



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

DANIELLE SILVA LIMA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA O
FORTALECIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CAPS II
NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE, PB
2018**

DANIELLE SILVA LIMA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA O
FORTALECIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CAPS II
NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB**

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

Orientadora: Prof. Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias.

**CAMPINA GRANDE, PB
2018**

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.

L732c Lima, Danielle Silva.

A contribuição do Assistente Social para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no CAPS II Novos Tempos de Campina Grande/PB [manuscrito] : / Danielle Silva Lima. - 2018.

38 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Reforma psiquiátrica . 2. CAPS. 3. Serviço social.

21. ed. CDD 362.2

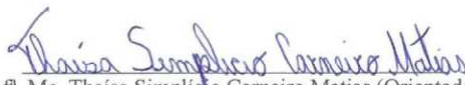
DANIELLE SILVA LIMA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA O
FORTALECIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CAPS II
NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB**

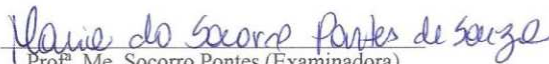
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do
título de bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 21/06/18.

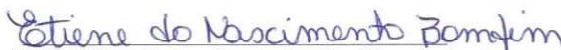
BANCA EXAMINADORA



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



Prof.^a. Me. Socorro Pontes (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a. Esp. Etiene do Nascimento Bonfim (Examinadora)
Assistente Social CAPS II/ Campina Grande (CAPS/PMCG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a conclusão desse curso, primeiramente a Deus que me guiou e me ajudou a chegar até aqui, pois não foi fácil, principalmente nesse período final, que muitas vezes pensei em desistir, mas Ele sempre esteve ao meu lado, me fazendo acreditar que tudo daria certo.

A minha voinha Severina (In memoriam) que sempre esteve presente na minha vida desde criança e tinha o sonho de me ver formada, infelizmente ela não estará presente nesse momento tão importante da minha vida, mas sei que ela está me vendo lá de cima e me ajudou a chegar até aqui. Saudades eternas...

Agradeço a minha família, mãe, pai, irmão, que sempre estiveram ao meu lado me ajudando e me incentivando nessa caminhada.

Aos meus amigos e professores do curso que estiveram ao meu lado nessa caminhada de aprendizagem e experiências, em especial aos meus companheiros de estágio Admir, Francineide e Josinaldo e as minhas amigas de grupo Ana Paula, Gilmara, Tânia e Mikaella, minha amiga de faculdade que vou levar para o resto da vida no meu coração.

À minha orientadora Tháisa Simpício por toda paciência, amizade e competência que me conduziu desde o começo do estágio até esse momento final.

À banca examinadora, pela disposição e contribuição para este trabalho.

A todos os funcionários e usuários do CAPS II Novos Tempos de Campina Grande por ter me acolhido tão bem e contribuído com minha aprendizagem, em especial a coordenadora Enedina e a minha supervisora de estágio Etiene que contribuiu bastante para o meu processo de formação, sempre disposta a me ensinar, com paciência, dedicação e amor ao seu trabalho.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para o meu crescimento pessoal, intelectual e profissional. Com certeza vocês fizeram uma grande diferença na minha vida.

Gratidão, Senhor!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	6
2.1 Reforma Psiquiátrica em Campina Grande.....	18
3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	20
3.1 Serviço Social na Saúde Mental.....	26
4 O CAPS II NOVOS TEMPOS: NOTAS PARA O DEBATE.....	28
4.1 A contribuição do Assistente Social para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no CAPS II Novos Tempos de Campina Grande/PB.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
ABSTRACT.....	34
REFERÊNCIAS.....	34

A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA O FORTALECIMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO CAPS II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB

Danielle Silva Lima¹

RESUMO

Este artigo objetiva analisar a contribuição do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial Novos Tempos, na cidade de Campina Grande PB, para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, através do relato da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social e de observação nesta instituição. Para tanto buscamos apreender a atual conjuntura da saúde no Brasil, e articular o processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, destacando a Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande PB; a trajetória do Serviço Social na Saúde e na Saúde Mental e por último, destaca-se o CAPS II, Serviço Social da instituição e a contribuição do Assistente Social neste espaço. Trata-se de um trabalho descritivo e bibliográfico pautado no relato de experiência vivenciada no campo de estágio. O trabalho possibilitou uma breve reflexão sobre a política de saúde no Brasil, assim como a contribuição do Assistente Social para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

Palavras -chaves: Reforma Psiquiátrica, CAPS, Serviço Social.

INTRODUÇÃO

A resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde caracteriza o Assistente Social, entre outros, como profissional de saúde, devendo ater-se a dispositivos legais e ao Conselho de Classe desta categoria.

O objetivo desse trabalho é analisar a contribuição do Assistente Social no ambiente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para isso é necessário que tenhamos uma compreensão da atual política da saúde no Brasil. E assim é possível traçarmos um paralelo entre a realidade dessa atuação e a necessidade de fortalecimento de uma Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande PB, que é relatado neste trabalho a partir da experiência vivida durante o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social no CAPS II Novos Tempos, da referida cidade, no período de outubro de 2014 a maio de 2016.

Para que possamos analisar a atuação do Assistente Social no CAPS é de fundamental importância conhecer a trajetória histórica e o desenvolvimento das formas de cuidado no campo da saúde mental. Para assim podermos ter a visibilidade prática de como se dá essa participação e fortalecer um direcionamento de ação que combine os esforços de ambas as áreas.

¹Aluna de Graduação de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: danylima_uva@hotmail.com

Nesse espaço sócio ocupacional os Assistentes Sociais enfrentam diversos desafios: contribuir para a efetivação da viabilização de direitos, a inserção social, a autonomia e a reabilitação dos usuários, assim como trabalhar com as famílias. Um dos papéis do Assistente Social no ambiente do CAPS foi descrito como sendo: Ministrando palestras educativas junto aos usuários, familiares e/ou responsáveis evidenciando propostas cidadãs, conforme descrito no Art. 2 da lei 10.216, de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Diante do exposto, este trabalho buscou analisar a contribuição do Assistente Social no CAPS II para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, objetivou também identificar as demandas e práticas do Assistente Social no CAPS; analisar a importância do Assistente Social no processo de ressocialização dos usuários do CAPS. Trata-se de um trabalho descritivo e bibliográfico pautado no relato de experiência vivenciada no campo de estágio, cuja revisão de literatura se voltou para produções acadêmicas do Serviço Social na área, bem como sobre teóricos de referência sobre a política de saúde. Utilizamos documentos vinculados ao exercício profissional do Assistente Social, bem como do Ministério da Saúde e da instituição em destaque. Já o estudo de campo ocorreu por meio da observação e registros no diário de campo, durante a experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social, durante os meses de outubro de 2014 a maio de 2016.

O trabalho ora apresentado está organizado da seguinte forma: após as considerações introdutórias, o item dois versará sobre a atual conjuntura da saúde no Brasil, buscando articular o processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, destacando a Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande PB; a trajetória do Serviço Social na Saúde e na Saúde Mental e por último, destaca-se o CAPS II, Serviço Social da instituição e a contribuição do Assistente Social no CAPS.

2-REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surgiu na segunda metade da década de 1970, a partir da articulação de setores da sociedade que defendia a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços no Brasil. Nasceu no contexto da luta contra a ditadura e se estruturou nas universidades, no movimento sindical popular e em organizações de serviços, que lutavam para a melhoria das condições de saúde dos brasileiros. Teve como base

o processo de redemocratização do Estado brasileiro de direito e direcionou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como estrutura uma

[...] proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 19).

Neste processo, o Movimento Sanitário cresceu e ganhou representantes através dos profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, na luta pela reestruturação do nosso sistema de saúde, pela transformação do modelo em vigor do setor saúde e por uma sociedade democrática.

O marco deste movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujas propostas foram defendidas na Assembléia Nacional Constituinte criada em 1987, e trouxeram como resultado um conceito ampliado de saúde, que é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4). No art. 196 da Constituição Federal dispõe que

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.55).

Nesse sentido, a Carta Magna adotou grande parte destas idéias e garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num direito de todos e num dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para a *promoção, proteção e recuperação* da saúde.

A *promoção* da saúde tem como princípios a atenção aos seus fatores condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade e o risco de doença da comunidade e a união dos diversos setores da sociedade nas ações. A *proteção* da saúde significa reduzir ou eliminar riscos, por meios de ações específicas, como vacinação, combate a insetos e transmissores de

doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de camisinha, controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologia médica. *Recuperação* da saúde requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou seqüelas (PAIM, 2009).

O art. 194 da Constituição Federal (CF) vigente traz o conceito de Seguridade Social que “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2008, p. 54). A partir da CF/88, a Assistência Social passou a fazer parte do tripé da Seguridade Social (juntamente com a previdência e a saúde), sendo uma política não contributiva de direito do cidadão que dela precisar.

A Seguridade Social foi fruto das lutas dos trabalhadores e dos movimentos sociais que lutavam pela reestruturação das políticas sociais, especialmente as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social. Dentre as reivindicações, se destacavam: um sistema de saúde universal, gratuito, políticas de assistência que não se assemelhassem as práticas assistencialistas focalizadas e residuais, e um avanço na cobertura da previdência social. Neste sentido, a referida Constituição representou uma expressiva mudança no tratamento dado às políticas sociais, sendo que a assistência a saúde foi uma das áreas em que os avanços foram mais significativos.

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), aprovada em 19 de setembro de 1990, composta pela lei 8.080/90 e complementada em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8.142/90. A lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Já a lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O SUS tem como princípios a universalidade, que garante o direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade que é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (PAIM, 2009).

A integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar (PAIM, 2009, p. 60).

Quanto às diretrizes do SUS, além daquelas aprovadas na Constituição (descentralização, integralidade e participação da comunidade), destacam-se: divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2009).

A LOS esclarece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (parágrafo terceiro). Sendo assim, se quisermos melhorar a saúde da população, temos de atuar sobre esses determinantes que estão ligados à condição de vida dos usuários.

Na tentativa de melhorar o panorama da saúde no país e dando continuidade ao processo de Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de ampliar o acesso à saúde através de uma política de inclusão social. A ESF é a porta de entrada do sistema e estar articulada aos demais níveis de complexidade.

Percebeu-se então, a emergência e a necessidade de uma mudança na conjuntura política da saúde no Brasil e a reorientação das práticas de saúde. Observemos o que nos apresenta o Ministério da Saúde (2000) sobre o SUS:

O sistema único de saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada é permitida participar deste sistema de maneira complementar. O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2000, p. 05).

Nos anos 1990, apesar dos obstáculos, o SUS sobrevive até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que por sua vez ocorreu porque as forças sociais organizadas em prol do movimento de reforma sanitária conseguiram incorporar suas premissas na Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a consagração do

direito à saúde como preceito constitucional e a existência de um arcabouço jurídico-legal pleno, de cunho universalista e igualitário (DALLARI, 1995).

Houve inúmeros avanços da política de Saúde no contexto do SUS, pois ele transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas, atendendo milhões de pessoas através de agentes comunitários e equipes de saúde da família, através de procedimentos ambulatoriais, consultas, internações, oferecendo também exames laboratoriais, partos, ultrassons, tomografias e ressonâncias, seções de fisioterapia, ações de vigilância sanitária, vacinas, transplantes, cirurgias, cirurgias cardíacas, seções de radio e quimioterapia, seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo.

Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007, p. 20).

Na esfera implementada na política social pelo governo de Luiz Inácio da Silva - Lula houve inúmeros programas voltados para população onde a maioria deles traz demandas para o Serviço Social, entre eles, destacamos o Programa Fome Zero, a Reforma da Previdência Social, a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implantação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Na área da saúde foram implantados 94 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU em 606 municípios, com 901 ambulâncias distribuídas. De 2003 a maio de 2005 foram criados 2.260 novos leitos nas Unidades de Tratamento Intensivo – UTIs. O Governo Federal priorizou a saúde da família como eixo da atenção básica que conta com 24 mil equipes espalhadas pelo Brasil. Os dados sobre o mercado de trabalho do Serviço Social indicam que a saúde continua sendo uma das áreas de maior absorção de profissionais, (perdendo apenas para a assistência social), mas vale ressaltar que no período do Governo Lula aumenta a inserção no nível da atenção básica, até pela ampliação das unidades básicas de saúde, muitas delas vinculadas à estratégia de saúde da família. Além disso, há uma ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que está absorvendo um bom número de Assistentes Sociais.

Simultaneamente ao Movimento de Reforma Sanitária, surgiu a Reforma Psiquiátrica que lutava por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas da saúde no Brasil, inclusive da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica tem como objetivo principal a desinstitucionalização, com a desconstrução dos manicômios e a substituição destes por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental.

No final da década de 1970, na luta contra a ditadura militar, inicia-se o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, reafirmando as bandeiras de lutas do Movimento Sanitário, que busca mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas da saúde brasileira. A Reforma Psiquiátrica além de denunciar os manicômios como instituições de violências, também propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, solidárias, inclusivas e libertárias.

Em 1978, no contexto da redemocratização, surge no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que conta com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais e que se uni ao Movimento de Reforma Sanitária, com o objetivo de mudar a saúde brasileira.

No mesmo ano, o Brasil recebeu a visita de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que inicia uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas e inspira a Lei 180, aprovada na Itália em 1978, que determina a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico. Essa lei ficou conhecida como Lei Basaglia e influenciou até hoje a psiquiatria brasileira.

Basaglia propôs uma maneira, mas abrangente de se lidar, com a Doença Mental. Esse tratamento, assim deve acontecer na comunidade, o que faz com que o Hospital Psiquiátrico perca sua razão de ser, já que ele é na verdade instrumento de repressão e local de sofrimento, e não de cuidado e assistência (BASAGLIA, 2005, p. 100).

Para Basaglia, o ideal é substituir os hospitais psiquiátricos tradicionais por serviços abertos de tratamentos e formas de atenção dignas e diversificadas de atendimento. Garantir as pessoas com transtornos mentais a livre circulação pelos serviços, comunidade e cidade, e oferecer cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece, contando com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e O Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2001).

A partir das ideias de Basaglia, o Brasil passou por progressivas mudanças na saúde mental. Em dezembro de 1987, no II Encontro dos trabalhadores em saúde mental, em Bauru, o movimento adquiriu grande força no Brasil e fomentou a concepção de uma Reforma Psiquiátrica mais incisiva e decisiva no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, e torna-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. Nesse contexto é construído o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, que tem como objetivo substituir os manicômios por serviços substitutivos de tratamento.

O MTSM expandiu-se rapidamente unindo novos sujeitos que lutavam pelo fim dos manicômios. O dia 18 de maio ficou conhecido como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, desde 1987 o movimento vem ganhando forças e organizando várias atividades culturais, artísticas e científicas no país, com o objetivo de sensibilizar e envolver novos atores sociais nessa questão. Da mesma forma, várias entidades da sociedade civil passaram a incluir o tema em seus debates de atuação.

É sobretudo este movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Em 1989, em Santos-SP, após várias mortes em uma clínica psiquiátrica conveniada ao INAMPS, a prefeitura decidiu torná-la própria e em seu lugar foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionam 24 horas, 07 dias por semana, com oficinas de geração de renda, cooperativas de trabalho e vários projetos culturais de inserção social. Essas conquistas se deram a partir do Movimento da Luta Antimanicomial e do Movimento Sanitário que mobilizou os trabalhadores da saúde no Brasil desde a metade da década de 1980 (AMARANTE, 2005).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir do ano de 1992, esse projeto inspira os movimentos sociais dos mais diversos estados brasileiros, que viabilizam as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental iniciando grandes mudanças na vida das pessoas com transtorno mental que passam a ter uma maior assistência e garantias de novos direitos. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental,

acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Na década de 1990 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Após 12 anos tramitando no Senado a Lei Paulo Delgado, n. 10.216, de 06 de abril de 2001 foi aprovada, a lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001), apoiada nessa lei, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, ou seja, no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade.

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os CAPS em suas diversas modalidades², os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospital geral no CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e a atenção básica também faz parte desta política.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil é instituída por Lei Federal n. 10.216 defende o atendimento dessas pessoas fora dos hospitais e prioriza a necessidade de sua reabilitação psicossocial. Para que isso seja realizado de forma eficaz, é necessária a implantação de medidas de apoio não só ao usuário, mas também à sua família, por isso foram criadas as Redes de Atenção Psicossociais (RAPS).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas são orientados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216, objetivando a superação do modelo asilar e garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Nessa perspectiva, prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios,

²São elas; CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, atende os municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes; CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e que necessitam de cuidados intensivos; os CAPS III são os serviços de maior porte da rede, dão cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, são serviços de grande complexidade, funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados; CAPSi, atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, em municípios com mais de 200.000 habitantes; CAPSad, atende pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, para cidades com mais de 200.000 habitantes; Emergência Psiquiátrica, são leitos em hospitais gerais que funcionam 24 horas por dia, destinados a atender pessoas em estado de emergência ou crise; Residências Terapêuticas, são moradias para portadores de transtornos mentais que passaram por longas internações psiquiátricas e que não possuem nenhum vínculo familiar (BRASIL, 2004).

na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando a inclusão social das pessoas com transtornos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, prioriza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Tem como principais objetivos: ampliar o acesso da população geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Sendo assim, a RAPS prioriza garantir o cuidado integral centrado nos territórios como também promover a autonomia, o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários (BRASIL, 2011).

As conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica no início dos anos 1990 permitiram a expansão de serviços psiquiátricos alternativos, através de atendimentos não-manicomiais, ou seja, os atendimentos passam a ser feitos em serviços alternativos como o Centro de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividade Integrada em Saúde Mental (CAIS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); hospital-dia; oficinas terapêuticas; clubes de convivência; moradia assistida; dentre outros existentes até os dias atuais.

Apesar de muitos avanços na política de saúde, o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido com a hegemonia das políticas neoliberais no Brasil, que traz uma desvalorização do trabalho humano, o desmonte das políticas sociais, a falta de assistência com os excluídos e conseqüentemente a redução do investimento público na Saúde Mental, incentivando a busca da medicalização através da indústria farmacêutica como saída para o atendimento em massa. Traz ainda, o desmonte da assistência pública nas áreas da saúde, educação, previdência, segurança, justiça e cultura.

No decorrer dos anos, podemos observar muitos avanços na política de saúde, mas a sua legislação e a própria Constituição Federal, não foi capaz de efetivar plenamente o Direito a Saúde para todos os brasileiros como um dever do Estado, tendo em vista os interesses da

classe dominante em reafirmar a saúde como mercadoria neste processo de contra reforma³ do Estado.

Desde o governo Collor nos anos de 1990, com o projeto de Reforma do Estado começa os ataques contra a política de saúde e contra o recém-criado SUS, querendo assim a implantação do projeto privatista para reduzir os direitos conquistados na Constituição Federal de 1988. No projeto privatista, o papel do Estado é garantir o mínimo as pessoas que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, enquanto no projeto de reforma sanitária o Estado assume total responsabilidade sobre a política de saúde.

No ano de 2002, é eleito o novo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, um representante sindical, vindo de origem popular e representante dos trabalhadores que desperta no povo a esperança de um futuro melhor com relação às políticas públicas, em especial a política de saúde. Era esperado que o processo de RSB fosse retomado e que o SUS fosse efetivado, mas acontece o contrário, o governo da continuidade ao subfinanciamento da Seguridade Social.

De acordo com Bravo (2006, p. 52), apesar das expectativas de fortalecimento do projeto da reforma sanitária, o governo Lula subordinou as políticas sociais à lógica econômica conservadora e aos ajustes e contra reforma neoliberal, verificou-se que a política macroeconômica do governo anterior foi mantida e as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. No entanto, no atual governo Michael Temer, o que temos é o fortalecimento do projeto privatista.

Neste sentido, surge o redirecionamento do papel do Estado influenciado pela política neoliberal, que no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e educação.

Diante desse cenário de crise surgiu em 2010 a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS), composta por fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários que tem como objetivos defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, luta contra a privatização da saúde e defende a Reforma Sanitária. A FNCPS defende a Reforma Sanitária formulada nos anos 1980 e luta contra todas as formas de privatização da saúde e contra os novos modelos de gestão como as OSs,

³ Contra Reforma (1990 no governo Collor), se desenvolveu no governo de FHC – começa os ataques contra a política de saúde e contra o SUS, a prioridade do Estado era atender a classe dominante que defendia o Projeto Privatista.

Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), Fundações Estatais de Direito Privado e a EBSEH (FNCPS, 2011).

De acordo com Costa (2016), o neoliberalismo vai imprimir uma nova ofensiva à política de saúde mental concretizada nas Organizações Sociais de Saúde, que, em última instância, configuram-se como estratégia do capital na saúde mental.

Em 2011 foi criada, por meio da Lei nº 12.550, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), uma empresa pública de caráter privado, que representa uma séria ameaça para o SUS, consolidando o projeto privatista em curso. Em contrapartida o Serviço Social como forma de luta e resistência se vincula a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) para defender o SUS público, estatal e gratuito para todos.

Nesse mesmo ano, Dilma Vana Rousseff assume a Presidência da República, seguindo a mesma linha do governo anterior, onde a saúde não foi considerada prioridade. Diante da crise mundial enfrentada pelo Brasil, a medida tomada pelo governo federal é a redução dos gastos com políticas sociais, principalmente com a saúde e a educação.

Dilma aprovou a Lei nº 13.097/2015 que sucateia o sistema de saúde público e estimula a entrada de capital estrangeiro na saúde; as privatizações com as fundações privadas, OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), EBSEH, parcerias público-privadas (PPP); a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 45/2014 que propõe a todo trabalhador a obrigatoriedade de plano de saúde privado; a proposta da OMS sobre a Cobertura Universal da Saúde que atende o mercado; entre outras (CFESS, 2015).

Em 2015, a presidente nomeia para o Ministério da Saúde Marcelo Castro do PMDB, que em dezembro de 2015 põe a coordenação de Saúde Mental nas mãos do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho⁴, responsável pela maior clínica privada da América Latina. Valencius defende a retomada de credenciamento dos hospitais psiquiátricos querendo voltar ao modelo manicomial de trancar os pacientes que sofrem de transtorno mental, causando assim um retrocesso para a saúde mental e gerando grande indignação por parte do movimento antimanicomial em todo país, que realizou muitas mobilizações em Brasília e nas principais cidades do país durante vários meses.

No dia 12 de maio de 2016, a Presidente Dilma é afastada do governo e quem assume a presidência em 31 de agosto do mesmo ano é o Vice-Presidente Michel Temer. No seu mandato os ataques ao SUS continuam, com a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que

⁴ O médico responsável pela Casa de Saúde, Dr. Eiras, a maior clínica psiquiátrica privada da América latina, clínica esta denunciada por maus tratos e violação dos direitos humanos, sendo objeto de intervenção do próprio ministério da saúde e do Ministério Público (VASCONCELOS, 2016, p. 68).

tem como objetivo conter os gastos públicos na educação, saúde, previdência e assistência social por 20 anos e estabelece que as despesas da União só possam crescer conforme a inflação do ano anterior, e tem como consequência o retrocesso dos serviços prestados à população e o mal atendimento nos hospitais, escolas e outros setores públicos.

Temer defende a implantação de um plano de saúde “popular”, onde os usuários teriam acesso a um conjunto menor de serviços de saúde ofertados pela cobertura mínima exigida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Garantindo que o seu baixo custo produzia uma melhoria na sustentabilidade financeira do SUS. Ou seja, indo totalmente em contramão do que foi apresentado na constituição de 1988 onde, a saúde passou a ser entendida como “*direito de todos e dever do Estado...*” as declarações feitas pelo atual Ministro Ricardo Barros, evidenciam claramente o processo de desmantelamento do SUS.

A FNCPS em nota no dia 05 de agosto de 2016 afirmou que:

A Nomeação do deputado federal pelo Partido Progressista do Paraná Ricardo Barros para o Ministério da Saúde deixa claro qual vai ser o tom desse governo para a Saúde: o mesmo não apresenta nenhuma vinculação com a área, exceto sua relação com o setor privado, onde o maior doador individual para sua campanha a deputado federal foi o presidente do Grupo Aliança, empresa que comercializa planos de assistência médica e odontológica. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016)

A criação de um plano “popular” de serviços de saúde é a desaprovação das propostas anteriores da possibilidade de que o Estado possa ceder a todos os cidadãos serviços de saúde de qualidade e eficiência, perdendo-se a concepção de saúde como direito de cidadania.

A proposta da Política de Saúde construída passa por um desmonte. A saúde fica de forma mais intensa e mais explícita vinculada ao mercado, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, passando essa responsabilidade para o setor privado.

Nesse contexto, dois projetos entram em disputa: o projeto da RSB, que luta para assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautado na concepção de Estado democrático e de direito, que é responsável pelas políticas sociais, inclusive da saúde; e o projeto privatista que tem como propostas: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997).

Esse atual cenário nos mostra os desafios enfrentados pela reforma psiquiátrica juntamente com o SUS e os profissionais da saúde que lutam contra a investida do capital para evitar o retrocesso nas políticas sociais, a privatização da saúde e de outras políticas, a precarização do trabalho por meio das terceirizações, a redução de gastos com a saúde, entre outros;

No item a seguir vamos abordar as conquistas e os desafios da Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande PB.

2.1 Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB

No ano de 2004, o Ministério da Saúde resolveu intervir judicialmente em dez hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS (nos estados da Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Minas Gerais), após as avaliações do PNASH/Psiquiatria e de várias denúncias sobre maus-tratos de movimentos organizados da sociedade (BRASIL, 2006).

O município de Campina Grande, localizada no interior da Paraíba, atendia a maior parte da demanda de saúde mental da região através de dois hospitais psiquiátricos, o Hospital Dr. João Ribeiro (ICANERF) e o Hospital Psiquiátrico Dr. Maia, ambos de médio porte.

O Hospital João Ribeiro foi fundado em 07 de setembro de 1963, com suas instalações, oferecendo serviços de saúde com várias especialidades na época, principalmente de Psiquiatria, no dia 28 de abril de 2005, o Jornal da Paraíba apud Sales, 2006, traz em sua capa de reportagem: “Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no Hospital”.

[...] os relatos são de pessoas que tomavam banhos juntas cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada por um funcionário que, mecanicamente parece limpar elefantes, como aquele de circo... O quadro foi complementado por ambientes, na maioria das vezes sem luz e sem banheiros... além de estoque empobrecido de comida, um déficit considerável na farmácia do hospital. O estoque de medicamentos não apresentava o que era necessário para a manutenção mínima do hospital (SALES, 2006, p 59).

O hospital funcionava em condições desumanas, seus usuários eram mal tratados, não havia higiene e alimentação de qualidade, eles ficavam nus em meio a fezes e urina, era um caos total, enfim, não havia a mínima condição do hospital funcionar.

Após sucessivas avaliações negativas do Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria) começou a tomar curso o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro. Em 30 de junho de 2005 o Hospital foi descredenciado pelo SUS e a maior parte de seus pacientes foi encaminhada para o Serviço de Referência Mental de Campina Grande, e depois foram transferidos para a Emergência Psiquiátrica, hoje situada no Hospital Dr. Edgley.

Através de várias negociações com os gestores federal, estadual e municipal, os serviços disponíveis no município de Campina Grande PB, são reorganizados, é habilitado no Programa de Volta para Casa e passa a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Novos Tempos), implementado em dezembro de 2003, que trouxe uma nova perspectiva de atendimento a pessoa em sofrimento psíquico, rompendo com longos anos de modelo hospitalocêntrico. Em agosto de 2005 foi inaugurada a Residência Terapêutica Feminina, sendo aprovadas ainda mais três unidades.

Destaca-se, nesse processo, o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica que reuniu três estados vizinhos: Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco, onde ocorreu uma avaliação da situação da atenção em saúde e o planejamento da expansão da rede extra-hospitalar, de acordo com os preceitos da reforma (BRASIL, 2005). O processo de desinstitucionalização e reorganização da atenção em saúde mental no município de Campina Grande no período compreendido entre 2003 e 2006 era considerado pelo Ministério da Saúde como exemplar em nível de país. No prazo de um ano, o município obteve avanços significativos para reestruturar e ampliar a nova rede psicossocial para os municípios da macrorregião (BRASIL, 2006).

Em 2002, o município criou a lei nº 4. 068, fixando as diretrizes sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de transtorno mental, onde determina a implantação de ações e Serviços de Saúde Mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em conformidade com a lei nacional nº 10.216.

Desde a fundação do CAPS II em 2003, houve muitos avanços na saúde mental do município. Além do pioneirismo, que serviu de referência para a criação dos demais serviços substitutivos (CAPS AD, CAPS III, CAPSI, CAPS I, Emergência Psiquiátrica, Residências Terapêuticas) na cidade, o CAPS II avançou em alguns aspectos: melhoria da qualidade de vida dos usuários e da família; redução das hospitalizações dos usuários; investimento em capacitação da equipe; parceria com instituições profissionalizantes e de geração de renda;

estímulo as potencialidades dos usuários; I Conferência de Saúde Mental, em 2010, realizada pela gestão municipal.

No CAPS II Novos Tempos são atendidos usuários adultos, de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais severos. O mesmo atendimento também é dispensado aos usuários do CAPS III Reviver. No CAPS AD o atendimento é feito a jovens e adultos de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, do álcool e outras drogas. As crianças e jovens de 07 a 17 anos também recebem atendimento especializado, através do CAPS Infantil Viva Gente e do CAPSI– (Centro Campinense de Intervenção Precoce), este último atendendo crianças desde o nascimento até os 14 anos com síndromes, paralisia cerebral, hidrocefalia ou qualquer transtorno que cause danos à constituição subjetiva (Prefeitura Municipal de Campina Grande, 2006).

São cerca de mais de 1.500 jovens e adultos atendidos nos CAPS II, III e no CAPS AD e cerca de 800 crianças e adolescentes atendidos no CAPSI. Além destes serviços contamos ainda com seis residências terapêuticas que dá assistência a 48 pessoas, e uma Unidade de Emergência Psiquiátrica em um Hospital Geral com 20 leitos, estes irrisórios diante da demanda no nosso município, desta forma, aos casos em crise onde a família não sabe o que fazer com o seu “doente” ou em caso de usuários de drogas, primeira opção de tratamento ainda é a Clínica Psiquiátrica Doutor Maia⁵, que após a extinção do João Ribeiro tenta se adequar a reforma psiquiátrica, contraditoriamente a lógica da reforma psiquiátrica de extinguir esses serviços, porém diante da nossa realidade infelizmente ainda continuamos a respaldar esse serviço, diante do vazio relacionado ao atendimento à crise no município(SALES, 2006).

Dentre as violações aos direitos, podemos citar: perda de autonomia e identidade dos usuários; longos períodos de internamento em torno de 30 dias; grandes números de reincidência dos mesmos usuários; ausência de atividades e ações continuadas que levem esses usuários a se inserirem novamente na comunidade; violação dos direitos humanos e sociais. Assim, faz-se necessário cumprir os princípios da Reforma Psiquiátrica, em busca da expansão dos serviços direcionados à crise, para que os usuários sejam respeitados nas garantias dos seus direitos.

⁵A Clínica Psiquiátrica Dr. Maia foi criada em 1966, em um período de ditadura militar, e desde então se destina ao atendimento aos usuários em sofrimento mental. A mesma tem uma dinâmica de instituição total, e mesmo diante de um processo de mudança dos modelos tradicionais, ainda existe relatos de violação aos direitos humanos de sujeitos que há anos sofre maus tratos e exclusão social.

Diante do exposto, vamos tratar no item seguinte como se deu a inserção do Serviço Social na Política de Saúde e na Saúde Mental.

3.O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Antes da década de 1930, as ações assistenciais eram diretamente ligadas à Igreja Católica e o surgimento do Serviço Social está diretamente ligado a entidades religiosas e filantrópicas, que implantaram as primeiras escolas de Serviço Social. A partir da década de 1930, a sociedade brasileira passou por várias alterações como, o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais em resposta as reivindicações dos trabalhadores. É nesse contexto que surge a questão social⁶, que se torna a base de atuação do Assistente Social.

Em 1948, surgiu o novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade”. Sendo assim, o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas fundamentais como: alimentação, habitação, acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação.

Com isso, a área da saúde passa a absorver um grande número de Assistentes Sociais para atuar nos aspectos biopsicossociais, consolidando uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde.

Para Bravo (2013) o Serviço Social surgiu como um dos mecanismos institucionais movimentados pelos representantes do capital, para atuar na reprodução da totalidade do processo social, com o objetivo de contribuir para atenuar ou até mesmo controlar os efeitos das contradições criadas pelo capitalismo.

A expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional (...) nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2006, p. 198).

⁶ A “expressão “questão social”, tem um histórico recente, começou a ser utilizada na terceira década do século XIX, surge para nomear o fenômeno do pauperismo. A pauperização da população trabalhadora é o resultado do capitalismo industrial e crescia da mesma maneira que aumentava a produção” (NETTO, 2001 p. 42).

Segundo Bravo (2006) as múltiplas manifestações da chamada “questão social”, em particular a de saúde, precisavam transformar-se em questão política, com a intervenção do Estado e a criação de novos aparelhos que beneficiassem os assalariados, que se transformavam em importantes sujeitos sociais no cenário político.

Neste período a saúde foi dividida em dois subsetores: o da Saúde Pública, que predominou até meados dos anos 1960 e era responsável pela promoção e prevenção, com destaque nas campanhas sanitárias e combate às endemias; e a Medicina Previdenciária, que teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Este modelo de previdência atendia somente os trabalhadores com carteira assinada. O Serviço Social estava vinculado à assistência médico-previdenciária desenvolvido pelas instituições do Estado e as ações de educação em saúde eram desenvolvidas pela igreja católica pelos primeiros Assistentes Sociais que se voltaram para a filantropia e a caridade.

Nos anos 1960 surgiu no Brasil e na América Latina o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de formas diferentes em cada país. A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, frente às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora pelo Estado e para atender as novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

O profissional de Serviço Social luta pela ruptura do conservadorismo, buscando a reatualização do tradicionalismo profissional, onde passa a contestar os projetos profissionais até então válidos de acordo com as especificidades de cada país e a supremacia norte americana. Este movimento reflete no Brasil, de acordo com Netto, (2007), como um movimento de Renovação do Serviço Social, pois para o autor, não houve uma erosão do conservadorismo, mas um processo de tecnificação predominante, com a convivência dos projetos profissionais representados pela modernização conservadora, reatualização do conservadorismo, e intenção de ruptura.

Foi nesse momento, onde o Serviço Social passou pelo processo de renovação, o Brasil se encontrava em um momento de grande agitação política pelo fim da ditadura militar e simultâneo a redemocratização do país, evidencia-se a força do movimento de reforma sanitária, onde lutou pela universalização do acesso a saúde, compreendendo que este era direito de todos e um dever do Estado. O Serviço Social recebia as influências dessa conjuntura de luta política, contudo a preocupação central da categoria nesse momento era a disputa pela nova direção a ser dada a profissão, por esse motivo não foi identificada uma

participação diretamente ligada ao movimento pela reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2009, p. 204).

Em meados da década de 1970, inicia-se uma mudança no perfil profissional, os panoramas latino-americanos naquele período possuíam certa diversidade de perspectivas que orientarão a profissão até os dias atuais: a modernização conservadora, a intenção de ruptura e o tradicionalismo. O Serviço Social recebeu na saúde as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais e sua ação seria principalmente atender aos trabalhadores o direito na assistência médica previdenciária (BRAVO, 1996).

Sendo assim, os profissionais aumentaram sua atuação para desenvolvimento de ações de assessoria aos setores populares, atividades de execução, áreas de planejamento, administração, pesquisa, acompanhamento, análise de programas sociais.

A década de 1980 é considerada como um marco para política de saúde. Com o advento da Constituição Federal de 1988 onde o conceito de saúde é contido na Lei 8.080/1990 que ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei 8.080/1990, artigo 3).

Nestes termos o SUS foi criado pela CF/88 para que a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Onde vale a pena salientar, que essa importante conquista de saúde como direito de todos ocorreu através de inúmeras lutas a exemplo dos movimentos sociais, do movimento de Reforma Sanitária, da VIII Conferência nacional de saúde entre vários outros.

Em tal contexto, a atuação do Serviço Social na saúde se dava no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de Caso), sendo a preocupação com a saúde, uma questão política, explicitada somente na virada da década de 80 para 90, quando houve a mudança do conceito “saúde” e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

Bravo (2013) considera que, a área da saúde é o principal campo de absorção de profissionais de Serviço Social, por conta do “novo” conceito de saúde elaborado em 1948,

que enfoca os aspectos biopsicossociais e determina a requisição de outros profissionais para atuar no setor, além dos médicos, o Assistente Social.

Com a consolidação do SUS, a saúde passou a ser um dos maiores campos de atuação dos Assistentes Sociais, pois a saúde passou a ser compreendida como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

Para Abreu, (1999, apud BISNETO, 2007, p. 36), com a implantação do SUS no início de 1990, a saúde passa a ser o maior campo de trabalho do Serviço Social.

Desde 1990, com a aprovação da Lei 8.080 – que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliou o conceito de Saúde para além de sua dimensão curativa – os Assistentes Sociais tornaram-se protagonistas nesse processo (...). Hoje, a Saúde emprega boa parte dos 56 mil assistentes sociais existentes no Brasil, constituindo-se assim em seu principal mercado de trabalho.

Para atuar na área da saúde, os Assistentes Sociais precisam conhecer alguns conceitos fundamentais como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, pois desde que o conceito de saúde mudou os profissionais inseridos em tal espaço devem buscar atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde. Além de conhecer os Parâmetros que orientam a intervenção profissional nessa área.

O documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS.

De acordo com este documento, para o Assistente Social ter uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, o profissional deve estar articulado com o Projeto Ético Político e o Projeto de Reforma Sanitária, sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, entre outros.

O Projeto Ético-Político tem suas raízes no processo de recusa e crítica do conservadorismo profissional, porém, só conquistou hegemonia no Serviço Social no Brasil, na década de 1990. Este projeto tem em seu eixo o reconhecimento da liberdade como valor central; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos e consequentemente, está vinculado a um projeto societário que propõe a

construção de uma nova ordem social, sem exploração, dominação de classe, etnia e gênero. Afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e repudia todas as formas de preconceitos, contemplando o pluralismo na sociedade e no exercício profissional.

Sua dimensão política se posiciona a favor da equidade e justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços ligados às políticas e programas sociais; a ampliação e consolidação da cidadania, postas como garantia de direitos civis, políticos e sociais dos trabalhadores. Na dimensão profissional, o projeto se compromete com a competência, que tem como base o aperfeiçoamento intelectual do Assistente Social, através da formação acadêmica de qualidade, preocupada com a formação permanente e investigativa.

O projeto prioriza uma nova relação com os usuários, através do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e à participação dos usuários, e nota que o desempenho do projeto só será possível, se os Assistentes Sociais se articularem com os segmentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas semelhantes.

Segundo o documento do CFESS, que referencia a intervenção dos Assistentes Sociais na saúde, as atribuições e competências dos profissionais nessa área ou em outro espaço ocupacional são orientadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão (ambos de 1993) e devem ser respeitadas pelos profissionais e pelas instituições. Na saúde os Assistentes Sociais atuam em quatro grandes eixos: Atendimento direto aos usuários (que ocorre nos diversos espaços de atuação profissional, desde atenção básica até as ações de média e alta complexidade que predominam no atendimento sócio assistenciais, ações de articulação interdisciplinar e sócio educativas; Mobilização, participação e controle social (envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social dos usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais, que tem como objetivo contribuir na organização dos usuários para reivindicar os seus direitos; Investigação, planejamento e gestão (tem como objetivo fortalecer a gestão democrática e participativa, através da inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional; Assessoria, qualificação e formação profissional (visam o aprimoramento profissional, através da educação continuada aos trabalhadores da saúde, da gestão, dos conselheiros e representantes da comunidade e tem como objetivo melhorar os serviços prestados aos usuários. É importante que esses eixos não sejam compreendidos de forma fragmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

Em 1990 foi o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, e identifica-se que, nesse contexto, os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, passam a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social. Conforme pontua Bravo e Matos (2006, p.206):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimentos humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Há uma relação entre o Projeto Ético-Político e o projeto de Reforma Sanitária nos seus principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios e os dois são construídos no processo de redemocratização do país na década de 1980, pois as demandas populares e a mobilização dos trabalhadores exigem transformações políticas e sociais que surgem da articulação dos dois projetos que são propostos para a sociedade.

3.1. Serviço Social na Saúde Mental

Em saúde mental, as primeiras práticas dos Assistentes Sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) em 1946, que foi uma experiência importante na conformação do modelo do “Serviço Social Clínico” (VASCONCELOS, 2000c: 163 e 184). Essas práticas iniciais eram muito diferentes da direção que o Serviço Social vem assumindo atualmente, pois predominavam abordagens sobre a higiene mental.

Nessa época, o número de profissionais trabalhando na área era muito pequeno, devido ao número de hospitais dos IAPs também ser reduzidos. O número de clínicas psiquiátricas também era pequeno e não há registros de Assistentes Sociais empregados.

No ano de 1964, após o golpe de Estado, o governo instaurou reformas no sistema de saúde e previdência, e houve um grande aumento do número de hospícios no Brasil, com a administração centralizada e a privatização do atendimento. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriu muitas clínicas psiquiátricas, aumentando a chance de empregar Assistentes Sociais na área de saúde mental.

Em 1970, os hospitais psiquiátricos são obrigados pelo INPS a inserir assistentes sociais em seu quadro:

(...) é a partir de 1973 – quando o MPAS [sic]⁷ enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la – que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas. (SOUZA, 1986: p. 118)

A partir desse momento os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir somente com a regulamentação do Ministério. Esses profissionais além de receberem um salário muito pequeno, ainda não tinham funções definidas, estavam ali só para cumprir uma norma.

No final dos anos 1960, o maior problema para o governo não era a loucura, pois está era controlada pelos psiquiatras, psicotrópicos e aparelho asilar, o maior problema era a pobreza, o abandono, a miséria, que gritava aos olhos da sociedade. Para amenizar esse problema, os assistentes sociais foram demandados pelo Estado para executar políticas sociais na área da saúde mental para atender aos “necessitados”.

O Serviço Social entrou objetivando as novas visões em Saúde Mental: atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária (SOUZA, 1986, p. 31). Esse modelo também respondia a psiquiatria preventivista presente nos Estados Unidos na década de 1960.

A inserção dos assistentes sociais na saúde Mental no Brasil após 1964 segue o mesmo caminho da modernização conservadora dos aparatos do Estado, com a oferta de serviços médicos e assistenciais aos trabalhadores, a centralidade desses serviços através da junção dos institutos de várias categorias profissionais, na busca de legalização da ditadura militar para instalar o capitalismo monopolista dependente e gerenciar os serviços públicos.

Em 1970, os militantes das várias correntes de psiquiatria e psicologias alternativas se reuniram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e organizaram congressos em níveis regionais e até nacionais, dos quais na década de 1980, se originou o que chamamos de Movimento de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995 apud VASCONCELOS, 2000).

Nos anos 1980, surgem novos fatos relacionados ao Serviço Social e a Saúde Mental. O Movimento de Reforma Psiquiátrica adiciona novas mudanças que afetam o Serviço Social. Na desinstitucionalização, as instituições psiquiátricas precisam ser analisadas coletivamente (essa é a proposta: as instituições devem ser colocadas em xeque), urgem ser postas em

⁷O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado ainda em 1974.

autocrítica e auto avaliação (BASAGLIA, 1991). Assim como também, devem abrir espaço para outros saberes e poderes, incluindo nesses espaços o assistente social.

No que se refere ao contexto dos anos 1990, foram emitidas duas portarias ministeriais, a de n. 189, de 19/11/1991, e a de n. 224, de 29/1/1992, do Ministério da saúde, que representavam “o aumento na quantidade dos recursos humanos e o aumento das diferentes categorias profissionais incorporadas aos serviços” (WASKMAN,1998, p. 47). Esse fato permitiu uma grande abertura para o exercício profissional do Serviço Social na saúde mental, devido à formação social e política dos Assistentes Sociais.

Em seguida vamos falar sobre o CAPS II e a contribuição do Assistente Social para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica na referida instituição.

4. O CAPS II NOVOS TEMPOS: NOTAS PARA O DEBATE

O CAPS II Novos Tempos, situado no Município de Campina Grande/ PB, foi fundado em 18 de dezembro de 2003 e regulamentado pela portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 que organiza o funcionamento dos serviços substitutivos de saúde mental no Brasil. O serviço começou a funcionar em 08 de janeiro de 2004 após regularização dos documentos e requisitos necessários para o seu funcionamento na Rua Getúlio Vargas, 673 – Centro, onde permaneceu até abril de 2007.

Atualmente está localizado na Rua Fernando Gomes de Araújo, 81, - Catolé, um dos bairros mais nobres localizado na zona sul da cidade de Campina Grande-PB. É um dos maiores bairros de Campina, que junto com o Mirante e Itararé compõe moradias de classe alta. O bairro possui escolas públicas e particulares, shoppings, universidades, terminal rodoviário, hemocentro, estádio de futebol, parques, praças, igrejas, indústrias, comércios e atualmente está em constante expansão e verticalização. O prédio dispõe de 01 sala de psicologia, 01 sala de enfermagem, 01 sala médica, 01 sala de serviço social, cozinha, 01 sala de espera, recepção, 01 sala de grupo de família, 03 banheiros, 01 sala para oficina interna e outra externa, 01 varanda.

O CAPS II foi o pioneiro no município de Campina Grande/PB e com a sua implantação foi absorvida progressivamente a demanda de psiquiatria do Serviço Municipal de Saúde, que foi extinto em 2004. Seu objetivo era oferecer serviços ampliados e humanizados em saúde mental às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, minimizando

as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os usuários do CAPS II são adultos com transtorno mental, residentes nos Distritos Sanitários I, III, IV⁸. Além desses distritos, o CAPS II atende pessoas residentes em municípios pactuados⁹.

O projeto institucional (PI) elaborado no CAPS II é uma sistematização da estrutura que o serviço pode oferecer e de que forma pode fazê-lo. Delimita as ações nas situações mais rotineiras do serviço e projeta medidas em situações que possam vir a ocorrer. Estabelecem direitos e deveres de todos da instituição, tanto funcionários como usuários e parentes. Portanto, o projeto é de fundamental importância para o bom funcionamento do serviço, visto que é uma espécie de retrato, mostrando as possibilidades e perspectivas de atendimento. Além disso, ele é dinâmico, acompanhando as transformações do Serviço, razão pela qual é discutido e reavaliado periodicamente.

Apesar dos avanços, o serviço precisa funcionar em espaço adequado para desempenho eficaz das atividades; avançar na consolidação da rede, com a territorialidade e intersectorialidade e estreitar o diálogo com os saberes da sociedade.

Atualmente a equipe do CAPS foi reduzida e agora conta com uma equipe composta por 01 Coordenadora Geral, 01 Assistente Social, 01 Psicopedagoga, 01 Pedagoga, 02 Psicólogas, 01 Educadora Física, 01 Psiquiatra, 02 Clínica com Especialização em Saúde Mental, 02 Técnicas de Enfermagem, 01 Enfermeira, 03 Auxiliares administrativas e 04 Porteiros. Infelizmente a demanda é muito grande para a quantidade de profissionais e isso acaba prejudicando um pouco o atendimento em relação ao número de usuários, visto que o serviço atende a uma grande parcela da população de CampinaGrande.

As atividades realizadas no CAPS são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que contribuem para o processo de reabilitação e ressocialização dos usuários, assim cada profissional tem sua importância nesse processo, vejamos a seguir algumas das ações desenvolvidas por eles: o acolhimento (geralmente feito pela assistente social ou a psicopedagoga), que escuta, observa e avalia o usuário para saber se o mesmo apresenta o perfil para tratamento nessa instituição, caso contrário ele é encaminhado para a rede, os que irão permanecer serão encaminhados e orientados junto com a sua família sobre o

⁸ Distrito I corresponde: Alto Branco, Centro, Jardim Tavares, Lauritzen, Monte Castelo, Nações, Nova Brasília, Santo Antônio, Vila Castelo Branco. Distrito III: Araxá, Conceição, Louzeiro, Cuités, Jardim Continental, Jeremias, Monte Santo, Palmeira. Distrito IV: Catolé, Distrito Industrial, Estação Velha, Itararé, José Pinheiro, Mirante, Sandra Cavalcante, Tambor, Velame e Vila Cabral.

⁹Serra Redonda, Riachão, Fagundes e demais municípios que não possuem CAPS.

seu projeto terapêutico; os grupos de família são espaços de compartilhar e trocar experiências entre os familiares e participantes, geralmente são ministrados pela psicopedagoga; as assembleias são realizadas pelo assistente social juntamente com os usuários, seus familiares e a equipe do serviço para discutir assuntos relacionados para o bom funcionamento da instituição; oficinas terapêuticas são espaços de interação e de aprendizados com o objetivo de promover a reabilitação e inserção social dos usuários com a família, a comunidade e a sociedade (geralmente são oficinas de pintura, reciclagem, relaxamento, dança, rodas de conversas, entre outros); atendimento psicológico individual é um espaço de escuta mais aprofundada do usuário com relação aos seus conflitos e orientados pelo psicólogo.

O CAPS tem como objetivo promover as pessoas portadoras de transtorno mental atendimento psicossocial e terapêutico através da construção de projetos individuais voltados para a inserção sócia, político, cultural ou profissional destes usuários. Neste sentido, o Serviço Social trabalha junto à equipe interdisciplinar deste serviço, sistematizando e concretizando as ações de intervenção democrática e acessíveis que possibilitem a reabilitação e reintegração sócia familiar destes cidadãos.

De acordo com o projeto institucional do CAPS o Assistente Social tem como atribuição as seguintes atividades:Ministrar palestras educativas junto aos usuários, familiares e/ou responsáveis;Orientar e/ou encaminhar a população assistida aos bens e serviços oferecidos na rede de atendimento do município;Facilitar a integração dos cidadãos usuários com outros serviços;Realizar visitas institucionais;Realizar visitas domiciliares com o objetivo de conhecer a situação socioeconômica e familiar do usuário;Promover junto à equipe, usuários e familiares assembleias trimestrais com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços oferecidos;Planejar, executar e avaliar atividades recreativas e culturais alusivas as datas comemorativas;Oferecer suporte aos usuários e/ou familiares na perspectiva de proporcionar a estes a universalização dos direitos sócios políticos e/ou profissionais;Realizar atendimento individual (escuta) e/ou grupal (grupo de família) junto aos familiares ou responsáveis pelos usuários do serviço;Realizar todos os atendimentos levando em conta os diversos aspectos de constituição do sujeito;Compor a equipe do CAPS e ter habilidade de trabalhar em equipe, colaborando na construção do projeto terapêutico da unidade;Trabalhar com oficinas terapêuticas e atividades de inserção comunitária; Incluir a população atendida nos diversos dispositivos sociais;Trabalhar com as famílias;Preencher os impressos da unidade como prontuários; Acolher os usuários; entre outros etc.

Ainda de acordo com o projeto institucional do CAPS, o Serviço Social atende adultos em sua população de abrangência. O perfil do usuário de acordo com o próprio CAPS: por gênero é 58% feminino e 42% masculino; por faixa etária é de 19 a 30 anos(3,00%), 31 a 40 anos(31,34%), 41 a 50 anos(37,06%), 51 a 60 anos(17,44%) e mais de 60 anos(11,17%); por estado civil é solteiro 60%, casado/união estável 26%, viúvo 2%, separado/divorciado 9% e outros 3%; por escolaridade é analfabeto 24%, fundamental incompleto 30%, fundamental completo 18%, médio incompleto 6%, médio completo 11%, superior incompleto 1%, superior completo 4% e ignorado 6%.

É importante ressaltar que as atribuições e competências do Assistente Social, seja qual for o campo de atuação, são orientadas e norteadas pelo Código de Ética e pela Lei Nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão e devem ser respeitados tanto pelos profissionais como pelas entidades empregadoras.

4.1 A contribuição do Assistente Social para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no CAPS II Novos Tempos de Campina Grande/PB

No CAPS, o (a) assistente social “[...] deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional” (CFESS, 2010, p.41). Nesse espaço sócio ocupacional os assistentes sociais vão enfrentar diversos desafios: trabalhar para resgatar a cidadania, a inserção social, a autonomia e a reabilitação dos usuários, assim como também trabalhar com as famílias, na geração de emprego e renda, no controle social, nos tratamentos psicoterapêuticos e sociais, entre outros.

O Assistente Social deve possuir habilidades necessárias para atuar na área da saúde mental, de forma a compreender a realidade do sujeito além do aparente, ou seja, visando identificar o contexto das relações sociais e a dimensão do sujeito que vivencia o transtorno mental, atuando ainda nas diversas expressões da questão social, que se manifestarem. 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” (VASCONCELOS, 2007, p. 518).

No CAPS, o assistente social tem o compromisso de proteger e garantir os direitos dos usuários, como ressalta na Política de Saúde Mental, nº. 10.216 de 06 de abril de 2001¹ que

“dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde”.

Portanto, o Assistente Social, juntamente com outras categorias profissionais tem atuado principalmente no bojo do movimento da Reforma Psiquiátrica, proporcionando aos usuários melhores condições de vida, pois ocorreram reduções no número de internações psiquiátricas e a reinserção do usuário na família e na sociedade. E é necessário que os profissionais que compartilhem dos mesmos objetivos contribuam para que todos esses direitos sejam efetivados. Pois, só assim contribuirão para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no CAPS.

No CAPS são muitas as demandas postas ao Serviço Social, vai desde uma escuta, uma orientação sobre benefícios ou encaminhamento para um serviço de saúde, daí a importância do trabalho de articulação com a rede de serviços (composta por instituições públicas e da sociedade, que se articulam e oferecem atendimentos, benefícios, serviços, entre outros para garantir os direitos sociais dos usuários), além do estudo da situação dos usuários para a elaboração do projeto terapêutico singular.

Sendo assim, o Serviço Social trabalha atendendo às demandas que chegam ao serviço e realiza os encaminhamentos necessários. Para isso são necessários conhecimentos da Política de Saúde Mental; Política do SUS; Política de Assistência Social; Projeto Ético-Político do Serviço Social e Código de ética que regulamenta a profissão.

A intervenção profissional do Assistente Social na saúde mental está articulada e comprometida com o movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam por uma efetivação ao acesso de todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde mental e da rede de serviços e direitos sociais. Entre as principais contribuições do Assistente Social no CAPS para o fortalecimento da reforma psiquiátrica verifica-se que os profissionais fortalecem e respaldam suas ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora, pois possibilitam a articulação com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade em que a maioria tivesse acesso aos direitos de cidadania.

Ainda que o trabalho nos CAPS se realize em equipe, são claras as especificidades dos Assistentes Sociais nesse espaço sócio ocupacional: a articulação com a rede de serviços como um ponto central no cotidiano profissional desses profissionais, pois esta ação é responsável pela resolutividade de outras demandas específicas, por exemplo: a viabilização de documentos civis, de benefícios assistenciais e previdenciários, de abrigo, de moradia e de ações dentro do território, destinados aos usuários do serviço. Assim, mesmo compartilhando

processos de trabalho e saberes com outros profissionais, o Assistente Social possui uma particularidade na observação, na análise dos processos sociais e competência técnica distinta para o encaminhamento das demandas, sendo essa característica reconhecida pelos componentes da equipe de saúde.

Ressalta-se que o Assistente Social é um profissional com papel decisivo, pois estabelece vínculos com os usuários e familiares. Este profissional deve desenvolver ações que promovam a integração do sujeito com o contexto o qual se insere que incluem a rede de relações sociais e o ambiente familiar

De acordo com as observações feitas durante o nosso período de inserção no estágio obrigatório no CAPS, o Assistente Social atua em conjunto com todos os profissionais da equipe, desempenhando seu papel e função de forma a contribuir para a reinserção social, familiar, de trabalho, bem como para a autonomia dos usuários na busca e garantia por seus direitos sociais e previdenciários.

Assim, o presente trabalho teve por finalidade se aprofundar quanto à contribuição do Assistente Social no CAPS II, salientamos que o estágio em serviço social na referida instituição e a observação que fora realizada no campo objetivaram apresentar o cotidiano profissional do Assistente Social vivenciado no CAPS, seus desafios éticos e os instrumentais utilizados para a execução de suas funções dentro da política de saúde para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo nos permitiu a compreensão sobre a prática profissional do assistente social na saúde mental contribuindo de uma forma muito significativa para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no CAPS II. Pois, é através da atuação profissional do assistente social, que são desenvolvidas ações integrais no atendimento e acompanhamento das pessoas que necessitam desse serviço.

Assim entendemos que a Política de Saúde mental do município deve ser revisada, uma vez que, o atendimento integral, deve se dar a partir de serviços substitutivos, respeitando a equidade no atendimento e nas relações, visando atendimentos que cumpram os princípios da Reforma Psiquiátrica da equidade.

A Reforma Psiquiátrica, tomando como desafio a desinstitucionalização, esse processo tem sido discutido e entendido com uma certa variedade de conceitos e consequências.

Segundo o conceito defendido pela reforma, e isso não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. Envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

Apesar dos avanços, o serviço precisa funcionar em espaço adequado para desempenho eficaz das atividades; avançar na consolidação da rede, com a territorialidade e inter-setorialidade e estreitar o diálogo com os saberes da sociedade, para que assim, os objetivos da reforma psiquiátrica sejam atingidos.

ABSTRACT

This article aims to analyze the contribution of the Social Worker in the Center for Psychosocial Care New Times, in the city of Campina Grande PB, to strengthen the Psychiatric Reform, through the report of the experience of compulsory training in Social Work and observation in this institution. To this end, we seek to understand the current health situation in Brazil and to articulate the process of Sanitary and Psychiatric Reform, highlighting the Psychiatric Reform in the city of Campina Grande PB; the trajectory of the Social Service in Health and Mental Health and finally, the CAPS II, Social Service of the institution and the contribution of the Social Worker in this space. It is a descriptive and bibliographical work based on the experience report in the field of internship. The work allowed a brief reflection on the health policy in Brazil, as well as the contribution of the Social Worker to strengthen the Psychiatric Reform.

Keywords: Psychiatric Reform, CAPS, Social Work.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida:** A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BISNETO, J A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo. Editora Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2008, 88 p.

BRAVO, I S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A E. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p.88-110.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo, Cortez: 1996.

BREDOW, S G; DRAVANZ, G M. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental**: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>> Acessado em 23/02/2018

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/>> Acessado em 28/11/2017 às 12:00.

COSTA, N de R. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90; Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In **Política de Saúde e Inovação Institucional**: Uma agenda para os anos 90 – Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COSTA, T C R. **A política de saúde mental na contemporaneidade**: entre a inovação e o conservadorismo. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2016.

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. (Saúde em Debate, n. 72).

FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF, 2010.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Manifesto em defesa dos Hospitais Universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às Universidades, sob a administração direta do Estado: Contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (HUs) do Brasil. Disponível em <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/1uKs87ni2JZu24SH4b0R.pdf>> Acessado em 28/11/2017 às 11:14.

Lei 10216/01 | Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/100810/lei-10216-01>> Acessado em 23/02/2018 às 21:00

MOTA, A E. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p.197-217.

_____. **Serviço Social e Saúde**/... [et al], (orgs). 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília< DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

NETTO, J P. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, A E. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p. 141-160.

_____. **Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”**. In: Revista Temoralis nº 3. ABEPSS, 2003.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: **um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí**. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo10/o-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina.pdf>> Acessado em 23/02/2018 às 21:40

PAIM, J S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PLATAFORMA POLITICA SOCIAL. **Caminhos para o Desenvolvimento - Artigo 34 | Temer: políticas de saúde pobres para os pobres**. Disponível em <<http://plataformapoliticasocial.com.br/artigo-34-temer-politicas-de-saude-pobres-para-os-pobres/>> Acessado em 27/11/2017 às 12:10

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: **SUS e pactos pela Saúde**. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf> Acessado em 28/11/2017 às 12:06

REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM. **A Reforma Psiquiátrica No Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o cuidado com o Doente Mental na Família**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007> acessado em 23/02/2018 às 10:30.

SALES, L. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. 2006. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

SOUZA, É É C M de. **A prática do serviço social nas instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/MG.** Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1986.

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

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: dialogo com o marxismo e o serviço social.-** Campinas: Papel social, 2016.

VASCONCELOS, E M. **Saúde Mental e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2000c.

WASKMAN, S. **O discurso do setor privado psiquiátrico contratado pelo SUS sobre a assistência em Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado), Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1998.

REFERÊNCIA ONLINE

<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps> Acessado em 06/05/2018 às 23:01

<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html> Acessado em 06/05/2018 às 23:03