



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

IRIS DE LIMA ARAÚJO MOURA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Concepções e
práticas profissionais em torno da Lei 10.216/2001**

CAMPINA GRANDE - PB

2012

IRIS DE LIMA ARAÚJO MOURA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Concepções e
práticas profissionais em torno da Lei 10.216/2001**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
na Universidade Estadual da Paraíba
(UEPB) como requisito necessário para
obtenção do título de Bacharela em
Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira

CAMPINA GRANDE - PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

M929u Moura, Iris de Lima Araújo.

Serviço social na saúde mental: concepções e práticas em torno da lei Nº10.216/2001./ Iris de Lima Araújo Moura. – 2012. 37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Msc. Sandra Amélia Sampaio Silveira ,Departamento de Serviço Social”.

1. Serviço social. 2. Lei Nº10.216/2001 3. Saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica I. Título.

21. ed. CDD 362.2

IRIS DE LIMA ARAÚJO MOURA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Concepções e
práticas profissionais em torno da Lei 10.216/2001**

Aprovada em 12 de dezembro de 2012

Nota: noze (9,0)

Banca Examinadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof^a. Msc. Sandra Amélia Sampaio Silveira

Orientadora - DSS/CCSA

Lucia Maria Patriota

Prof^a. Msc. Lucia Maria Patriota

Examinadora - DSS/CCSA

Thaísa Simplício Carneiro

Prof^a. MS. Thaísa Simplício Carneiro

Examinadora - DSS/CCSA

CAMPINA GRANDE – PB

2012

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, por ter me dado a vida, a força e a coragem de lutar para alcançar meus objetivos.

A Rodrigo, meu esposo, agradeço por ter acreditado em mim quando nem eu mesma acreditava. Vestibular, faculdade e formatura eram sonhos adormecidos que você conseguiu reacender através dos seus incentivos e dedicação. Obrigada meu amor, você me fez tentar e eu consegui!

Aos meus pais, que me ensinaram os primeiros passos e me deram a liberdade de aprender a caminhar sozinha.

À minha turma querida, que tornou esses cinco anos de faculdades os melhores da minha vida. Em especial às minhas queridas Marcela, Dayse, Dayane, Fátima e Maria Rita; com vocês meus dias são mais coloridos.

Aos amigos Flávio Laurentino, Renata Tomé, Aline Medeiros, Valdízia Karen e Elizabeth Cordeiro e Kenia Lucena. Pessoas como vocês me fazem acreditar no valor da amizade. Obrigada, vocês foram essenciais para realização desse sonho.

Aos professores! Impossível descrever o orgulho que tenho de ter sido aluna de tão valorosos mestres, com vocês aprendi muito mais do que ser uma profissional, aprendi a ser uma pessoa melhor.

À orientadora Sandra Amélia, obrigada pelos ensinamentos, pela oportunidade e pela confiança.

À orientadora de campo de estágio, Hilda Macleide (titia). Seu coração é o mais bondoso que já conheci. Obrigada minha querida, você é muito especial.

Enfim, sou grata a todos que contribuíram pra essa conquista. Que Deus abençoe de forma grandiosa cada um de vocês.

Obrigada!

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Concepções e práticas profissionais em torno da Lei 10.216/2001

Iris de Lima Araújo Moura

RESUMO

O Serviço Social está inserido na Saúde Mental desde a década de 1940, tendo o seu espaço sócio-ocupacional ampliado nessa área a partir do Processo de Reforma Psiquiátrica. A Lei 10.216/2001, aprovada em 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para serviços abertos em substituição aos manicômios. O objetivo geral deste estudo foi analisar as concepções e práticas dos assistentes sociais da Rede de Saúde Mental de Campina Grande - PB em torno da Lei 10.216/2001. Os objetivos específicos consistiram em: verificar o conhecimento dos assistentes sociais atuantes nesta rede acerca da referida Lei; identificar como esta Lei é referenciada nas ações do Serviço Social nos serviços substitutivos; bem como discutir as possíveis contribuições de tais profissionais para a efetivação desta lei em suas práticas interventivas. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada durante o mês de julho de 2012. Os dados foram coletados por meio de um questionário e tratados mediante análise de conteúdo. Os sujeitos da pesquisa foram 11 assistentes sociais que atuam na Rede de Saúde Mental de Campina Grande. Verificamos entre os principais resultados um desconhecimento por parte das profissionais no tocante a Lei 10.216/2001, considerando o fato de que apenas 27,27% expressou de forma precisa seu entendimento a respeito da mesma. A maioria das profissionais não identifica articulação entre suas práticas profissionais e os princípios e diretrizes da referida lei. Cerca de 63,63% das entrevistadas afirma que o Serviço Social poderá contribuir para a efetivação da Lei 10.216/2001 na medida em que a fizerem conhecida entre os usuários, realizando um trabalho de orientação e divulgação dos direitos dos mesmos.

Palavras-chave: Serviço Social, Lei 10.216/2001, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

THE SOCIAL SERVICES IN MENTAL HEALTH: Conceptions and professional practices around the Law 10.216/2001.

Iris de Lima Araújo Moura

ABSTRACT

The Social Work is housed in Mental Health since the 1940s, and its socio-occupational expanded space in this area from the Psychiatric Reform Process. 10.216/2001 Law, adopted on April 6, 2001, provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the model for mental health care services open to replace asylums. The aim of this study was to analyze the concepts and practices of social workers Mental Health Network of Campina Grande - PB around the Law 10.216/2001. The specific objectives were: to verify their knowledge of social workers working in this network on the said Law; identify how this Act is referenced in the actions of Social Work in replacement services, as well as discuss the possible contributions of such professionals to the enactment of this Law in interventional practices. This is an exploratory study with a qualitative approach, conducted during the month of July 2012. Data were collected through a questionnaire and addressed through content analysis. The study subjects were 11 social workers who work in Mental Health Network of Campina Grande. We found among the main results of ignorance on the part of professionals regarding the Law 10.216/2001, considering the fact that only 27.27% accurately expressed his understanding of the same. Most professionals do not identify links between their professional practices and principles and guidelines of the Law. Approximately 63.63% of the respondents said that Social Services can contribute to the effectiveness of the Act in that 10.216/2001 to make known among users, performing a job orientation and bragging rights thereof.

Keywords: Social Services, Law 10.216/2001, Mental Health, Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	09
3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL.....	17
4. RESULTADOS DA PESQUISA.....	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	31
APENDICE	34
ANEXO	36

1.0. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica consiste em um movimento democrático, questionador, que resulta de lutas contra o modelo estigmatizante e desumano de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico, alicerçado na autossuficiência do saber médico e na mercantilização da loucura. Pautados no questionamento de paradigmas, estruturas e imposições de verdades antes inquestionáveis, os princípios da Reforma objetivaram uma nova realidade social para o cuidado em saúde mental.

Dessa forma pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica enquanto processo e diretriz que intervém na política de saúde mental, coloca grandes desafios ao fazer do assistente social, dentre os quais podemos citar a realização de ações em rede, pautada na intersectorialidade com as demais políticas sociais existentes, no sentido de efetivar ações de forma resolutiva.

Hoje o Serviço Social possui importante papel quanto à ressocialização dos portadores de transtornos mentais tratados nos serviços substitutivos, colaborando com a dinâmica da própria Rede de Saúde Mental, no sentido de construir estratégias que devem superar a perspectiva hospitalocêntrica e promover uma assistência digna aos usuários.

O Serviço Social, enquanto categoria profissional, pela sua formação tende a compreender a loucura levando em conta a realidade e as expressões da questão social, assumindo assim uma postura diferenciada em um espaço sócio-ocupacional em que, majoritariamente, as demais categorias profissionais direcionam-se à questão clínica dos transtornos psíquicos.

O presente trabalho evidencia os resultados de uma pesquisa acerca das concepções e práticas dos assistentes sociais da Rede de Saúde Mental de Campina Grande - PB em torno da Lei 10.216/2001, considerada a Lei de Saúde Mental no Brasil. Os objetivos específicos consistiram em: verificar o conhecimento dos assistentes sociais da rede de saúde mental de Campina Grande acerca da Lei 10.216/2001, identificar como esta Lei é referenciada nas ações do Serviço Social nos serviços substitutivos e discutir as contribuições dos assistentes sociais para efetivação da referida Lei.

Consistiu em um estudo exploratório, no sentido de trazer uma visão panorâmica acerca do tema, descrevendo as características da realidade estudada e, indo além desta descrição, fazendo uma análise da mesma.

O interesse pelo tema surgiu durante o estágio supervisionado em Serviço Social realizado na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, localizada no bairro do José Pinheiro, no período de março/2011 a junho/2012. Tal experiência nos permitiu compreender a importância do trabalho do assistente social para a efetivação dos direitos dos usuários portadores de transtornos mentais, sobretudo percebendo o quanto se faz necessário que esses profissionais estejam informados acerca desses direitos para construir o seu fazer profissional em consonância com a referida política e, em especial, com as demandas da população usuária.

Assim, o presente trabalho está estruturado da seguinte forma: no primeiro tópico destacaremos algumas considerações acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ressaltando a sua importância para a efetivação da Política de Assistência a Saúde Mental no país. No tópico seguinte discutiremos a relação do Serviço Social com a saúde mental, destacando o referido campo como um espaço sócio-ocupacional que foi ampliado a partir do Processo de Reforma Psiquiátrica. No último tópico apresentamos os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados com as assistentes sociais atuantes na Rede de Saúde Mental de Campina Grande, considerando suas concepções e práticas profissionais em torno da Lei 10.216/2001.

2.0. BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Historicamente, a atenção voltada à Saúde Mental esteve pautada predominantemente no modelo hospitalocêntrico/manicomial, cuja lógica situa-se no confinamento dos portadores de transtorno mental ao espaço hospitalar e/ou manicomial, para devido “tratamento”, além de se configurar num modelo científico que “não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças” (AMARANTE, 2006, p. 35).

As formas de tratamento aos portadores de transtornos mentais se caracterizavam por serem procedimentos repressivos e estigmatizantes: *repressivos* à medida que, em seu âmbito, são “marcantes o isolamento, a sedação, o uso do eletrochoque como castigo, a exploração do trabalho, o abandono, a indiferença pela saúde e pela vida” (ROBORTELLA, 2000, p. 98); e *estigmatizantes* por favorecerem o estigma de inferioridade, de forma que superdimensiona o desvio sofrido por essas pessoas, pois se elas se encontram trancadas nesse espaço é por que são doentes, improdutivas, não confiáveis, perigosas, passando uma identificação do louco como o diferente, o outro, o que não se encontra na esfera do aceitável e que é incapaz de se manter na coletividade como os indivíduos considerados normais (MACEDO, 2006).

Nesse sentido, é compreendido como um modelo que promoveu a exclusão do convívio familiar e social, deixando transparecer seu caráter de negação dos direitos, perda da referência de vida e da cidadania desses sujeitos. Esse traço excludente se apresenta, no decorrer da história, como característica marcante nos espaços destinados ao trato com a loucura a nível mundial, inclusive no Brasil.

Contudo, as formas de concepção sobre Saúde Mental mudaram muito ao longo da história e essas alterações foram acontecendo de acordo com o contexto histórico e cultural em que se vive. Desse modo, o que hoje é compreendido como doença mental, já foi entendido, segundo Pessotti (1994), como manifestação divina (Antiguidade Clássica), possessão demoníaca (Idade Média), alienação mental passível de “tratamento moral” (século XIX) e subversão da ordem social (sociedade capitalista).

Paralelamente às mudanças de concepções, também foram se reconfigurando as formas de lidar com o indivíduo portador de transtornos mentais. São mudanças que compreendem desde a relativa aceitação social, passando pelo enclausuramento nos asilos, até à busca de inclusão social, nos dias atuais, com o Processo de Reforma Psiquiátrica, cujo tratamento visa resgatar a autonomia do sujeito e melhorar sua qualidade de vida, constituindo-se num

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. 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).

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica surgiu entre os anos 1978 e 1980, em um contexto de reemergência dos movimentos sociais, após um longo período de repressão militar e de efervescência política e social que acontecia no país rumo à redemocratização.

Dentre tais movimentos sociais se destaca o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), compreendido por Amarante (1998, p.106) como o “ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras”. O MTSM constitui-se como o movimento que passa a protagonizar e a construir, a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, e a construir coletivamente uma crítica à assistência às pessoas com transtornos mentais, baseado no asilamento em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Ressalta-se nesse contexto a importância do processo de Reforma Sanitária, tecendo o debate da saúde pautado pela questão do direito social. Essa discussão teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e consolidada na Constituição Federal de 1988, na qual o artigo 196 preconiza: “saúde é direito de todos e dever do Estado.” (BRASIL, 1988).

No que tange à saúde mental, esse período marca a “trajetória da desinstitucionalização” pautada na proposta de total substituição das instituições manicomiais por modelos alternativos que ofereçam cuidados e assistência para os que necessitam de assistência psiquiátrica.

A institucionalização da pessoa com transtorno mental é, ao longo do tempo, a maneira mais ordinária de tratamento, como o isolamento e a privação absolutos ou parciais de sujeitos marcados eternamente, estigmatizados, tidos como “não normais”. Percebe-se, no entanto,

sua ineficácia e por isso se procura seu inverso – a desinstitucionalização, como forma de amenizar o sofrimento de usuários e membros familiares (NOGUEIRA, 2010).

Entretanto, vale salientar que, a princípio e de modo equivocado, a idéia de desinstitucionalização foi pensada como mera ação de desospitalização, ocasionando então, a formação de uma tendência opositora que justificava-se pelo fato de considerar tal idéia como mecanismo de simples desassistência, como se as suas políticas não significassem a substituição do modelo hospitalar em vigor por outros métodos de cuidado (AMARANTE, 2007).

Amarante (1998) define a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática que objetiva o questionamento, bem como a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Portanto, não supõe acabar com tratamento clínico da doença mental, mas busca eliminar a prática do asilamento como forma de exclusão social dos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Resultante de todo um processo de luta, a Reforma Psiquiátrica na atualidade deixa de ser uma proposta alternativa e vem se consolidando como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental em todo o país.

No campo legislativo esses avanços também são visíveis: em meio à conjuntura pela busca de ampliação e efetivação de direitos sociais na década de 1980, a luta antimanicomial encontra respaldo legal. Considera-se como marco na história da assistência à Saúde Mental brasileira o Projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, encaminhado ao Congresso Nacional no final dos anos 1980, com a proposta de regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e da extinção progressiva dos manicômios. O projeto foi elaborado com base nos princípios de desinstitucionalização de Basaglia¹, percussor da psiquiatria democrática italiana (NOGUEIRA, 2010).

¹ A ideia de desinstitucionalização, do psiquiatra italiano Franco Basaglia, significa uma ruptura profunda com o saber psiquiátrico moderno visando não uma mera e superficial reforma, mas colocando em xeque todo o modelo científico psiquiátrico, assim como suas instituições assistenciais. Conforme apontou Amarante (1999), essa ideia constitui-se numa ruptura do processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação). (AMARANTE, 1999).

A partir da década de 1990, identifica-se por parte do Estado a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representam ganhos importantes à luz do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas² e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. É nesse contexto que entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção à Saúde Mental e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (NOGUEIRA, 2010).

Nesse sentido, o país passa a dispor de um conjunto de prerrogativas legais que, paulatinamente, foram ampliando os horizontes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dentre as quais destacamos: 1) a Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, que aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos); 2) a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 93, de 02 de dezembro de 1993, que constitui, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica no país, e a Portaria Nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, estabelecendo normas de funcionamento e composição da equipe.

É relevante citar vários outros instrumentos legais a exemplo da Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994, que no art. 1º proclama a adesão do Brasil à celebração do 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental, bem como a Lei nº 9.867 aprovada em 10 de novembro de 1999, dispondo sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração social

² A Declaração de Caracas é um documento resultante da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, evento realizado do período de 11 a 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela. Nesse documento, o “manicômio” é condenado tendo por base 04 eixos: 1) Ético-jurídico, pela violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais; 2) Clínico, em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patogênico e cronificador historicamente assumido por tais instituições; 3) Institucional, devido a tais instituições se constituírem como espaço de violência – “instituições totais”, que mortificam, sujeitam; 4) Sanitário, em função da organização do modelo assistencial figurar como “cidade dos loucos”, produzindo a loucura administrativa, executiva e organizacional (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990 *apud* ROSA; MELO, 2009).

dos cidadãos. A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, determina que o Ministério da Saúde introduza os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) no âmbito do SUS.

Em 2001, o Projeto de Lei nº 3.657-D, apresentado ao Congresso Nacional no ano de 1989, pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), resultou, após doze anos de intensos debates e ações da sociedade civil, na aprovação da Lei 10.216, conhecida como Lei de Saúde Mental e/ou Lei Paulo Delgado. O texto original do projeto dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRITTO, 2004, p. 81).

Contra-pondo-se ao modelo anterior, basicamente hospitalocêntrico, a proposta do Projeto idealizava a progressiva extinção dos leitos com características manicomialis, traçando como diretrizes a implantação de novos recursos de atendimento, como as unidades psiquiátricas em hospitais gerais, os centros de convivências, as pensões, entre outros.

A Lei 10.216/2001, aprovada em 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental para serviços abertos em substituição aos manicômios. Tais direitos, de responsabilidade do Estado em conjunto com a sociedade e a família, são expressos no parágrafo único, Art. 2º, da referida Lei:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2005, p. 46).

O processo de Reforma Psiquiátrica teve um alto ganho com a promulgação desta Lei, considerando que os direitos legalmente adquiridos passam a ter sua relevância, pois de forma notável e conseqüentemente distinta, os sujeitos portadores de algum transtorno mental, passam a obter os meios necessários disponíveis, não apenas no diagnóstico, mas também no tratamento terapêutico. Além disso:

Trata da garantia dos direitos básicos do doente mental, inclusive o de ter acesso aos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, numa rede de serviços diversificada; ela reconhece a internação psiquiátrica integral como mais um dos recursos terapêuticos válidos, desde que seja de boa qualidade, ressaltando ainda a necessidade de desenvolvimento de políticas específicas de desospitalização (PICCININI; ODA, 2006, p.04).

É importante ressaltar que, com a aprovação da Lei 10.216/2001 a proposta central do projeto de Lei do deputado Paulo Delgado – a extinção dos manicômios – não foi mantida, considerando que a internação psiquiátrica integral ainda é prevista na Lei, mesmo como último recurso. Isso é de fácil compreensão quando se leva em conta que, após o Golpe Militar de 1964, a psiquiatria foi a área mais explorada no processo de privatização da saúde, uma vez que a falta de direitos dos usuários, aliada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a transformação de velhos galpões em “enfermarias”, num verdadeiro processo de industrialização da loucura (AMARANTE, 2006).

Com a implantação da Lei 10.216/2001, identifica-se um conflito de interesses na redefinição de um modelo de atenção à Saúde Mental que transite do enfoque hospitalocêntrico para um modelo aberto, de base territorial. Tal fato pode ser constatado ao verificar-se que 90% dos recursos recebidos pelos hospitais psiquiátricos são oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Daí decorre a necessidade da:

³ Informação disponível em: <<http://politicanupep.blogspot.com.br/2012/05/onze-anos-da-lei-10216.html>>. Acesso em: 17 out 2012.

fiscalização efetiva por parte do Ministério Público, das comissões de defesa dos Direitos Humanos e da sociedade como um todo, no que tange à regulação das internações involuntárias e da implantação de uma assistência coerente com os parâmetros atuais, em que se privilegia o atendimento extra-hospitalar ao máximo possível (MACEDO, 2006, p. 8).

Em consonância com a referida Lei, a Paraíba tem legislação específica na área da saúde mental (a Lei 7.639, de 23 de Julho de 2004, de autoria do Deputado Ricardo Coutinho), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado, determinando a implementação de uma rede de atenção integral no campo da saúde mental, em seu art. 12

implementada e mantida de forma descentralizada e cooperada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantindo-se a gestão social destes meios (PARAIBA, 2004).

O município de Campina Grande-PB, por sua vez, conta com a Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa, sancionada em 30 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a promoção e a reintegração social do portador de sofrimento mental, e determina a implantação de ações e serviços que substituam o atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos. Cabe ressaltar que, logo após esta Lei ser sancionada, foi implantado o primeiro CAPS, do tipo II, em 2003, e o CAPS - ad, em 2004 (VELÔSO, *et al.*, 2010).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a legislação psiquiátrica e a própria Reforma Psiquiátrica, vem ao longo desse tempo desenvolvendo uma nova perspectiva sobre a loucura e sobre as formas de lidar com o portador de transtorno mental. As mudanças daí decorrentes são refletidas na ampliação do campo de atuação na Saúde Mental para a produção do conhecimento e para o fazer técnico de diferentes profissionais; e na necessidade de articulação de vários saberes reconhecendo, portanto, a loucura não apenas no âmbito psiquiátrico, mas em sua dimensão política, histórica e social.

É a partir dessa concepção que o profissional de Serviço Social é chamado a atuar na luta pela ampliação dos direitos das pessoas com

transtornos mentais, podendo contribuir para a reafirmação dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

Muito embora a relação do Serviço Social com a saúde mental no Brasil não seja um fato recente, visto que data desde a década de 1940, quando se formaram os primeiros assistentes sociais no país, a atuação profissional nesta área toma novos rumos à medida que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil começa a dar seus primeiros passos, como discutiremos a seguir.

3.0. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Antes de nos determos na relação entre Serviço Social e Saúde Mental, consideramos pertinente pontuar que o efetivo fundamento da profissão está na criação de um espaço sócio-ocupacional determinado pelas condições histórico-sociais do capitalismo monopolista, que demanda agentes qualificados para o enfrentamento da questão social (NETTO, 1992).

No Brasil, a institucionalização do Serviço Social enquanto profissão situada na divisão social do trabalho está relacionada ao surgimento de grandes instituições assistenciais⁴ na década de 1940, geridas ou subsidiadas pelo Estado, que viabilizaram a expansão do mercado de trabalho para estes trabalhadores especializados (IAMAMOTO, 2008).

Levando em consideração estes aspectos históricos para a afirmação e reconhecimento do Serviço Social enquanto profissão, destaca-se a relevância, nesse processo, das transformações significativas pelas quais passa a

⁴ Essas instituições assistenciais foram criadas no sentido de conter e controlar as lutas sociais e as sequelas derivadas do aguçamento da questão social vivenciada pela população à medida que procuram deslocar as contradições do campo das relações de produção, tentando absorvê-las e neutralizá-las a partir do aparelho do Estado. Exemplos dessas instituições são: a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que surge em sequência ao engajamento do Brasil na Segunda Guerra Mundial, visando prover as necessidades das famílias cujos chefes tinham sido mobilizados e ainda contribuir com o esforço de guerra; o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), criado em 1942, para organizar e administrar nacionalmente escolas de aprendizagem para industriários; o Serviço Social da Indústria (SESI), oficializado em 1946, que tinha a incumbência de estudar, planejar, executar medidas para o bem-estar do trabalhador na indústria (IAMAMOTO, 2007).

sociedade brasileira, em sua conjuntura, a partir da década de 1930. Com o processo de industrialização no país, o Estado redefine seu papel e surgem políticas sociais em resposta a questão social. De acordo com Bravo (2004, p. 26):

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

Nesse contexto, as políticas sociais e a questão social se colocam como fatores determinantes na construção do espaço do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho. As políticas sociais geridas pelo Estado visavam controlar e preservar a força de trabalho ocupada mediante a regulamentação da relação entre capital/trabalho. Assim, vinculado a execuções de políticas sociais, surge o espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, intervindo através de serviços sociais que geravam condições favoráveis para reprodução da força de trabalho.

No campo da Saúde Mental, de acordo com Vasconcelos (2002) a presença do Serviço Social teve início no Brasil na década de 1940, com o modelo proposto por higienistas americanos e brasileiros, denominado *Child Guidance Clinics*, tendo como objetivo principal diagnosticar e tratar crianças consideradas problemáticas através da implementação de uma educação higiênica.

Nesse período são formados os primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro e as escolas passaram a inseri-los nos hospitais psiquiátricos, realizando trabalhos nas seções de assistência social dessas instituições (SILVA; SILVA 2007).

Os assistentes sociais tendiam a constituir pequenas equipes uniprofissionais situadas na “porta de entrada e saída” dos hospitais, funcionando de forma diretamente subordinada aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente às suas demandas: por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com familiares para preparação para alta; de confecções de atestados sociais e de realização de encaminhamentos. Paralelamente, atendiam também a muitas e variadas demandas “no varejo” dos próprios usuários em relação a seus familiares ou vice-versa, normalmente em torno de necessidades imediatas em termo

de roupas, contatos, pequenos recursos sociais e financeiros etc. (BARBOSA, 2006, p.55).

Observa-se que nesse contexto a prática profissional caracterizava-se por ações funcionais à lógica do capital, no sentido de acentuar ao máximo a divisão do trabalho nas instituições psiquiátricas. O que não era associado diretamente ao psíquico e ao somático, era demanda para o Serviço Social. Assim, quando estes não podiam atender a demanda, encaminhavam o usuário para outras agências sócias ou negligenciavam o atendimento (SILVA; SILVA, 2007).

No período que compreende a ditadura militar no Brasil, o profissional de Serviço Social foi designado pelo governo ditatorial para atuar como executor de políticas sociais na área da Saúde Mental. Nessa época de acordo com Bisneto (2001, p. 01).

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

O espaço de atuação dos assistentes sociais nesse período é marcado por uma significativa expansão, fruto da multiplicação de hospitais e clínicas particulares, em razão da privatização a da saúde ocorrida nesse contexto. No entanto, embora os hospitais psiquiátricos contratassem os assistentes sociais pelo cumprimento de uma exigência do Ministério da Saúde, ainda assim não existia uma demanda definida para atuação desses profissionais por parte dos empregadores (SILVA; SILVA, 2007).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica e sua proposta de transformação do modelo assistencial no setor ocorre uma ampliação no espaço de atuação do assistente social na saúde mental, favorecida pela formação social e política desses profissionais (BISNETO, 2007). Assim,

A partir da década de 1980 e, principalmente na década de 1990, a polarização na área da saúde mental por abordagens mais comprometidas teórica, política e eticamente, principalmente pela perspectiva da desinstitucionalização, abriu novas possibilidades de

aproximação com o processo de renovação crítica da profissão. (PATRIOTA; ARAÚJO; SILVA. 2010 p. 2).

Nessa perspectiva, fenômenos novos vieram no desenrolar da relação entre Serviço Social e Saúde Mental, de modo que a ampliação da Rede de atenção psicossocial no país vem proporcionando ampla presença dos assistentes sociais nos serviços substitutivos.

O município de Campina Grande, localizado no interior da Paraíba, com uma população aproximada de 386 mil habitantes (IBGE, 2010) apresenta uma considerável demanda no campo da Saúde Mental. Historicamente as formas de tratamento dos portadores de transtornos mentais no município não divergem do modelo implementado no resto do país, apresentando como característica marcante a tradição hospitalocêntrica.

Contudo, o processo de Reforma Psiquiátrica que proporcionou mudanças significativas na atenção psicossocial no Brasil, também gerou mudanças no município. Em Campina Grande, o processo de Reforma Psiquiátrica teve como marco importante a visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2005⁵, que resultou no descredenciamento do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro, do acesso aos recursos do SUS, através de convênio. De acordo com Patriota; Araújo; Silva (2010, p. 3),

O processo de intervenção realizado em Campina Grande foi, indiscutivelmente, um impulsionador da Reforma Psiquiátrica local. A partir desse processo, o município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar do portador de transtorno mental, na comunidade, na família, contrapondo-se aos princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica e disseminando ações e atitudes que valorizam a reinserção social, as potencialidades e a autonomia dos indivíduos.

⁵ A partir do relatório da avaliação feita por esta coordenação, o Ministério da Saúde obteve liminar na justiça para intervir no Hospital João Ribeiro, que teve péssima avaliação no PNASH/Psiquiatria 2002, dando início à intervenção no hospital que respondia por grande parte da demanda de Saúde Mental da região da Borborema. O processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro teve início em abril de 2005, com o descredenciamento do serviço da rede SUS em julho de 2005 (Relatório de Gestão 2003-2006, do Ministério da Saúde, 2007, p.31).

Atualmente o município conta com sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são eles: CAPS II Novos Tempos e CAPS Ad; CAPS III – Reviver; CAPS Infantil – Viva Gente; CAPS i – e dois CAPS I, localizados nos distritos de São José da Mata e Galante. Além desses serviços, o município conta também com seis Residências Terapêuticas que oferecem moradia para pacientes com histórico de longa internação e que não contam com o apoio familiar; e a Emergência Psiquiátrica, implantada a partir de julho de 2005.

Os profissionais de Serviço Social fazem parte das equipes interdisciplinares atuantes na Rede de Saúde Mental do município desde sua implantação. Considerando a sua formação política e social, esses profissionais assumem um importante papel junto às essas equipes, ao contribuir para a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica a partir de ações que possam fortalecer a busca pela autonomia dos usuários.

Além disso, a presença desses profissionais nos serviços substitutivos do município tem contribuído com a formação profissional de estudantes de Serviço Social, considerando que a partir de 2006 a Rede de Atenção a Saúde Mental vem se constituindo campo de estágio supervisionado em Serviço Social.

A Lei 10.216/2001, aprovada há mais de uma década, se constitui como um instrumento que deve estar presente no cotidiano dos profissionais que atuam em defesa da consolidação da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, entendemos ser primordial conhecer as práticas e concepções acerca da referida Lei, tomando como sujeitos de pesquisa os assistentes sociais da Rede de Saúde Mental de Campina Grande.

4.0. RESULTADOS DA PESQUISA

A pesquisa realizada teve como base a aplicação de questionários com 11 assistentes sociais que atuam nos CAPS, Residência Terapêutica e Emergência Psiquiátrica do Município. Inicialmente apresentaremos um breve perfil destas profissionais e, em seguida, abordaremos as questões pertinentes ao objeto de estudo.

Identificamos que 100% das participantes são do sexo feminino. Esta constatação não se coloca como uma novidade, visto que o Serviço Social surgiu e se construiu historicamente como uma profissão eminentemente feminina, com forte ligação com valores cristãos e humanitários e um histórico de subalternidade (IAMAMOTO, 2008). Tal traço relaciona-se com o fato de que, na divisão sexual do trabalho, a posição feminina está associada à profissões que supostamente requerem benevolência, aptidão para cuidar das pessoas e amenizar seu sofrimento, posições que dizem respeito à responsabilidade pela reprodução social da família e do indivíduo, constituindo seu público-alvo as crianças, idosos, adolescentes, portadores de necessidades especiais, etc.

Quanto à idade, constatamos que cerca de 9,09% das profissionais possui idade entre 26 e 35 anos; 27,27% entre 36 e 45 anos; 45,45 % entre 46 e 55 anos e 18,18 % situa-se na faixa etária entre 56 e 65 anos.

No que concerne ao tempo de formação, 100% das participantes concluiu o Curso de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba, sendo que quatro dessas profissionais na década de 1980, quatro na década de 1990, e três entre os anos 2000 e 2010. Observa-se, portanto, que o grupo que respondeu ao questionário é composto por profissionais que tiveram suas formações em contextos diferentes, inclusive com currículos distintos, uma vez que a partir de 1996 foram instituídas novas diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social no Brasil.

Em relação à titulação dos sujeitos pesquisados, os dados indicam que a maioria possui pós-graduação (cerca de 72,72%), predominando a especialização em Saúde Mental (compreendendo 8 das 11 assistentes sociais). Uma profissional, além da Pós-Graduação possui mestrado em sociologia e doutorado em Ciências Sociais. Os dados refletem a iniciativa dessas profissionais em capacitar-se e dar prosseguimento a sua formação.

Quanto ao vínculo empregatício constatou-se que 63,63% possui vínculo estatutário, ou seja, são providas de um conjunto de proteção e garantias específicas para o exercício da profissão, como servidoras públicas efetivas. Enquanto 36,36% possui vínculo celetista, que corresponde ao regimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por meio de natureza contratual.

Quanto ao tempo de atuação das profissionais na área de Saúde Mental observou-se uma considerável variação: a mais recente profissional atua há cerca de quatro meses, três já atuam em torno de 4 a 6 anos, seis estão na área entre 7 e 9 anos, e uma das profissionais há cerca de 18 anos.

A maioria das participantes (90,91%) começou a trabalhar após a implementação da Lei 10.216/2001 e apenas uma das profissionais trabalha na Saúde Mental desde o ano de 1994, o que lhe proporcionou a oportunidade de conhecer os dois modelos assistenciais na Saúde Mental.

Questionadas sobre a razão pela qual foram levadas a trabalhar na área da Saúde Mental, a maioria das participantes (45,45%) apresentou como motivo principal o fato de ter sido a oportunidade de trabalho que surgiu. Apenas 18,18% respondeu ser pela identificação pessoal com a Saúde Mental; 27,27% afirmou que viu a chance de trabalhar na Saúde Mental como uma oportunidade de enfrentar um desafio; e 9,09% pela necessidade de adquirir novos conhecimentos.

Diante desses dados, percebemos que o interesse profissional pelo referido espaço socio-ocupacional não foi a motivação principal para o ingresso nos serviços substitutivos nos quais as mesmas hoje exercem suas atividades. Contudo, esse fato não pressupõe que essas profissionais não estejam instrumentalizadas teórica e metodologicamente preparadas para lidar com as estratégias de intervenção necessárias para sua atuação.

Ao serem indagadas sobre a sua compreensão acerca da Saúde Mental, as profissionais responderam:

Algo que envolve não apenas questões emocionais e psíquicas, mas direitos sociais imprescindíveis ao sujeito cidadão, como direito à saúde, educação, justiça e etc (sujeito 05).

Eu defino a Saúde Mental como um expressivo processo de transformação ampliando o conceito de Reforma Psiquiátrica, onde a atenção em saúde e reinserção social vem substituir os discursos referentes ao paradigma psiquiátrico (sujeito 09).

Saúde Mental é um estado de bem-estar emocional e psicológico, onde o indivíduo faz uso das suas habilidades emocionais, sociais e rege sua vida no cotidiano (sujeito 11).

A Saúde Mental é composta por vários fatores; um indivíduo para estar bem mentalmente precisa que seu curso de vida financeiro

familiar, saúde física, moradia, entres outros estejam funcionando bem (sujeito 06).

Percebe-se que as profissionais entrevistadas articulam de forma bastante ampliada suas compreensões acerca da Saúde Mental que ultrapassa as questões psicológicas e patológicas, mas também envolve questões estruturais e sociais.

Sobre o conhecimento das profissionais a respeito da Reforma Psiquiátrica, 100% das profissionais afirmaram já terem ouvido falar, demonstrando, em suas respostas, conhecimentos acerca do assunto, expresso nos seguintes comentários:

A Reforma Psiquiátrica representa uma mudança do modelo de tratamento antes centrado na psiquiatria e hoje centrado em serviços substitutivos ao hospitalocêntrico, oferecendo tratamento terapêutico na visão do usuário como cidadão, sujeito de direitos e sobretudo a convivência familiar (sujeito 03).

A Reforma Psiquiátrica refere-se a um processo de transformação de desconstrução do dispositivo do paradigma psiquiátrico no Brasil e no mundo pois, nesse processo, o lugar do louco passa a mudar: este é visto como ator social, sujeito de sua própria história (sujeito 09).

Um aspecto importante que podemos destacar nos questionários respondidos é que todas as profissionais enxergam a Saúde Mental a partir de um conceito ampliado, considerando como fatores importantes o convívio familiar e a reintegração desses sujeitos na sociedade. Além disso, reconhecem a Reforma Psiquiátrica como um processo em transformação que busca quebrar o paradigma do modelo hospitalocêntrico.

Na questão que aborda o entendimento das profissionais acerca da Lei 10.216/2001, parte das participantes deixaram a questão em branco (18,18%). Cerca de 27,27% responderam que a Lei 10.216/2011 redireciona o modelo assistencial e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, 9,09% apresentaram em suas falas opiniões equivocadas a respeito da referida Lei, conforme descrito:

Foi a partir dela que o sistema hospitalocêntrico foi questionado, como também o tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, culminado na interdição dos hospitais psiquiátricos e construção de instituições, como o CAPS (sujeito 05).

Observa-se que a entrevistada 05 demonstra em sua fala uma determinada incompreensão a respeito da Lei 10.216/2001 pois como se sabe, foi a partir da década de 1970 que se iniciam movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2007).

Quanto às demais profissionais que responderam ao questionamento acerca da Lei 10.216/2001 (correspondendo a 45,45%), as mesmas responderam que a Lei consiste em:

Foi rica em valores ao ser humano mostrando a diferença entre o animal e o homem, quem viu os manicômios viu como os moradores eram tratados nas grades, tratados como animais e sem atendimento de qualidade nenhuma (sujeito 07).

É a partir da aprovação desta Lei que o profissional está respaldado juridicamente para garantir, junto à sociedade e às famílias, a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (sujeito 08).

Acredito ser de grande serventia para a saúde mental, especificamente no que tange aos interesses dos usuários de drogas, pois a maioria destes recusam terminantemente o tratamento que na maioria das vezes se dá pelo internamento compulsório (sujeito 06).

Tem a ver com a Reforma Psiquiátrica (sujeito 02).

Percebe-se que as entrevistadas demonstram em suas falas determinado entendimento sobre o assunto abordado, no entanto restringem o seu foco de compreensão a aspectos particulares, a exemplo da entrevistada 06 quando se refere ao internamento compulsório para os usuários de drogas, e a entrevistada 07, que narra o sofrimento dos usuários dos manicômios.

As falas demonstram que a linha de compreensão das entrevistadas acerca da Lei 10.216/2001 desconsidera um dos mais importantes aspectos: a proteção e direitos das pessoas com transtorno mental, regidos pela referida Lei, diretamente relacionados com o trabalho cotidiano dos assistentes sociais.

Assim, os dados revelam pouca apropriação da Lei pelas profissionais, expresso no fato de que apenas 27,27% responderam com precisão o que vem a ser a mesma. Tal constatação torna-se preocupante se considerarmos que esse desconhecimento pode repercutir em ações profissionais desconectadas

com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica. Também chama atenção, pelo fato de grande parte das entrevistadas serem especialistas em Saúde Mental, e considerando que a Lei 10.216/2001 é um dos principais instrumentos de trabalho do ponto de vista legal, para os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental.

Questionadas se já desenvolveram alguma ação referenciada na Lei 10.216/2001, verificamos que 9,09% das assistentes sociais deixaram a questão em branco; 9,09% afirmaram que até o momento não foi necessário; e cerca de 45,45% responderam da seguinte forma:

Com a família que é o mais difícil. A família fica com a aposentadoria dos usuários e joga os mesmos nas residências terapêuticas, não fazem visitas achando que o governo tem obrigação de tomar conta de seus familiares e arcar com todas as despesas (Sujeito 07).

Várias vezes o CAPS atende usuários em que as famílias abandona o mesmo e que é necessário tentar reinseri-lo na família (sujeito 09).

Sim, quando as famílias não querem cuidar do seu usuário em casa, sempre eles preferem o internamento (sujeito 01).

O Art. 3º, da Lei 10.216/2001 aponta a necessidade da devida participação da sociedade e da família no desenvolvimento da política de Saúde Mental, na atenção e na promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, de responsabilidade do Estado. Contudo, nota-se a partir das falas dos profissionais que há, por um lado, uma postura de responsabilização das famílias dos usuários, postura consoante com a lógica neoliberal de desresponsabilização do Estado.

Por outro lado, expressa outros fatores que podem desencadear essa busca recorrente das famílias pelo internamento desses usuários: a ausência de mudança de concepção quanto à forma adequada de tratar os portadores de transtorno mental, evidenciando a valorização do modelo hospitalocêntrico. Além disto, deve-se atentar para a possível falta de condições estruturais dessas famílias para cuidar dos seus parentes. Esses fatores devem ser considerados pelas profissionais de Serviço Social no sentido de desenvolver uma intervenção em consonância com o projeto de Reforma Psiquiátrica.

Ainda sobre a mesma questão, um percentual de 36,36% das entrevistadas responderam que todas as suas ações são desenvolvidas com respaldo na referida Lei, conforme as seguintes falas:

Sim, garantindo o acesso a várias modalidades de tratamento de saúde, na proteção contra formas de abuso, garantir atendimento no CAPS para criança e adolescentes de cidades do interior (sujeito 04).

Toda ação desenvolvida na instituição é pautada na referida Lei, começando pelo atendimento interdisciplinar e a partir da observação do usuário, a partir do critério de cidadão, como sujeito capaz de decidir, também, sobre a sua vida (sujeito 05).

De fato, tais respostas reiteram alguns dos direitos dos portadores de transtorno mental, constantes no parágrafo único, Art. 2º, da Lei, tais como: “*I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades (...); III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração*”. (BRASIL, 2005, p. 46).

Questionadas sobre de que forma o Serviço Social pode contribuir para efetivação da referida Lei, 9,09% deixaram a questão em branco, 27,27 % acreditam que é necessário desenvolver um trabalho em conjunto com as famílias, que muitas vezes abandonam esses usuários, deixando-os sobre total responsabilidade da instituição.

Parte das entrevistadas, cerca de 63,63% responderam que o Serviço Social poderá contribuir atuando com referencia na Lei 10.216/2001, sobretudo fazendo sempre um trabalho de orientação e divulgação dos direitos dos usuários, sendo necessário:

Fazer valer a efetivação desta Lei em todos os serviços públicos e privados, levando-os a perceber que o cuidar humanizado é uma das condições para que o portador de TM (Transtorno Mental) seja incluído na sociedade (Sujeito 01).

Inicialmente, tomando consciência sobre o próprio discurso que legitima a Lei, posteriormente divulgando a mesma para os usuários e familiares. A prática profissional do assistente social dessa forma será importantíssima para a solidificação da “base” (estrutura) da referida Lei, da qual toda a ação prática é fundamentada. (Sujeito 05).

A última questão do instrumento de coleta de dados da nossa pesquisa solicitava que as profissionais descrevessem um pouco de suas práticas

cotidianas como assistente social da rede de Saúde Mental de Campina Grande. Foi unânime a resposta de que, nas práticas profissionais, as atividades mais frequentes são: encaminhamentos, visita domiciliar, oficinas com os usuários, acolhimentos, acompanhamento familiar, palestras educativas, relatórios, laudos e pareceres sociais. Percebe-se que, nos espaços pesquisados, o Serviço Social lida com o que Rodrigues (2002) pontua como velhas demandas (triagem, alta e abordagem familiar) e novas demandas ao Serviço Social (orientação e encaminhamento de direitos sociais e oficinas ligadas diretamente à cidadania).

Nota-se, pelas respostas das profissionais, que o Serviço Social faz uso de instrumentos de trabalho variados, expressando que não realizam um trabalho meramente burocrático à medida que dinamizam suas atividades, inserindo os usuários em “oficinas” e “palestras educativas” havendo, por meio destas, grandes possibilidades de socializar conteúdos importantes referentes aos direitos dos portadores de transtorno mental, entre outros temas.

Embora as profissionais identifiquem que a contribuição do Serviço Social para a efetivação da Lei 10.216/2001 deve se dá por meio da orientação e democratização dos direitos dos usuários, é importante ressaltar que para essa socialização de informações é necessário ter conhecimento sobre ela. Nesse sentido, a Lei 10.216/2001 enquanto um instrumento que oferece um respaldo legal para atuação desses profissionais deve ser conhecida, estudada e defendida pelos mesmos, porém, os dados revelam pouca apropriação desses profissionais em torno da mesma.

Considerando a importância da Lei 10.216/2001 para a efetivação da Política de saúde Mental no Brasil, bem como para reafirmação dos ideais da Reforma Psiquiátrica, identifica-se a necessidade de uma atenção maior dessas profissionais quanto as suas práticas e concepções em torno da referida Lei. Sobretudo ressaltando a importância do conhecimento em torno da política a qual está inserida, e assim poder atuar em consonância com a mesma.

5.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as mudanças ocorridas nos últimos anos em torno da Saúde Mental, hoje celebramos um momento em que estão se rompendo os grilhões dos manicômios, antes tidos como única alternativa viável para assistir o sujeito em sofrimento psíquico. O Serviço Social está presente nesta luta que ainda perdura, contribuindo para o reconhecimento deste indivíduo enquanto sujeito e para a sua inserção como cidadão nas relações comunitárias e familiares, na medida em que orienta sobre seus direitos e envida esforços para viabilizá-los pela mediatização do acesso as políticas sociais.

Entretanto, para que possam contribuir para a contínua consolidação do Projeto de Reforma Psiquiátrica, os profissionais da referida área necessitam conhecer mais profundamente as raízes do movimento o qual dizem defender: a Reforma Psiquiátrica. Conhecê-lo e fundamentar-se na atual legislação de Saúde Mental no país é indispensável, já que esta fornece o respaldo legal para a concretização de suas ações.

Por fim, reconhecemos que o papel da academia é incentivar o zelo pela dúvida, pelo novo, pela pesquisa e, dessa forma, favorecer a formação de um profissional crítico e propositivo. Neste sentido, esperamos que o estudo realizado acerca da atuação do assistente social no campo da saúde mental, possa contribuir para instrumentalizar a definição de estratégias que fortaleçam a efetivação de uma assistência humanizada.

A partir das análises realizadas, consideramos que as profissionais articulam de forma ampliada suas compreensões acerca da Saúde Mental, considerando como fatores importantes o convívio familiar e a reintegração desses sujeitos na sociedade. No entanto, os dados revelam um desconhecimento das profissionais entrevistadas no tocante à Lei 10.216/2001, mesmo sendo a referida Lei um considerável instrumento de trabalho a ser utilizado pelas profissionais atuantes no campo da Saúde Mental.

Nota-se a partir das falas dos profissionais, que há uma postura de responsabilização das famílias dos usuários, postura consoante com a lógica neoliberal. De acordo com as respostas das assistentes sociais, o Serviço

Social poderá contribuir para o fortalecimento do Projeto de Reforma Psiquiátrica atuando com referência na Lei 10.216/2001, sobretudo fazendo um trabalho de orientação e divulgação dos direitos dos usuários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____. 1999. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. & COSTA, E. S. (Orgs.) **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, p. 47-53.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. In: *Revista **Mente & Cérebro***, Ed. 164, 2006.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde mental e demandas profissionais para o Serviço Social.** 2006. 145f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2006.

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

_____. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9ª ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 25 ago 2012.

_____. Lei nº 10.216, **Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 17 ago 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

BRAVO, M^o Inês Souza. Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**, São Paulo: Cortez, 2004.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01.** Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilella; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 20. ed. São Paulo: Cortez: CELATS, 2007

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 22^a ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2008.

IBGE- Censo Demográfico 2010- Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 de novembro de 2012.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil.** Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006.

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais: perspectivas para o serviço social.** v. 3. São Paulo: Hucitec, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 2^a ed. São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, Mari Sônia Lima. **Representações Sociais da Política de Saúde Mental: Visões e práticas dos profissionais de um CAPS.** Fortaleza: Editora EdUECE, 2010.

PARAÍBA. Assembleia Legislativa da Paraíba. **Lei Nº 7.639, DE 23 DE JULHO DE 2004 –** Disponível em: < <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/10769.html>>. Acesso em: 11 out. 2012.

PATRIOTA, Lúcia Maria; ARAÚJO, Raquel Dantas de; SILVA, Mayara Duarte. **Conhecendo os assistentes sociais que atuam na saúde mental de Campina Grande/PB,** 2010.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PICCININI, Wamor João; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. História da psiquiatria: a Loucura e os Legisladores. **Psychiatry on line Brasil**. Vol.11, Nº 3, Março de 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php#cima>>. Acesso em: 17 out. 2012.

ROBORTELLA, Suzana Campos. **Relatos de usuários de saúde mental em liberdade**: o direito de existir. Campinas, SP: [s.n.], 2000.

RODRIGUES, Mavi Pacheco. Serviço Social e reforma psiquiátrica em tempos pós-modernos. **Praia Vermelha**: estudos de política e teoria social, Rio de Janeiro, n. 6, 2002.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. Revista **Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. VII – VIII, n. 7 – 8, Dez. 2009.

SILVA, Daniele Marinho de Barros; SILVA, Amanda Alves. **A Reforma Psiquiátrica e o trabalho do Assistente Social**, 2007. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/638db7c72773369e3639DANIELLE%20MARINHO%20AMANDA%20SILVA.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo; Cortez, 2002.

VELÔSO, [et al.]. **Residenciais terapêuticos em Campina Grande**: refletindo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/encredenciais2010/programacao/arquivos_artigos/RESIDENCIAIS_TERAPEUTICOS_EM_CAMPINA_GRANDE.pdf>. Acesso em: 17 out. 2012

VITAL, Natália, **Atuação do Serviço Social na área de Saúde Mental**. Frente ao Neoliberalismo. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2007.

Questionário

1- Idade _____ anos

2- Sexo () M () F

3- Estado civil _____

4- Em que ano concluiu sua graduação?

5- Em qual instituição cursou sua graduação?

6- Em que área fez o seu estágio supervisionado?

7- Possui algum curso de Pós-graduação? Se sim, qual?

8- Há quanto tempo trabalha na área de Saúde Mental?

9- Qual o seu vínculo empregatício?

10- O que o levou a trabalhar na área de saúde mental?

11-Como você define Saúde Mental?

12-Já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica? Se sim, comente a respeito.

13- Sobre a Lei 10.216/2001, mais conhecida com Lei Paulo Delgado, qual o seu entendimento?

14-Você já precisou desenvolver alguma ação referenciada na Lei 10.216/2001. Qual?

15- De forma você acha que o Serviço Social pode contribuir para efetivação da referida Lei?

16-Descreva um pouco as suas práticas cotidianas como assistente social da Rede de Saúde Mental de Campina Grande.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (03)

Número do Protocolo de Parecer emitido pelo CEP-UEPB:0115..133.000-12

Data da relatoria:26-06-2012

Apresentação do Projeto: “O Serviço Social : Concepções e práticas profissionais em torno da Lei 10.216 de 2001”. O estudo em destaque procura investigar os Assistentes Sociais que atuam no quadro de profissionais da Rede de Saúde Mental de Campina Grande-PB.

Objetivo da Pesquisa: “Analisar as concepções e práticas dos Assistentes Sociais da rede de Saúde Mental de Campina Grande-PB em torno da Lei 10,216-2001”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não se observa riscos ao presente estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A investigação em análise, trata-se de uma pesquisa descrita com abordagem qualitativa, que envolverá o CAPS II - Novos Tempos, CAPS AD, CAPS III - Reviver; CAPS Infantil; CAPSINHO; CAPS Distrito de São José da Mata; CAPS Distrito de Galante; Residências Terapêutica e Emergência Psiquiátrica. Observa-se que o estudo irá trazer grande contribuição para a compreensão da atuação do segmento profissional das Assistentes Sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Constam os Termos

previstos pela Res, 196-96 CNS/MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O estudo em tela que visa analisar as concepções e práticas dos Assistentes Sociais no âmbito da Rede de Saúde Mental em Campina Grande-PB, reveste-se de grande importância para compreender e contribuir para uma melhoria dos serviços prestados por esses profissionais. O estudo atende todas as prerrogativas do CEP_UEPB, bem como da Res. 196-96 CNS/MS.

Dessa forma, apresento o Parecer abaixo.

Situação do parecer:

Aprovado(X)

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.