mas sem o apoio de referenciais teóricos para guiar a profissão (BISNETO, 2001, p. 01).

Diante disso, podemos notar que os Assistentes Sociais estavam a serviço do governo da época, legitimando a Ditadura Militar e se limitando ao que ficou

conhecido como “modernização conservadora”. Durante o período da Ditadura Militar a classe dominante exercia seu poder sobre a sociedade fazendo uso do chamado Estado autoritário. Neste sentido, o Estado se encarregava de designar os mecanismos que iriam manter a ordem social partindo de determinados padrões sociais e princípios morais. Assim, naquela época este era o sentido atribuído a expressão controle social, fato que implicava diretamente na atuação do profissional de Serviço Social.

Por volta dos anos 1960, ocorre aqui no Brasil a aproximação do Serviço Social com a teoria Marxista, fato que tem grande relevância para esta categoria profissional, tanto no que se refere a sua formação, quanto a atuação. Faermann enfatiza que,

Em meados dos anos 60 e início dos anos 70, quando as conjunturas brasileira e latino-americana eram, fortemente, pressionadas por uma conexão entre a autocracia burguesa e um governo militar ditatorial, os assistentes sociais impulsionaram um movimento que realizou uma análise crítica da formação e do exercício profissional, no contexto de suas realidades nacionais. Esse processo não representou um movimento particular e isolado, ao contrário, foi resultado da combinação de determinações da conjuntura social, política e econômica da América Latina, que se convencionou chamar de Movimento de Reconceituação do Serviço Social (FAERMANN, 2016, p. 37).

O movimento de Reconceituação do Serviço Social instigou um verdadeiro processo de mudanças no campo profissional, abriu caminhos que direcionaram a profundas reflexões e críticas sobre o Serviço Social. A partir deste movimento, as primeiras expressões da renovação do Serviço Social são firmadas nos Documentos de Araxá⁴. Além disso, impulsionou no fim da década de 1970 o processo de construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. A intenção de ruptura proposta durante este processo, resultante do amadurecimento acadêmico do Serviço Social, que teve seus primeiros passos dados no chamado Método BH⁵,

⁴ O documento de Araxá é representativo para a profissão, que mesmo tendo colocações divergentes, os vários autores concordam que o Documento de Araxá foi um marco do Serviço Social brasileiro (AGUIAR, 1995).

⁵ O “método” que ali se elaborou foi além da crítica ideológica, da denúncia epistemológica e metodológica e da recusa das práticas próprias do tradicionalismo; [...] oferecendo uma pauta paradigmática dedicada a dar conta inclusive do conjunto dos suportes acadêmicos para a formação dos quadros técnicos e para a intervenção do Serviço Social (NETTO, 2009).

está intimamente ligado ao desejo que a categoria tinha que, consistia em superar o conservadorismo arraigado a profissão. Segundo Yamamoto:

A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade (IAMAMOTO, 2011, p. 36).

Compreendemos que a intenção de ruptura do Serviço Social, baseando-se na teoria social de Marx, buscava de maneira evidente, superar o conservadorismo e legitimar suas bases de formação e atuação.

Simionato (2018) assinala que a recorrência a teoria social de Marx adentrou ao período de abertura democrática do Brasil com avanços importantes obtidos no processo de renovação da formação profissional. Conforme o exposto:

A renovação dos fundamentos do Serviço Social está imbricada, portanto, à dinâmica mesma da realidade brasileira, estimulando segmentos dos espaços acadêmico e profissional a buscar novos referenciais para iluminar a prática e a formação profissionais (SIMIONATO, 2018, p. 89).

De acordo com este apontamento, podemos afirmar que a perspectiva de intenção de ruptura que teve seu início nos anos 60, veio a atingir sua maioria intelectual em meados dos anos 80 do século passado.

Voltando nosso olhar para o Movimento de Reforma Psiquiátrica, é possível destacar este como um forte representante no que se refere aos avanços nas práticas de saúde mental, viabilizando, inclusive a contratação de novos Assistentes Sociais, numa nova perspectiva, a da reabilitação social. Assim, Bisneto aponta que:

O Movimento de Reforma Psiquiátrica representa um grande avanço nas práticas de Saúde Mental, propiciando a contratação de novos assistentes sociais na medida em que este movimento enfatiza a importância da reabilitação social dos portadores de sofrimento mental, por meio de programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer (práticas que não são especificamente “psi”), ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para o usuário da rede de Saúde Mental: os aspectos sociais são mais essenciais

para um serviço integralizado de assistência. (BISNETO, 2005, p. 115).

A partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, vão surgindo novos desafios e perspectivas para os profissionais do Serviço Social, que sofrem a cada vez que os cenários econômicos, político e social mundial e nacional se modificam. Por volta do ano de 1975 foi estipulada a inserção de Assistentes Sociais na saúde no âmbito comunitário, fato que significa um grande avanço para época. Machado (2009) aponta que a inserção de Assistentes Sociais por um lado representa luta e conquista política da categoria profissional, mas, por outro, expressa uma conjuntura sociopolítica onde o real interesse do Estado era racionalizar os custos da atenção à saúde. Além disso, as ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde neste período eram consideradas fragmentadas, tendo em vista que não havia uma coordenação geral para a categoria.

Já no fim da década de 1980 acontece um marco histórico voltado para a saúde mental, que corresponde ao Projeto de Lei de 1989, que foi elaborado pelo então Deputado Paulo Delgado, neste projeto foram apresentadas propostas que consistiam em substituição progressiva de manicômios por serviços psiquiátricos alternativos.

Na entrada dos anos 1990, devido a Lei de Regulamentação da Profissão dos Assistentes Sociais nº 8.662/1993, ocorre um amadurecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo para os profissionais. Nesta mesma conjuntura, acontecem avanços na Política de Saúde Mental em nosso país. Porém, continua a ser priorizado o perfil de Assistentes Sociais adaptativos, prontos a se adequarem as condições impostas pelos governos vigentes.

Mesmo com o recente processo de redemocratização do país, podemos dizer que o início dos anos de 90, foi um período em que o Brasil se encontrava num cenário de forte regressão dos direitos sociais e a mundialização do capital já ganhava força no panorama nacional. Assim, se estabelece uma intensa crítica às conquistas sociais que tinham sido previstas na Constituição Federal de 1988, as lutas que antes eram coletivas, passam a ser corporativas, os interesses particulares foram sendo cada vez mais visados.

Logo, nota-se, uma conjuntura desfavorável para implementação dos mecanismos previstos na Constituição de 1988, fato que sinaliza também desafios a serem enfrentados pelos profissionais do Serviço Social. É o que podemos chamar de nadar contra a corrente, pois, diante deste cenário, o Serviço Social dá início a um novo processo de revisão curricular, que foi aprovado pela ABEPSS e instituições de ensino, vindo a culminar no ano de 1996 com o documento das Diretrizes Curriculares, de acordo com Simionato (2018).

É apenas a partir dos anos 2000, mais precisamente no ano de 2001 que a proposta criada pelo Deputado Paulo Delgado no fim dos anos 80 é sancionada e se torna a Lei 10.216/01, cujo principal objetivo consiste em humanizar e promover um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais no Brasil. Neste mesmo ano, acontece em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental. No ano seguinte é publicada a portaria 336/02 que regulamenta o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), neste documento contém orientações para implantação, funcionamento, entre outras.

No que diz respeito a atuação do Assistente Social na Rede de Atenção Psicossocial, percebemos que as discussões sobre esta temática são recentes, por isso, é importante que haja um aprofundamento. Logo, a presença deste profissional se torna imperativa no sentido de garantir a integralidade do atendimento. O trabalho do Assistente Social em um CAPS é fundamental, este é um profissional que trabalha junto com a equipe multidisciplinar deste serviço, ele deve realizar a sistematização, bem como ações de intervenção democrática que visem a reabilitação social dos usuários.

Algumas das atividades desenvolvidas pelo Assistente Social são: ministrar palestras educativas junto a usuários e familiares; facilitar a integração dos usuários com outros serviços oferecidos na rede; realizar visitas institucionais e domiciliares; realizar atendimento individual (escuta) e/ou em grupo/família; realizar oficinas terapêuticas; trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS, entre outras. De maneira mais específica, em Brasil (2009) considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas indispensáveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

Cabe destacar sobre as atribuições do Assistente Social, de acordo com o documento do CFESS-CRESS:

As atribuições e competências dos/as assistentes sociais, sejam aquelas realizadas na educação ou em qualquer outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas pelos princípios, direitos e deveres inscritos no Código de Ética Profissional de 1993 (CEP), na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993), bem como nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996) (CFESS-CRESS, 2002, p. 26).

Desta forma, consideramos que o Assistente Social, sendo o profissional apto a trabalhar diretamente com as expressões da questão social, pode atuar em diversas instituições, tendo como objetivo refletir e promover reflexões para os usuários e suas famílias acerca da realidade que os envolve, bem como na busca pela superação daquilo que os impede de se desenvolver plenamente.

Sendo um profissional que trabalha junto com a equipe multidisciplinar do serviço, ele deve realizar a sistematização, bem como ações de intervenção democrática que visem à reabilitação social dos usuários. Neste sentido, Vasconcelos (2007) afirma que ele (o assistente social) deve conhecer a realidade do seu campo de atuação, compreendendo o contexto no qual este se insere, e com isso superar a execução de medidas paliativas, destinadas a “quebrar galho”. Além disso, este profissional utiliza mecanismos que visam garantir a socialização de informações fundamentais aos usuários, sendo assim, contribui efetivamente para que estes e seus familiares venham a ampliar e construir autonomia. Conforme é mencionado na teoria de Vasconcelos:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à doença e saúde mental, e de militância social e política mais amplo na sociedade e no Estado (VASCONCELOS, 2008. p. 60).

A socialização de conhecimentos é vista por Vasconcelos como algo indispensável, considerando que os usuários e familiares são sujeitos de direitos.

Cada vez mais, nota-se que a conjuntura atual coloca ao mundo do trabalho desafios extremamente complexos, sendo assim, o Assistente Social como

trabalhador que é ao exercer sua função se insere nesta realidade desafiadora. Netto (1996) lembra que esse cenário tem exigido dos profissionais coragem cívica e intelectual para consolidar os princípios e os valores do Serviço Social.

Logo, mediado pela lógica do mercado, o exercício profissional sofre um redimensionamento pelas alterações ocorridas na esfera dos serviços sociais e nas demandas, aos serviços é incorporada a lógica da produção capitalista. Além disso, uma série de mediações conformam este processo, dentre elas: a ameaça do desemprego, precarização das condições de trabalho, metas de produtividade, salário, entre outros.

Neste contexto, é cada vez mais comum encontrar com profissionais do Serviço Social que são incentivados a realizar uma formação específica, como uma Pós-Graduação para atuação na área da Saúde Mental, por exemplo, bem como em outras áreas de atuação, buscando conhecimentos multidisciplinares e plurais. É o que aponta Vasconcelos (2000) mostrando que os Assistentes Sociais integraram historicamente as equipes de Psiquiatria/Saúde Mental.

No ano de 2009 o Conselho Federal de Serviço Social criou os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde com vistas à atuação deste profissional, ficando assim previsto que:

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. [...] Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade (BRASIL, 2009, p. 41).

O trabalho do Assistente Social encontra-se diretamente envolvido na perspectiva dos usuários, buscando articulação dos eixos que fundamentam sua atuação em sua totalidade. Desta forma, destacamos que a atuação do Assistente Social na Saúde mental é um tema de grande relevância e entendemos que a atuação deste profissional ainda se depara com muitos limites, sejam eles de gestão ou até mesmo de precarização, fato que nos leva a refletir sobre a necessidade continua de fortalecimento e afirmação da categoria.

Partindo do pressuposto que a complexidade do trabalho do Assistente Social é marcada pelas contradições ocorridas na sociedade, merece destaque a

conjuntura econômica, política e cultural do Brasil que vinha se formando desde 2013.

Esta por sua vez, ganha força com o saldo das eleições de 2014, apresentando no resultado das urnas, não apenas o desejo de uma parcela da população, mas, principalmente a ideologia que estava sendo construída, uma ideologia conservadora. De acordo com Boulos (2016), podemos chamar de onda conservadora, conservadora no seu pior sentido do conservadorismo político, econômico e moral.

Esta onda conservadora no Brasil teve início a partir da eleição de Dilma Rousseff para seu segundo mandato como Presidente no ano de 2014, bem como com a bancada do Congresso formada no mesmo pleito, considerada conservadora. Mediante estes fatos, bem como em decorrência da crise econômica que se aprofundou no Brasil neste mesmo período, das manifestações de rua contra a Presidente e contra os escândalos de corrupção envolvendo o Partido dos Trabalhadores (PT), a onda ganhou força e culminou na eleição de Jair Messias Bolsonaro para Presidente da República no ano de 2018.

Muitos dos processos políticos, econômicos e sociais que o Brasil vem passando nos últimos anos, acabam por expressar segundo Souza (2015) a determinação central do conservadorismo no Brasil: sua defesa do ordenamento social instituído se identifica com o elogio burguês do modo de produção capitalista, em suas peculiaridades periférica e dependente. Esta onda conservadora que vinha inundando o país, conseguiu estabelecer ainda mais a polarização entre direita e esquerda nas eleições de 2018, resultando na eleição do atual Presidente da República Jair Messias Bolsonaro.

Todas as medidas tomadas oriundas deste novo governo podem atingir negativamente a população e conseqüentemente as diversas categorias profissionais existentes em nosso país. Sabendo que, o Assistente Social é um profissional que tem como fundamental atribuição viabilizar aos usuários o acesso a direitos, não podemos deixar de considerar que diante do atual cenário uma das suas funções principais se torna irrealizável.

O Assistente Social interfere nas relações cotidianas no atendimento a diversas expressões da questão social vividas pelos usuários. Mas, um dos desafios na intervenção profissional é apreender as expressões que as desigualdades sociais assumem na vida destes usuários e fortalecer suas formas de resistência. Duriguetto

(2014) vem nos dizer que superar este desafio implica em mergulhar no cotidiano das necessidades e das resistências e se abrir para possibilidades de intervenção junto às organizações e lutas desenvolvidas pelos trabalhadores.

Já Forti e Guerra (2013) apontam que em sua profissão, o Assistente Social se depara com inúmeros dilemas, bem como que é necessário a este profissional compreender a realidade da sociedade em sua totalidade e complexidade. No trabalho do Assistente Social existe, de acordo com a opinião das autoras, o desafio não apenas de atuar na realidade, mas identificar as demandas enfrenta-las de uma forma crítica e consciente. Para isso, é importante que os Assistentes Sociais tenham uma formação sólida teoricamente e metodologicamente, para que assim seja possível aliar uma coisa a outra.

Neste sentido, é importante mencionar que as inúmeras mudanças decorrentes das transformações no mundo do trabalho e das políticas sociais no âmbito da contrarreforma implicam na efetividade do Projeto Ético Político do Serviço Social brasileiro. Logo, o Assistente Social passou a vivenciar a flexibilização das relações de trabalho e da precarização do emprego. Sua prática ficou quase restrita a centralidade na assistencialização no campo da proteção social (YAZBEK, 2009).

Consideramos que os processos de restauração do capital impactaram regressivamente as condições que permitem a efetivação do PEP nos diferentes espaços ocupacionais. Por este motivo, um dos desafios para os Assistentes Sociais na contemporaneidade é o de se constituir como sujeitos profissionais críticos, comprometidos e propositivos.

3.1 Resultados e discussão da nossa pesquisa de campo

Mediante contínua implantação dos CAPS nos anos 2000, e conforme as recomendações contidas na Lei 10.216/2001, os profissionais de Serviço Social se veem com o campo de atuação se expandindo significativamente. Bisneto (2005) enfatiza que os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, têm requerido um maior número de profissionais de Serviço Social em relação aos serviços de internações, o que se ampliou à contratação de assistentes sociais. Assim, se fortaleceu o enlace entre Serviço Social e Saúde Mental e os profissionais desta

categoria passaram a ser fundamentais para o funcionamento dos CAPS. Nestes Centros os profissionais do Serviço Social desenvolvem ações para viabilizar acesso a direitos dos usuários, além de ações socioeducativas e burocráticas. Sabendo da relevância dos Assistentes Sociais na mencionada área, buscamos nos aproximar do tema realizando esta pesquisa.

A pesquisa realizada teve como base leituras de materiais bibliográficos acerca da temática abordada. A técnica utilizada para coleta de dados corresponde a entrevista semiestruturada, suporte fundamental, que viabilizou a realização das análises e discussões de como os profissionais do Serviço Social vem desempenhando suas atividades, e nos proporcionou compreensão sobre como o exercício profissional do Assistente Social vem contribuindo para a política de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande – PB. Para apresentar os discursos colhidos a partir das entrevistas, as pessoas participantes serão apresentadas no decorrer das análises com total preservação de suas identidades, sendo estas identificadas apenas pelas letras: A, B, C, D, E e F. A partir disso, primeiramente vamos apresentar a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa e em seguida daremos prosseguimento com as análises dos discursos.

A presente pesquisa foi a Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande - PB, sendo os profissionais do Serviço Social que atuam regularmente nos CAPS I Intervenção Precoce, CAPS II Novos Tempos, CAPS III Reviver e CAPS AD Álcool e Drogas. Definimos estes CAPS para realização da pesquisa pelo fato de abranger serviços que são oferecidos desde crianças, até adultos que demandam atendimentos em Saúde Mental.

As entrevistas foram feitas com 6 Assistentes Sociais, sendo todas elas mulheres, fato que não nos causa nenhum estranhamento, considerando que o Serviço Social é uma profissão eminentemente feminina. Basta nos remeter aos fundamentos da profissão para constatar que desde os primórdios eram requisitados um perfil nos candidatos para estudar Serviço Social que se enquadrava nas mulheres. As primeiras Escolas de Serviço Social, a exemplo a de São Paulo, tinha de acordo com Iamamoto e Carvalho (2007) basicamente os seguintes critérios:

O Assistente Social deveria, assim: ser uma pessoa da mais íntegra formação moral, que a um sólido preparo técnico alie o desinteresse pessoal, uma grande capacidade de devotamento e sentimento de amor ao próximo; deve ser realmente solicitado pela situação penosa de seus irmãos, pelas injustiças sociais, pela ignorância, pela miséria, e a esta solicitação devem, corresponder as qualidades pessoais de inteligência e vontade. Deve ser dotado de outras tantas qualidades inatas, cuja enumeração é bastante longa: devotamento, critério, senso prático, desprendimento, modéstia, simplificando, comunicatividade, bom humor, calma, sociabilidade, trato fácil e espontâneo, saber conquistar a simpatia, saber influenciar e convencer etc. Será portanto, indispensável para o recrutamento dos futuros assistentes critérios bem definidos. Desde sua fundação, a Escola de Serviço Social de São Paulo apresenta como exigência funcional para matrícula: 1. ter 18 anos completos e menos de 40; comprovação de conclusão do curso secundário; apresentação de referências de 3 pessoas idôneas; submeter-se a exame médico” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 221).

A figura feminina que sempre foi alinhada a questões voltadas ao cuidado, à ajuda, entre outras qualidades inatas de bondade, apontam um perfil ideal de acordo com o que as Escolas de Serviço Social dos anos 30 buscavam. Desde já, evidencia-se o conservadorismo que estava sendo atrelado a profissão.

A formação acadêmica destas profissionais de Graduação em Serviço Social foi em grande parte na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e apenas uma na Universidade Paulista (UNIP), sendo que duas dessas profissionais se formaram na década de 1980, uma na década de 1990, e três entre os anos 2000 e 2010. Observamos que as formações foram feitas em períodos distintos, fato que sinaliza para currículos diferentes, inclusive, em meados dos anos 1990 foram constituídas novas diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social em nosso país. As Diretrizes Curriculares da ABEPSS aprovada em 1996 aponta para a formação de um perfil profissional com “capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade” (ABEPSS, 2014).

Todas as entrevistadas tem Pós-graduação na área da Saúde, sendo a Especialização em Saúde Mental oferecida pela Universidade Federal de Campina Grande em parceria com a Secretaria de saúde do município de Campina Grande e Pós predominante entre elas.

No que se refere ao vínculo empregatício, constatamos que 4 das Assistentes Sociais são prestadoras de serviço através de contrato realizado junto a Secretaria de Saúde do município de Campina Grande e 2 possuem vínculo efetivo, dentre as entrevistadas 2 possuem vínculo em outro município. Quanto ao tempo da carga horária, todas desempenham suas funções ao longo de 30 horas, distribuídas em dias consecutivos ou alternados durante a semana, de acordo com as necessidades de cada CAPS.

Partindo do pressuposto que cada usuário atendido nos CAPS é envolvido na rotina e irá receber tratamento de acordo com sua demanda, acreditamos que é fundamental conhecer a rotina dos CAPS e saber quais serviços são oferecidos. Nos CAPS pesquisados, diariamente são oferecidas as seguintes recomendações e procedimentos: São realizados trabalhos com equipe multidisciplinar, acolhimentos, oficinas terapêuticas, evoluções nos prontuários, reuniões de equipe, grupos de família, atendimento social, visita domiciliar, encaminhamentos, entrega de medicamentos, são oferecidas refeições e/ou lanches, entre outros. Com isso, notamos que a rotina dos CAPS está seguindo o que é previsto no documento Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial:

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004, p.17).

Estes serviços devem ser oferecidos de maneira humanizada e digna, para que os usuários participem, interajam e façam o tratamento clínico e psicossocial adequadamente.

Dos 6 CAPS visitados, em 4 deles trabalham de 2 a 3 profissionais do Serviço Social, nos demais apenas 1 em cada. Tal fato nos faz entender que as demandas

para este profissional são muitas, e temos a confirmação disso ao observar as áreas de abrangência do CAPS II, por exemplo, onde há apenas 1 Assistente Social:

O CAPS II – Novos Tempos, oferece seus serviços para adultos com transtornos mentais severos e persistentes oriundos das seguintes localidades:

DISTRITO SANITÁRIO I (bairros): Centro, Alto Branco, Jardim Tavares, Lauritzen, Monte Castelo, Nações, Nova Brasília, Santo Antônio, Vila Castelo Branco, Glória, Prata e Jardim América;

DISTRITO SANITÁRIO IV (bairros): Catolé, Distrito Industrial, Distrito de Galante, Estação Velha, Itararé, Ligeiro, José Pinheiro, Novo Horizonte, Mirante, Sandra Cavalcante, Tambor, Velame e Vila Cabral.

DISTRITO SANITÁRIO V (bairros): Acácio Figueiredo, Bairro das Cidades, Catingueira, Catolé de Zé Ferreira, Cruzeiro, Jardim Paulistano, Liberdade, Ligeiro, Novo Cruzeiro, Presidente Médici, Quarenta, Ressurreição, Rosa Cruz, Santa Cruz e Velame.

Além dos usuários destes bairros, o CAPS II atende aqueles que são residentes em municípios pactuados, a exemplo: Boa Vista, Fagundes, Massaranduba, Matinhas, Montadas, Pocinhos, Puxinanã e Serra Redonda.

Realizamos perguntas sobre o público atendido, desde o total de usuários, principais demandas, faixa etária, situação sócio econômica, escolaridade. Considerando que optamos por realizar a pesquisa em CAPS que oferecem atendimentos distintos, como já mencionados anteriormente, de acordo com as demandas, nos dados colhidos, encontramos algumas semelhanças, mas também algumas diferenças. Destacamos:

O público atendido aqui é crianças e adolescentes, até os 18 anos incompletos, completou 18 anos, se for o caso, o usuário é desmembrado do serviço, recebendo alta. Se for necessário será encaminhado para outro CAPS, vai depender de cada caso. O público que a gente atende, na sua infinita maioria são adolescentes, as famílias geralmente tem uma condição socioeconômica bem precária, e também adolescentes que muitas vezes não tem mais nenhum vínculo familiar, ou a família já perdeu a guarda. São crianças e adolescentes que estão institucionalizados já ha um bom tempo, crianças e adolescentes que vivem numa situação de rua mesmo, este é o nosso público (ENTREVISTADA A).

O público atendido aqui é composto por mais ou menos 1.400 e pouco num total. Geralmente os usuários chegam aqui com a família, que solicita acolhimento e explica como é a situação daquele usuário. Quando a gente conversa com o usuário, a gente vê que uns tem perfil pra ficar aqui e outros não, é pra ser encaminhado pra outro CAPS, aí a gente dá o encaminhamento. A faixa etária, aqui chega até idoso, mas depois dos 65 anos, 70 anos, a gente encaminha ao geriatra. Mas, assim, chega com 20 anos em diante, aqui vêm muitos jovens e adultos também (ENTREVISTADA C).

O público atendido aqui é bastante diversificado, sendo que todos são pessoas adultas com transtornos mentais graves e persistentes. Os transtornos que não são tão graves, a gente faz o acolhimento e referencia para a Rede de Assistência, seja o Francisco Pinto, que é o ambulatório de Psiquiatria ou até mesmo para a Unidade Básica de Saúde se o usuário apresentar um transtorno leve que der pra ser conduzido por lá. A gente deixa aqui no CAPS os que são de transtornos graves, que são as esquizofrenias, as depressões mais graves, os diversos transtornos, porém, os mais graves (ENTREVISTADA E).

Olha, em atendimento, nós temos entre 250 e 280 crianças. Quem são essas crianças em atendimento? São as que estão participando de oficinas e vindo para o acompanhamento médico. Então, nós temos esse número de crianças. A faixa etária aqui, nós temos crianças aqui a partir de 1 ano, inseridas no serviço, que são justamente as que se enquadram nessa intervenção precoce. [...] Aqui também atendemos os adolescentes, aí vêm essas pequeninas, aquelas crianças de 6 a 8 de 9 a 12. E tem também os maiores de 16 17 anos. As maiores demandas aqui são o transtorno mental grave, moderada e grave e o sofrimento psíquico. Nós temos muitas crianças com autismo (ENTREVISTADA F).

Evidenciamos estes trechos das entrevistas para mostrar como os CAPS visitados atendem a uma ampla e diversificada demanda, bem como apresentam estrutura física, atividades e equipes multiprofissionais diferentes. Acerca destas diferenças nos CAPS, podemos constatar em Brasil (2004):

- a) Quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas.
- b) Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2004, p.22).

Ao questionar sobre as atividades que o setor de Serviço Social desenvolve nos CAPS junto aos usuários, bem como a familiares, as entrevistadas descreveram

tudo que fazem em sua rotina diária, enquanto Assistentes Sociais. De maneira geral, as atribuições do profissional em Serviço Social são comuns em todos os CAPS. Sendo desenvolvidas, basicamente, as seguintes atividades: acolhimentos no dia a dia, evolução de prontuário, visitas domiciliares e institucionais, participação em grupos terapêuticos, assembleias, atendimentos e encaminhamentos.

Algumas de nossas entrevistadas consideram suas rotinas “puxadas”, devido a grande quantidade de usuários que procuram os CAPS diariamente, além de questões burocráticas que precisam ser vistas, revistas e encaminhadas por elas. Como podemos observar:

A rotina é puxada. Apesar de hoje aqui estar tranquilo, porque nós já tivemos o atendimento de 8:00 às 11:00 horas da manhã, mas é um atendimento bastante puxado. Estamos trabalhando em grupos terapêuticos. Tem três oficinas que acontecem, sendo duas oficinas pela manhã, duas oficinas no mesmo horário. A gente divide a equipe para poder atender. Então, trabalhamos com acolhimento atendimento, a questão também da contra referência para outras instituições, como os conselhos, os conselhos tutelares. [...] a gente faz visita domiciliar, a gente vai à casa das famílias. Então, assim, a rotina do CAPS é bastante dinâmica (ENTREVISTADA F).

Em um município com o porte de Campina Grande, que tem a população aproximada de 407. 472 mil habitantes de acordo com as estimativas do IBGE de 2018 e em sua região metropolitana tem pelo menos 19 municípios, demonstra cada vez mais ter uma abundante demanda no campo da Saúde Mental. Logo, se faz necessário refletir sobre como estas demandas estão sendo atendidas na Rede de Atenção Psicossocial, se há estrutura física e humana adequada e compatível. É primordial fazer investimentos, tanto em pessoal com a realização de novos concursos públicos, quanto em equipamentos e até mesmo materiais de uso diário e permanente. É importante ressaltar, outrossim, que desde a implantação dos serviços substitutivos, o quadro de profissionais apresentou uma redução substancial no quadro de profissionais nos últimos anos, fato que também vem repercutindo no cotidiano e no serviço prestados aos usuários e familiares.

Obviamente que mesmo observando estes aspectos e, muitas vezes, constatando que os serviços não estão funcionando adequadamente, basta lembrar

como a saúde no país vem sendo sucateada há anos, para entender que nossas perspectivas não são das melhores. Pior, do que isso, na conjuntura atual o desmonte na saúde só aumenta, não apenas pelos desfeitos que o atual governante que está a frente da Presidência da República vem fazendo, mas, principalmente pelo apoio que ele recebe do Congresso nacional e até do próprio Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, ao afirmar que vai cortar verbas e ao ameaçar o legado do SUS, propondo privatização da saúde.

Os CAPS constituem um serviço estratégico que, a partir da Reforma Psiquiátrica, se tornaram indispensáveis para o atendimento de pessoas que precisavam de tratamento em saúde mental. Assim, com a implementação da Lei 10.216/2001, se expandiu o campo de atuação para os profissionais de Serviço Social, que cada vez passaram a atuar nestes espaços de atendimento e que visam a substituição dos serviços manicomiais. Acreditamos que é pertinente saber os motivos pelos quais os profissionais do Serviço Social da Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande foram direcionados a atuar na saúde mental. Então, dando continuidade a nossas entrevistas, perguntamos as Assistentes Sociais como se deu a aproximação delas com a temática e com a atuação na área de saúde mental.

Ao serem perguntadas sobre o motivo pelo qual foram levadas a trabalhar na área da Saúde Mental, 3 das entrevistadas responderam que foi devido à oportunidade de trabalho, sendo assim, não havia escolha. As demais apresentaram como motivo principal a curiosidade e o desejo de trabalhar e obter mais conhecimentos na área. Com base nestas respostas, é possível perceber que o interesse profissional destas Assistentes Sociais por estes espaços sócio-ocupacionais se deu de maneira compatível, pela necessidade de se inserir no mercado de trabalho e por vontade de atuar na área. Tendo em vista que as vagas para atuação na Saúde Mental aumentaram para os profissionais do Serviço Social a partir da Reforma Psiquiátrica, Bisneto (2011) indica que a participação do Serviço Social cresceu em comparação ao período em que haviam as internações, o que está permitindo o emprego, desde os anos 1990, de Assistentes Sociais em Saúde Mental. Como vemos em Bisneto:

[...] o Movimento de Luta Antimanicomial propiciou uma concepção e prática em Saúde Mental mais politizada, bem como a contratação de mais assistentes sociais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas refrações da “questão social” na área da Saúde Mental (BISNETO, 2011, p. 40).

O movimento de Luta Antimanicomial proporcionou de maneira mais efetiva à inclusão dos profissionais do Serviço Social na Saúde Mental. Além disso, de acordo com a história, essa inserção ocorreu em decorrência da criação de equipes multidisciplinares para atuação no atendimento psiquiátrico.

Outra informação relevante que colhemos em nossa pesquisa, se refere ao que as Assistentes Sociais entrevistadas consideram como contribuição fundamental em sua formação para atuação neste campo. Foi relatado por todas, desde a que tem a formação acadêmica a mais tempo, até a mais recente que durante a graduação não houve nenhuma disciplina que tratasse especificamente da área de Saúde Mental. Em linhas gerais, mencionaram a cadeira de Saúde, que abrange estudos e discussões sobre a temática. Evidenciamos:

A contribuição da formação para a Saúde Mental especificamente, na faculdade, não vi nada, vi pouca coisa de saúde. Foi na cadeira de Saúde que eu vi algo como um apanhado geral (ENTREVISTADA A).

No tempo da minha formação não me lembro de ter estudado nada que falasse de Saúde Mental, assim, que eu me lembre, não falavam de Saúde Mental (ENTREVISTADA C).

Não tive nenhuma formação na área de Saúde Mental. O aprendizado se deu ao longo do tempo, pois fui fazendo cursos nessa área e a Especialização (ENTREVISTADA D).

Analisando que a atuação do profissional de Serviço Social na área da Saúde Mental no Brasil tem ocorrido, de acordo com Vasconcelos (2002), desde a década de 40 do século passado, é importante refletir e buscar entender por que ainda não há na matriz curricular das Graduações de Serviço Social um componente que trate sobre a temática. Ao nos remeter as atuais Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social aprovadas no ano de 1996, vemos que existem diferentes

componentes curriculares para a formação dos Assistentes Sociais, mas, há uma lacuna quando procuramos algo específico sobre Saúde Mental.

Lembrando ainda, que ao observar a grade curricular do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB encontramos o componente: Tópicos Especiais em Saúde com carga horária de 60 horas em um semestre letivo. Dessa maneira, entendemos que o campo de atuação em Saúde Mental está aberto para os profissionais de Serviço Social há mais de 60 anos, porém, ainda caminha a passos lentos no que diz respeito a formação dos profissionais para atuarem nesta área. Estes, por sua vez, buscam, basicamente a formação e apropriação de conhecimentos específicos a partir de Especializações.

Ainda nesta questão, nos deparamos com uma resposta que foi muito contundente, pois a entrevistada demonstrou que mesmo não havendo um componente curricular para tratar sobre a Saúde Mental, a formação no Curso de Serviço Social, por ser generalista e proporcionar reflexões sobre a conjuntura econômica, política e social, favorece ao profissional sua atuação, independente de em qual campo esteja inserido, conforme aponta o trecho a seguir:

Olha, da formação acadêmica, sim teve muita contribuição, apesar de a gente não ter essa disciplina específica sobre Saúde Mental. Ainda não tem nos cursos a disciplina de Saúde Mental que é algo que deveria constar no nosso currículo, na nossa graduação. Até o estágio mesmo de Saúde Mental, pelo menos na minha época, era muito restrito. Mas, o que contribui com a questão da formação é a gente entender o que de fato são as expressões da questão social. A gente sabe que existe, mas não como é que essas expressões incidem na vida social, cultural, comportamental, econômica dos indivíduos. Então, nós temos aqui famílias que as crianças são adoecidas em função das questões, das expressões da questão social que incide sobre a família. Apesar de a gente ter um amplo leque de políticas públicas de proteção social, ainda percebemos que é algo muito frágil na vida, de fato dos usuários que precisam do serviço. Então, assim, o CAPS existe, o serviço está aqui e portas abertas de segunda a sexta. Mas, o Estado não garante a família esse tratamento, não garante condições financeiras à família pra que a família traga essa criança a esse tratamento. Então, se coloca mais uma carga nas costas daquela família que muitas vezes vive de um Bolsa Família, de reciclagem, de uma faxina e, assim, são famílias numerosas. Então, muitas vezes, a família julga que é algo que tem que fazer, é abrir mão do tratamento dele em função da alimentação de todos. Mas, aí a gente não pode culpabilizar essa família. Então, a minha formação em Serviço Social, ela me serviu pra isso, pra eu entender de fato como é que essas famílias são vítimas do sistema.

Então, hoje eu entendo isso, minha formação serviu pra isso, pra que eu não me frustrar diante das situações, como elas se apresentam (ENTREVISTADA F).

A partir deste discurso, percebemos que esta profissional que cursou Serviço Social, assim, como as demais, entendeu o seu papel enquanto profissional. Apesar da lacuna na formação, elas conseguem fazer a articulação entre questão social e saúde mental, de forma proveitosa e sabendo que isso é essencial para sua atuação, compreendendo que as teorias oferecem a apreensão da dinâmica social.

Sabendo que a Reforma Psiquiátrica representa uma mudança impactante no modelo de tratamento dispensado as pessoas que necessitam de tratamento em Saúde Mental, perguntamos as entrevistadas como elas analisam a relação da direção social profissional com o atual projeto da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, todas demonstraram compreender criticamente o projeto de Reforma Psiquiátrica, apontando que há diferenças gritantes quando comparamos a que foi regulamentada em 2001, para a que está sendo proposta atualmente. No documento apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, no ano de 2005, encontramos que a Reforma Psiquiátrica consiste em um processo político e social complexo, e que é

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Acreditamos que a Reforma Psiquiátrica ocorrida em 2001, foi a que se fazia necessário, é ela que motiva grande parte dos profissionais que trabalham na Saúde Mental. Basta nos remetermos ao modelo anterior a Reforma para perceber que, de maneira geral, o que era feito antes com os pacientes de Hospitais Psiquiátricos não era cuidar, cada vez mais os pacientes eram afastados da sociedade, assim, cronificavam-se cada vez mais os seus sintomas. Uma das entrevistadas relata que “essa reforma de agora, nos deixa triste, porque a gente sabe que é um retorno a isso que a gente tanto lutou contra. Porque, a partir do momento que se incentiva o

investimento em leitos psiquiátricos, a internações psiquiátricas, tá se dizendo que o modelo atual não da conta das demandas” (ENTREVISTADA E).

Diante desta declaração, nós entendemos que não é uma questão de menosprezar as internações, afinal, existem situações que para tirar um usuário de uma crise, ele precisa de um período de internação. No entanto, acreditar, com base no que está sendo divulgado na mídia que a internação é o que vai resolver todos os problemas da Saúde Mental, é preocupante.

A Nota Técnica nº 11/2019 vai de encontro ao que todas as Assistentes Sociais entrevistadas defendem, ao apresentar que o Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas (BRASIL, 2019). Expandir os leitos em Hospitais Psiquiátricos implica diretamente no funcionamento dos CAPS. Isso soa como um retrocesso aos tratamentos dos usuários dos CAPS, que, por sua vez, tem comprometimento e realmente tem como colaborar para melhora e reabilitação dos usuários. Contudo, é fundamental que haja investimentos, pois, a cada visita aos CAPS onde realizamos as entrevistas, constatamos escassez de recursos e equipes trabalhando com um número mínimo de profissionais para dar conta de uma demanda grande e muito complexa.

A relação da direção social profissional com o projeto da Reforma Psiquiátrica é apontada por uma das entrevistadas da seguinte maneira:

Olha é uma relação bem interessante, porque a Reforma Psiquiátrica, ela propõe justamente a liberdade do usuário, ou seja, não é porque ele tem um transtorno mental que ele tem que ser tirado do seio de sua família, da sua vivência familiar, social, escolar, comunitária e ser trancado em um hospital, em um ambiente que seja inadequado até o final de sua vida. Então, eu acho que a nossa direção, a direção social da profissão, é a gente trabalhar na perspectiva de direitos, dos direitos sociais e da liberdade como valor humano central. O indivíduo, ele é livre, ele tem uma liberdade, ele tem uma vida e tem uma família (ENTREVISTADA A).

Esta afirmação corrobora exatamente com princípios previstos na Lei 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 para serviços abertos em substituição aos manicômios (BRASIL, 2005).

Promover reuniões entre os profissionais de uma mesma categoria é essencial para propiciar discussões que favorecem a socialização de dúvidas e questionamentos, bem como para oferecer orientações que venham a colaborar em sua prática. Seguindo esta afirmativa, questionamos as Assistentes Sociais entrevistadas se há momentos de discussão entre os profissionais de Serviço Social da Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande. Deparamos-nos com as seguintes respostas:

Não temos momentos de discussão dos Assistentes Sociais da rede, a gente só se encontra quando vai de um serviço para o outro passar um caso ou então se tem algum evento da saúde mental em que estão todos os profissionais, mas um momento assim para todos sentarem e conversarem, realmente não tem (ENTREVISTADA A).

Nós não temos um momento de reunião de Assistentes Sociais da rede, mas nós temos cursos, estamos fazendo um curso agora sobre saúde mental, para ampliar nossos conhecimentos, temos cursos para nos aperfeiçoar mais em saúde mental (ENTREVISTADA B).

Olha, só os Assistentes Sociais da rede, não. Mas, existe uma discussão entre todos os profissionais que atuam na Saúde Mental, já que a gente passa sempre por capacitação. Assim, é como se os serviços, eles trabalhassem meio que juntos, em determinados momentos (ENTREVISTADA F).

Apesar de não haver um momento específico de reunião entre os Assistentes Sociais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande, acreditamos que o fato de sempre serem oferecidas capacitações e cursos de aperfeiçoamento na área de saúde mental seja assertivo. Ademais, nos últimos anos em Campina Grande foram realizadas Conferências Municipais de Assistência Social, nas quais profissionais da Assistência Social, Educação e Saúde se reúnem em mesas redondas, palestras e discussões sobre temas pertinentes a área em questão.

Na pergunta em que indagamos sobre como as Assistentes Sociais analisam a contribuição desta categoria profissional neste campo de atuação para a política de saúde mental, todas foram enfáticas ao afirmar que suas contribuições são

fundamentais ao considerar a Rede de Atenção Psicossocial como um novo lugar social para a saúde mental. Os serviços desenvolvidos nos CAPS, por sua vez, acabam por gerar novos conhecimentos e perspectivas sobre a saúde mental, fato que poderia rebater significativamente nas propostas de políticas públicas, bem como na aplicação das verbas. Infelizmente, diante da atual conjuntura, não está havendo retorno positivo por parte daqueles que gerem o país, quando nos remetemos a políticas públicas que visem manter e ampliar as propostas contidas na Reforma Psiquiátrica.

É importante lembrar que desde a década de 90 o Neoliberalismo e seus ideais vêm envolvendo o Brasil, e, com isso, as políticas sociais foram sendo reformuladas para atender aos interesses de quem está no poder. Se antes as políticas sociais partiam da premissa de atender aos direitos sociais historicamente conquistados, na atual conjuntura estes direitos foram substituídos, principalmente por políticas focalizadas que visam atender estritamente a pequenas parcelas da população que se enquadram em critérios pré determinados.

Algumas das repostas obtidas apontam:

Eu acho a contribuição do Assistente Social primordial, porque a gente vê que é um público, no caso do público AD [álcool e outras drogas], é um público completamente criminalizado, porque acham que faz porque quer, faz porque gosta e se faz, não tem direito, não tem direito de tá na escola, não tem direito de tá em casa, não tem direito de frequentar nenhum outro espaço público. Então, eu acho que a nossa contribuição vai nessa de desmistificar essas coisas (ENTREVISTADA A).

Eu acho a nossa contribuição de extrema importância, uma vez que somos profissionais que podemos interagir com os usuários, familiares, no sentido de esclarecer sobre seus direitos e deveres (ENTREVISTADA D).

Eu acredito que assim, no CAPS é essencial ter o profissional de Serviço Social, isso é visível. A gente precisa refletir sobre a nossa atuação, sobre como nossa visão é ampliada, sobre o que é cuidar e sobre o que é saúde, em como o Assistente Social consegue contribuir e fazer a diferença (ENTREVISTADA E).

De acordo com estas afirmações, compreendemos que é de fundamental importância as contribuições dos Assistentes Sociais na Saúde Mental, pois, a

apreensão do Assistente Social a respeito dos usuários é totalmente diferenciada, é ampla. Enquanto o profissional de Serviço Social entende que, em sua grande maioria, os atendimentos são realizados com um público carente, muitos dos outros profissionais têm a visão de que o público é quem é o culpado pela situação em que se encontra. Mas, os Assistentes Sociais, tem a visão de que o sistema econômico no qual vivemos é o que produz as expressões da questão social, que acabam por refletir diretamente na vida dos usuários da RAPS.

Ressaltando o que está previsto nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, em 2009, pelo Conselho Federal de Serviço Social, as ações dos Assistentes Sociais correspondem ao: 1) atendimento direto aos usuários, através de ações socioeducativas e ações de articulação com a equipe de saúde; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão e 4) assessoria, qualificação e formação profissional. Observando tais ações e relacionando-as com as repostas alcançadas, apreendemos que as Assistentes Sociais contribuem significativamente para o campo da saúde mental. Pois, realizam atendimento direto com os usuários, procurando conhecê-los de maneira integral, buscam formação e conhecimentos acerca da área, orientam usuários e familiares a respeito dos seus direitos. Sendo assim, a contribuição deste profissional é extensa e significativa.

Em nossas questões também procuramos saber sobre como as Assistentes Sociais entrevistadas entendem como vem se configurando os desafios para fortalecimento dos serviços neste campo de atuação, bem como as potencialidades. Em suas falas, predomina o entendimento que os desafios estão relacionados à contrarreforma do Estado na saúde, com ênfase essencialmente a falta de investimentos e novo modelo de gestão. Logo, a área da saúde se tornou um dos alvos prioritários desse processo, foram criadas novas leis, com intuito de reduzir verbas, bem como de alterar o modo de gerenciamento de hospitais, sendo a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma das representações efetivas da Contrarreforma do Estado.

Assim, os limites que o próprio sistema coloca vão se configurando como principal desafio. Atualmente, estamos vivendo um momento ameaçador, inclusive havendo a possibilidade de fechamento dos serviços. Estamos numa conjuntura tão complexa, na qual o próprio Ministro da Economia Paulo Guedes diz que é

necessário enxugar o social do Estado, ressaltando que o Estado sozinho não pode ser responsabilizado pelo bem estar social das pessoas. Neste sentido, as entrevistadas destacam:

Um grande desafio é a falta de investimento nessa área, essa contrarreforma aí, com essa ideia de enclausurar todo mundo, botar todo mundo junto, vão nos tirar recursos ou igualar a recursos de outros setores que são as comunidades terapêuticas, por exemplo. Igualar os recursos de comunidade terapêutica com os recursos que vem para o CAPS, que são instituições completamente diferentes, com abordagens diferentes, com a visão completamente diferentes, fazendo com que essas comunidades tenham uma ascensão maior, enquanto os CAPS estão sendo sucateados, pra mostrar que os CAPS são ineficientes, quando na verdade, não são. O que falta é o CAPS realmente ser visto com a qualidade que ele deve ter, com a importância que ele tem (ENTREVISTADA A).

Os desafios são muitos. Vendo a realidade deste CAPS, por exemplo, a gente tem um número de profissionais muito reduzido, a gente tem uma demanda que cresce a cada dia, a gente tem uma área de abrangência muito extensa e que às vezes, a gente não consegue dar a assistência que realmente necessita. Por exemplo, eu sei da importância do assistente social nas atividades coletivas, eu não consigo executar como desejo, porque a demanda do dia a dia vai me tomando, então a gente termina não tendo tempo suficiente pra fazer o que a gente considera importante (ENTREVISTADA E).

Quando a gente tá em sala de aula, quando não estamos inseridos no mercado de trabalho, a gente não entende o que é esse estado mínimo pra o social e máximo para o capital. Então, hoje o que eu vejo de ameaça é o seguinte, a diminuição de recursos, o atraso nos repasses. Essa ameaça de fechamento de serviços, demissão de funcionários. A questão que está acima de nós, que é a Previdência, muitos benefícios sendo negados. Temos crianças que têm transtornos graves e não tem o benefício. Então, isso é uma ameaça para a política de saúde mental. (ENTREVISTADA F).

As Assistentes Sociais entrevistadas revelam como vem se configurando suas práticas profissionais mediante a atual realidade dos CAPS onde trabalham, locais que são reflexo da contemporaneidade brasileira, no tocante a saúde pública. Entendemos que um grande desafio para os profissionais do Serviço Social corresponde a ir além do que está posto, é necessário ter como base os aspectos teórico-metodológico, prático-operativo e ético-político, buscando refletir sobre a realidade local e global, pensando em quais ações poderá realizar para enfrentar os desafios que lhes são postos.

Nesta perspectiva, basta lembrar uma das proposições do Banco Mundial (1991) ao se remeter a Constituição de 1988, inferindo que ela estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos. Evidenciamos com esta afirmação que desde os primórdios do Neoliberalismo em nosso país, a intenção dos governantes nunca foi de fato atender aos menos favorecidos, mas sim atender aos interesses do capital, bem como as instituições financiadoras, a exemplo o Banco Mundial.

No entanto, os profissionais do Serviço Social também se deparam em seu cotidiano com pontos positivos e relevantes para sua atuação. Nossas entrevistadas apontam o quanto é gratificante perceber que as ações desenvolvidas na RAPS surtem efeitos consideráveis na vida dos usuários e de suas famílias. A implantação dos CAPS representa uma grande conquista, com estes Centros é admissível afirmar que existem pessoas que conseguem viver e viver bem sem estarem enclausuradas, sem precisar de longas internações. Os CAPS concebem espaços onde os usuários são vistos como seres humanos comuns, com direito de ter opinião, de participar do seu tratamento, de ter autonomia para suas vidas.

No discurso de uma de nossas entrevistadas, são destacados os seguintes pontos positivos:

Eu acho gratificante você ver que chega um usuário aqui, geralmente com um acompanhante, e você ver aquele usuário chegando e fazemos o acolhimento, depois de uma longa conversa, muita escuta, nós podemos junto com a Coordenação adiantar uma consulta com o Psiquiatra e depois dele fazer aquela consulta, ele ter acesso aos medicamentos, depois seu Técnico de Referência organiza sua terapia e após alguns dias, ele voltar sorrindo pra gente e a família dizer assim: muito obrigada. Então, tudo isso é muito gratificante! (ENTREVISTADA B).

Esta afirmação implica no resultado da atuação dos Assistentes Sociais na RAPS. O simples fato de ver os usuários retornando aos CAPS e gradativamente, demonstrar que estão saindo do quadro de confusão mental, é muito gratificante para estes profissionais. Diante disso, acreditamos que os CAPS constituem uma semente que foi plantada e à medida que o tempo passa, os frutos vão sendo

colhidos. É importante ressaltar também como uma potencialidade o vínculo que as Assistentes Sociais entrevistadas constroem com os usuários e com as famílias. Pois, com este vínculo usuários e familiares conseguem entender que o objetivo é sempre contribuir pra melhoria da qualidade de vida deles.

Observando os fundamentos do Serviço Social, conseguimos notar como é essencial a luta pelo amadurecimento desta categoria profissional, seja no que se refere a sua formação acadêmica, seja nas Legislações que regulamentam a profissão. Ao mesmo tempo, a luta é igualmente desgastante, afinal as conjunturas econômica, política e social do país sempre são desfavoráveis para melhorar o desempenho da sua atuação.

Considerando que o Assistente Social intervém nas mais variadas expressões da questão social, compreendemos quanto é desafiador desempenhar as diversas funções que lhes são atribuídas, principalmente no âmbito da Saúde Mental. Uma vez que, existem muitas dificuldades, inclusive para fortalecer a RAPS, por exemplo, bem como há falhas nas políticas públicas oferecidas, entre outras particularidades. Desta forma, os profissionais do Serviço Social que atuam nas RAPS precisam estar preparados para lidar com os entraves que estão pelo caminho, sendo críticos e reflexivos, buscando referências em sua formação, atuando com base na Lei Federal 10.216/2001, e, principalmente realizando um trabalho que venha a contribuir na orientação e divulgação dos direitos dos usuários.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando o histórico da loucura ao longo dos anos, é possível notar que as pessoas acometidas com transtornos mentais foram alvo de deboche e gozação, sendo isolados da sociedade e do convívio com os demais por estarem fora dos padrões normais de humanidade. O tratamento era feito em manicômios, asilos e hospitais que, muitas vezes, faziam uso de tratamentos violentos e degradantes que de nada adiantavam ou melhoravam o quadro do paciente. Diante dessa situação, foram surgindo propostas de Reformas, com vistas a promover mudanças nos tratamentos de maus tratos e exclusão dados aos pacientes. As propostas de Reforma Psiquiátrica que incidiram aqui no Brasil são oriundas da França e da Itália.

Assim, de acordo com BRASIL (2005), em nosso país ainda na década de 1970, junto ao movimento de Reforma Sanitária explodia uma série de ações desenvolvidas por um (...) composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, abrangendo as três esferas do Governo, inclusive nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Essas ações ficaram conhecidas como o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, a partir disto, o universo da saúde mental no país tomou outra dimensão, o modelo centrado nas “prisões” hospitalares felizmente tem se tornado cada dia mais ultrapassado. Com a Reforma Psiquiátrica surgiram novos modelos de atenção à saúde mental cujo objetivo é de substituir o padrão “portas fechadas” e incluir o indivíduo de volta a sua família e a sociedade. No entanto, sabe-se o quão desafiador foi e tem sido implementar essa Reforma, afinal, não se trata apenas de fechar hospícios e mandar pacientes para casa, apesar deste ter sido um grande salto na concretização desse movimento foi apenas o começo, não se pode simplesmente mandar um usuário de volta para casa sem considerar o que vem depois.

Seguindo as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, ressaltamos a criação das RAPS, juntamente com a implantação dos CAPS. Os CAPS por sua vez, tem importância fundamental no que se refere às mudanças tão desejadas para os pacientes com algum tipo de transtorno mental. Os serviços desenvolvidos nestes espaços são diversos e vão desde atendimento clínico, a inclusão do usuário no espaço social, através de atividades que favorecem a expressão de sentimentos e vivência.

A partir da Reforma Psiquiátrica houve considerável expansão no campo de atuação para diversas categorias profissionais, inclusive para Assistentes Sociais, com isso, estes profissionais foram introduzidos na RAPS. Direcionando nosso olhar para os CAPS, percebemos que para melhorar sua atuação, foi necessário que Assistentes Sociais aprimorassem seus conhecimentos sobre saúde mental. Além disso, passaram a desempenhar nos CAPS acolhimento dos usuários, observando e avaliando o perfil de cada um para o tratamento, participando de oficinas terapêuticas, grupos de família, entre outros, assim como resolvendo demandas referentes à sua atuação.

Partindo destas premissas, nossa pesquisa buscou compreender como os Assistentes Sociais vêm desempenhando suas atividades na Rede de Atenção Psicossocial em Campina Grande, PB, bem como, quais são os principais avanços e retrocessos que permeiam sua prática. Para isso, realizamos pesquisa qualitativa, com uso de entrevista semiestruturada para colher os dados necessários. Acreditamos que na pesquisa qualitativa há maior aproximação do pesquisador com seu objeto de estudo, pois, este tipo de pesquisa favorece envolvimento de tal forma que é possível enxergar além da aparência que seu objeto demonstra.

Realizamos entrevistas com 6 Assistentes Sociais atuantes na RAPS de Campina Grande, PB, obtivemos respostas variadas, mas com aspectos em comum que vão desde as atividades desenvolvidas em seus respectivos campos de atuação, até suas reflexões acerca dos desafios e potencialidades com os quais se deparam diariamente. Ao analisar tais respostas, percebemos que todas tem formação acadêmica em Serviço Social, algumas têm vínculo efetivo e outras não. Sendo assim, atuar na saúde mental não foi uma questão apenas de escolha, mas também necessidade de se inserir no mercado de trabalho. A aproximação com a

saúde mental permitiu as entrevistadas refletir sobre suas formações acadêmicas, evidenciou-se a ausência de um componente curricular que tratasse a respeito da saúde mental de maneira mais específica. Por conseguinte, estas Assistentes Sociais buscaram se especializar na área para ampliar seus conhecimentos e levar novas perspectivas as suas práticas.

Sobre o percurso que estas Assistentes Sociais vêm trilhando na saúde mental, elas destacam que a principal contribuição que remetem a formação acadêmica, corresponde ao entendimento que elas construíram acerca das expressões da questão social. Com este entendimento, a visão delas sobre usuários e familiares é diferenciada, quando comparada aos demais profissionais que atuam neste campo. Logo, procuram não fazer pré-julgamentos, mas sim, conhecer o usuário em sua totalidade, para posteriormente inseri-lo nos serviços e assim poder desenvolver suas práticas sem desconsiderar suas particularidades.

Em suas práticas, nossas entrevistadas destacaram que realizam diversas atividades, tais como: acolhimentos e recolhimentos, participação em grupos e oficinas terapêuticas, orientações aos usuários e familiares, visitas domiciliares, encaminhamentos, entre outras. Tendo em vista tamanha responsabilidade assumida por estas Assistentes Sociais, ressaltamos sua importância nos CAPS e, na mesma medida, ponderamos que há sobrecarga de trabalho para elas. Pois, conforme nos foi relatado, muitas vezes, elas não conseguem atingir seus objetivos de atuação diante do cotidiano, que demanda realização de atividades juntamente com os usuários, bem como atividades burocráticas que requerem muito do seu tempo. É provável que aumentar o número de Assistentes Sociais nestas instituições contribuísse para que as atividades fossem realizadas sem tantos atropelos e sem sobrecarga de trabalho.

Complementando este apontamento, elas destacam que no exercício profissional, muitas vezes se deparam com equipes insuficientes, falta de investimentos, estrutura física inadequada, falta de materiais para atender as demandas, seja do papel ofício, até remédios que faltam na farmácia básica. Então, suas atuações acabam por se deparar com grandes desafios diariamente. Pois, está acontecendo um verdadeiro sucateamento nos CAPS, podemos considerar que é proposital, afinal, a partir do momento que o Governo Federal divulga que há

possibilidade de privatizar o SUS e que é imprescindível investir no aumento de leitos nos Hospitais Psiquiátricos, que seria “substitutivo” aos CAPS, entendemos que o intuito, na verdade, é insinuar que os CAPS são ineficientes, quando de fato não são. Afinal, nossas entrevistadas destacam de maneira enfática que um dos grandes avanços observados nos CAPS, corresponde as melhorias apresentadas nos usuários, na medida em que vão realizando o tratamento e se inserindo nos serviços.

Desta forma, notamos como os profissionais do Serviço Social mediante seu exercício profissional, lidam com avanços e retrocessos todos os dias. Sendo a saúde mental, um dos espaços sócio ocupacionais para Assistentes Sociais, compreendemos o quanto é fundamental não abandonar a luta e fazer valer as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica fundamentadas na Lei 10.216. Entendemos que é importante ser um profissional crítico e reflexivo, neste sentido, de acordo com dados colhidos em nossas entrevistas, percebemos que o exercício profissional desta categoria é reforçado principalmente pelo fato das Assistentes Sociais terem a capacidade de analisar a realidade, de compreender que os usuários, na maioria das vezes, são reflexo da conjuntura econômica, política e social do país.

Considerando que o trabalho do Assistente Social em um CAPS é fundamental e que estes são profissionais que trabalham junto com a equipe multidisciplinar do serviço, destacamos que o exercício profissional do Assistente Social é indispensável para que a Reforma Psiquiátrica continue, mas, não podemos deixar de refletir que existem inúmeros desafios para desempenhar tal feito. Por fim, entendemos que a presença deste profissional se torna imperativa nos CAPS, no sentido de garantir a integralidade do atendimento e manter a luta antimanicomial ativa.

Nesta perspectiva, compreendemos que nossa pesquisa apresenta subsídios a respeito do entendimento sobre a atuação dos profissionais de Serviço Social na Saúde Mental. Bem como, acerca dos caminhos trilhados ao longo dos anos e dos processos históricos vividos para que estes pudessem amadurecer intelectualmente, lutar por melhores condições de trabalho e estabelecer suas atribuições profissionais neste campo permeado de contradições. Com nossa pesquisa, não pretendemos

encerrar as discussões sobre este tema, mas instigar outros estudos, afinal, ainda existem muitas contribuições a serem acrescentadas.

REFERENCIAS

AGUIAR, A. G. **Serviço Social e filosofia: das origens a Araxá.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

_____. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distancia.** Rio de Janeiro: Fiocruz / Fiocruz, EAD Fiocruz. 2003.

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

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto.** Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais.** n. 40. 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **A Inserção do Serviço Social na Saúde Mental nos anos de 1970.** In: X Congresso Brasileiro de Serviço Social, 2001, Rio de Janeiro.

_____. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental.** In: Serviço Social e Sociedade, n.82, São Paulo: Cortez, 2005, p. 110-131.

BOULOS, Guilherme. A onda conservadora. In: DEMIER, F.; HOEVELER, R. (orgs.). **A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil.** Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

BRASIL. CFESS-CRESS. **Subsídios para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Educação.** Série 3, Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. 2002.

_____. **Portaria GM/MS nº 336,** de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 5ª Ed, Brasília. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. **Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e Cidadania no discurso de usuários e familiares**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Saúde Coletiva para obtenção do título de mestre pela Universidade Estadual da Paraíba- UEPB. Campina Grande, 2006.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DEMIER, Felipe; MELO, Demian. Onda Conservadora, crise orgânica e cesarismo de toga no Brasil. In: BOSCHETTI, I. ; BEHING, E. ; LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Movimentos sociais e o serviço social no Brasil pós-anos 1990: desafios e perspectivas. In: ABRAMIDES, Maria Beatriz e DURIGUETTO, Maria Lúcia (Orgs). **Movimentos Sociais e Serviço Social: uma relação necessária**. São Paulo: Cortez, 2014.

FAERMANN, Lindamar Alves. Teoria social de Marx: conhecimentos e contribuições ao trabalho do assistente social. **Serviço Social em Revista**. Londrina, V. 18, N.2, P.34 - 51, JAN. /JUN. 2016

FONTES, Virgínia. Entrevista a Carta Maior: Virgínia Fontes, o SUS e a luta de Classes. **Carta Maior/Direitos Humanos**. 04/04/2013. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Virginia-Fontes-o-SUS-e-a-luta-de-classes/5/27816>>. Acesso em: 06 de abril. 2019.

FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. “Na prática a teoria é outra?”. In:FORTI Valeria; GUERRA, Yolanda. **Serviço Social: temas, textos e contextos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, Reinaldo. **Governo Dilma - Apoteose da mediocridade: cinco fatos e uma pergunta**. 2016. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/governo_dilma_apoteose_d_a_mediocridade_rg_30_08_2016_rev.pdf

Acesso em: 29 de junho de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 21 ed. São Paulo, Cortez; Celats, 2007.

MACHADO, Graziela Scheffer. **A singularidade e a pluralidade do Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

_____. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social**. São Paulo: Editora HCITEC, Volume III, 2009.

MASCARO, Alysson Leandro. Dinâmica da crise e do golpe: de Temer a Bolsonaro. **Margem Esquerda**. Revista da Boitempo. N. 32. 2019.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 50, 1996.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. Revista Urutágua - Acadêmica Multidisciplinar - UEM. **Revista Urutágua: Revista Acadêmica Multidisciplinar**. Nº 24 - maio/ junho/ julho /agosto de 2011- ISSN 1519-6178.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1723-1728. ISSN 1413-8123.

PASSOS, I. C.F. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. Políticas de satisfação de necessidades no contexto brasileiro. In: _____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 125-180.

PESSOTI, Isaias. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PROJETO Institucional CAPS II – Novos Tempos. 2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SILVA, Ilse Gomes. Revista do Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais (NEILS). **Estado, nação e transnacionalização**. n. 7 (2001). A reforma do Estado brasileiro nos anos 90: processos e contradições.

SIMIONATO, Ivete. As abordagens marxistas no estudo dos fundamentos no serviço social. In: GUERRA, Yolanda, LEWGOY, Alzira Baptista, MOLJO, Carina Berta, SERPA, Moema e SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço social e seus fundamentos: conhecimento e crítica**. Campinas: Papel Social, 2018.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. **O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação**. Serviço Social & Sociedade, p. 199-223, 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Abordagens psicossociais**. V. 2: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogo com o Marxismo e o Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VIEIRA, Priscila Piazzentini . Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**. Nº 3. 2007.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 2009.

APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO: SERVIÇO SOCIAL
DOCENTE: THAISA SIMPLICIO CARNEIRO MATIAS
DISCENTE: GIZELDA DA COSTA SOUTO

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPINA GRANDE - PB

1. Formação (Ano da Graduação; Instituição).
2. Pós- Graduação (área, ano, instituição).
3. Vínculo. Possui outro vínculo?
4. Carga horária.
5. Como é a rotina do CAPS?
6. Quantos profissionais A. S. trabalham neste CAPS?
7. Público atendido (total de usuários, principais demandas, faixa etária, situação sócio econômica, escolaridade).
8. Quais atividades o setor de serviço social desenvolve neste CAPS junto aos usuários, bem como a familiares? E como é a relação com os demais profissionais do serviço?
9. Explique como se deu sua aproximação com a temática e com a atuação na área de saúde mental.
10. O que você considera como contribuição fundamental em sua formação para atuação neste campo?
11. Como você analisa a relação da direção social profissional com o projeto da Reforma Psiquiátrica?

12. Há momentos de discussão entre os assistentes sociais da rede de atenção psicossocial?
13. Como você analisa a contribuição desta categoria profissional neste campo de atuação para a política de saúde mental?
14. Quais os desafios que analisa para fortalecimento dos serviços neste campo de atuação? E as potencialidades?