



UEPB

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

RENALLY KALLEN DA SILVA PINTO

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO
INSTITUTO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CAMPINA GRANDE**

**CAMPINA GRANDE
2023**

RENALLY KALLEN DA SILVA PINTO

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO
INSTITUTO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CAMPINA GRANDE**

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

Orientador: Prof.^a Ms. Lucia Maria Patriota

**CAMPINA GRANDE
2023**

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.

P659s Pinto, Renally Kallen da Silva.
Saúde mental e serviço social: relato de experiência no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande. [manuscrito] / Renally Kallen da Silva Pinto. - 2023.
25 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Ma. Lucia Maria Patriota, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Serviço Social. I. Título

21. ed. CDD 362.2

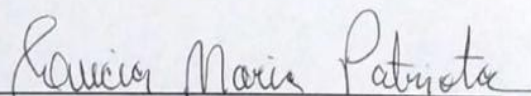
RENALLY KALLEN DA SILVA PINTO

SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO
INSTITUTO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CAMPINA GRANDE

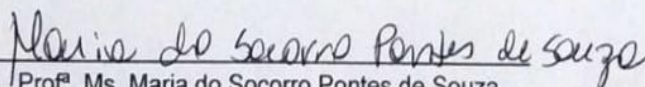
Trabalho de Conclusão de Curso
(Artigo) apresentado ao
Departamento do Curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharela em
Serviço Social.

Aprovada em: 14/06/2023

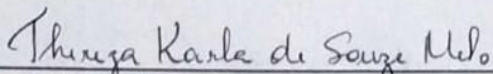
BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Maria Lucia Patriota (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Ms. Thereza Karla de Souza Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
COI	Centro de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ICANERF	Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atendimento Psicossocial
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO	06
2	BREVE RELATO DA LOUCURA NA HISTÓRIA.....	07
2.1	BRASIL: do primeiro hospício à reforma psiquiátrica	10
3	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	12
4	O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL	14
5	RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO.....	17
5.1	A saúde mental em Campina Grande - PB	17
5.2	O Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, Clínica Dr. Maia.....	18
5.3	O relato de experiência	19
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	23

SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO INSTITUTO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CAMPINA GRANDE

MENTAL HEALTH AND SOCIAL WORK: EXPERIENCE REPORT AT THE NEUROPSYCHIATRIC INSTITUTE OF CAMPINA GRANDE

Renally Kallen da Silva Pinto¹

RESUMO

O contexto que envolve a Reforma Psiquiátrica no Brasil e as mudanças ocorridas na área da Saúde Mental, acarretaram grandes desafios para a atuação dos profissionais de Serviço Social, que encontram na Saúde Mental um importante espaço sócio-ocupacional, de práticas comprometidas com o atendimento humanizado aos portadores de transtornos mentais. O presente artigo tem como objetivos: demonstrar como se estabeleceu a Política de Saúde Mental no país; abordar os desafios colocados ao Serviço Social diante da reforma psiquiátrica; e, relatar as ações desenvolvidas no estágio não obrigatório em Serviço Social no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande-PB, desenvolvido no período de março a setembro de 2018. Trata-se de um relato de experiência fundamentado pela pesquisa bibliográfica e com abordagem qualitativa. Concluímos que a experiência vivenciada no estágio no campo da Saúde Mental foi de grande contribuição para nossa formação profissional, tendo em vista ser este o momento de articulação teoria-prática e que nos coloca diante da efetividade do trabalho profissional.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Reforma psiquiátrica. Serviço Social.

ABSTRACT

The context surrounding the Psychiatric Reform in Brazil and the changes that took place in the area of Mental Health, brought about great challenges for the work of Social Work professionals, who find in Mental Health an important socio-occupational space, of practices committed to humanized care. to people with mental disorders. This article aims to: demonstrate how the Mental Health Policy was established in the country; address the challenges posed to Social Work in the face of psychiatric reform; and, to report the actions developed in the non-mandatory internship in Social Work at the Neuropsychiatric Institute of Campina Grande-PB, developed from March to September 2018. This is an experience report based on bibliographical research and with a qualitative approach. We conclude that the experience lived in the internship in the field of Mental Health was a great contribution to our professional training, considering that this is the moment of articulation between theory and practice and that puts us in front of the effectiveness of professional work.

Keywords: Mental Health. Psychiatric reform. Social Services.

¹ Discente da Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campus I. Email: renallykallen@gmail.com

1.INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi marcado por lutas e manifestações, que resultou em importantes transformações na construção de um modelo de cuidados aos portadores de transtornos mentais. Com foco nos serviços substitutivos ao modelo asilar hospitalocêntrico, objetivou resguardar os direitos das pessoas com transtornos mentais, buscando melhorias na qualidade de vida dos usuários, mediante a prestação de serviços que salvaguardassem sua autonomia e seu direito à liberdade.

A inserção do profissional de Serviço Social na Política de Saúde Mental, conforme previsto nos ideais da Reforma Psiquiátrica, foi extremamente importante, para contribuir com o processo de reconstrução da vida familiar e social dos pacientes, de luta pela humanização dos serviços e recusa de toda forma de preconceito e discriminação, na democratização de direitos socioassistenciais, e de enfrentamento à lógica privatista e mercantilista do modelo hospitalocêntrico.

Esse trabalho, de natureza bibliográfica e abordagem qualitativa, traz um relato de experiência de estágio não obrigatório, com suporte teórico de autores que abordam a temática como Foucault (2004), Amarantes (2003), Vasconcelos (2010), Bisneto (2007), dentre outros. Além de fontes diversas como revistas científicas, artigos, dissertações. De forma descritiva, foram relatados os momentos vivenciados no estágio não obrigatório em Serviço Social no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande ou Clínica Dr Maia. Foi observada a importância que o estágio tem para a formação profissional, viabilizando a aproximação indissociável da prática com a teoria, sendo ele instrumento de fundamental importância para a aquisição do saber profissional e a construção de novas reflexões sobre o cotidiano profissional.

Definimos como objetivos: demonstrar como se estabeleceu a Política de Saúde Mental no país; abordar os desafios colocados ao Serviço Social diante da reforma psiquiátrica; e, relatar as ações desenvolvidas no estágio não obrigatório em Serviço Social no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, desenvolvido no período de março a setembro de 2018.

O presente estudo justifica-se, pela importância do estágio como um instrumento de aprendizagem e experiência da prática profissional, nos mais diferentes campos do saber, como também no conhecer da atuação profissional dos assistentes sociais na área da Saúde Mental.

A escolha ou motivação pela temática em questão, se deu a partir da vivência diária com pacientes portadores de transtorno mental, não somente no período em que ocorreu o estágio, mas também decorrente de nossa inserção como recepcionista de uma instituição psiquiátrica. Tal experiência despertou nosso interesse de aproximação ao campo da Saúde Mental e o estágio no processo de formação nos deu essa possibilidade.

O presente estudo encontra-se estruturado em quatro itens. O primeiro traz um breve relato da loucura na história, enfatizando as marcas de exclusão social e tratamento desumano, que apontam para a necessidade de intervenção e novas formas de tratamento aos loucos; no segundo item abordamos a Política de Saúde Mental no Brasil mediante o processo de construção da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial, no avanço de uma rede de atendimento capaz de criar estratégias de proteção e viabilização do acesso a direitos das pessoas que vivem com sofrimento psíquico; no terceiro item tratamos do Serviço Social na Saúde Mental, seus avanços e retrocessos na política de cuidados aos portadores de transtornos mentais, diante da emergência da Reforma Psiquiátrica e o

neoliberalismo; o quarto item foi desenvolvido com base na experiência vivenciada no estágio, abordando as ações desenvolvidas no contexto institucional.

2 BREVE RELATO DA LOUCURA NA HISTÓRIA

O fenômeno da loucura está presente na humanidade desde os primórdios das civilizações, uma vez que nas mais diversas sociedades existiam pessoas com transtorno de ordem psicológica. O estudioso Michel Foucault se dedicou ao objeto da loucura, partindo da compreensão de que o modo de entender e lidar com a loucura não foram os mesmos ao longo do tempo. O autor apresentou um resgate histórico em seu livro *Doença Mental e Psicologia* (1975), refletindo sobre a loucura e situando a mesma em diferentes culturas.

Na Grécia Antiga, de acordo com Foucault (2004), os “loucos” eram apresentados a sociedade como os escolhidos pelos deuses, pois possuíam um caráter mitológico. Nesse contexto, acreditava-se que, em meio às suas crises, esses indivíduos faziam revelações divinas. A partir dessas manifestações e da leitura delas, essas pessoas apresentavam uma relevância para aquela sociedade. Dessa forma, nesse período a loucura se distanciou da exclusão social, vivenciada em outros momentos da sociedade, podendo os loucos circularem livremente na sociedade expressando sua loucura.

Nos tempos da Inquisição (século XIII), houve o rompimento entre o místico com as “revelações divinas” e o racional com o uso da razão. Nessa fase da história, a percepção da loucura como portadora da verdade foi desconstruída, afastando-se em direção contrária. Na obra *História da Loucura na Idade Clássica* (FOUCAULT, 2004), percebeu-se essa separação: como a loucura era concebida na Grécia antiga e como ela passa a ser percebida em outros momentos da história. A loucura não era mais a porta voz da verdade divina, passando a ocupar o lugar de representante simbólico de manifestação sobrenatural.

Em virtude do forte poder da igreja, o movimento da caça às bruxas, liberado pela inquisição, objetivava manter a aceitação e a concordância da crença religiosa. Assim, os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante eram considerados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores do mal e de forças malignas. (MILLANI; VALENTE, 2008 p. 4).

Na Idade Média, as pessoas com algum transtorno psíquico eram colocadas em asilos e hospitais-gerais, sendo expostas ao convívio com outros indivíduos acometidos por doenças infectocontagiosas e venéreas (lepra), assim como as formas de tratamento em nada contribuem para estabilizar seu estado emocional. A exclusão social assolou os doentes mentais, tendo em vista que eles eram depositados nesses hospitais, isolados da sociedade, sob influência de um novo modo de leitura da loucura (MILLANI; VALENTE, 2008). Assim:

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois no século XVII a partir da internação a loucura travessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação que ela tinha na época de Shakespeare e de Cervantes (FOUCAULT, 2004, p. 163).

Até então as causas dos transtornos mentais eram explicadas pelas influências das questões religiosas ou então postas como extensões divinas de forças sobrenaturais, não havia praticamente naquela época um conhecimento científico

sobre transtornos psíquicos (BRASIL, 2003). No período Renascentista, os loucos eram postos em navios, denominados de “Nau dos Loucos”, com a finalidade de serem afastados da sociedade, pois, para essa, a exclusão e o abandono era uma forma de salvação daqueles, purificando-se os muros das cidades, evitando que eles andassem sem rumo. Desse modo, conforme Millani e Valente (2008, p. 4):

No período Renascentista, os loucos eram atirados rio abaixo, como cargas insanas em embarcações que recebiam o nome de Nau de loucos. Essas embarcações dispunham de um valor simbólico, como um ritual que libertou a sociedade dos doidos. Confiar os loucos aos marinheiros era a certeza de evitar que ficasse vagando pelas cidades e de que eles iriam para longe, era torná-los prisioneiros de sua própria partida.

No século XVII, na Europa, com o modo de produção capitalista, teve-se o surgimento de duas classes sociais antagônicas: a burguesia e o proletariado, e com isso, instaurou-se a constituição de uma nova ordem nas relações sociais (NETTO, 2011). Com a emergência da ordem burguesa e em resposta ao agravamento da questão social², ficou bem evidente que a loucura foi inserida em um intenso meio de exclusão social.

Uma concepção que nega a história, que nega a práxis e que nega à vítima a possibilidade de construir historicamente seu próprio destino, a partir de sua própria vivência e não a partir da vivência privilegiada de outrem. [...] A ideia de exclusão pressupõe uma sociedade acabada, cujo acabamento não é por inteiro acessível a todos. Os que sofrem essa privação seriam os “excluídos” (MARTINS, 2002, p. 45 e 46).

Martins (2002) problematiza o termo exclusão, afirmando que o mesmo ocorre a partir do desenvolvimento do modo de produção capitalista, e todo ensaio de inclusão ocorre na própria sociedade que exclui os indivíduos. Sendo que esse processo de exclusão não pode ser visto como culpa do sujeito, mas sim de uma perspectiva mais ampla e de diversas formas de relações sociais, culturais e políticas da sociedade.

Na Europa, no século referido anteriormente, foram criadas as casas de internamento, estabelecimentos que traziam a finalidade de internação das pessoas “excluídas”, apresentadas como loucas, mendigas, vagabundas ou que causassem a desordem social na cidade e que, segundo Foucault (2004), não eram “dignas” do direito à vida em sociedade.

Em 1656, foi fundado na França, o Hospital Geral de Paris, para onde eram recolhidos todos os que perturbavam a ordem social. Posteriormente, foram instaurados outros estabelecimentos de internação/exclusão pela Europa, com o intuito de promover a higienização e controle da ordem. Nesses espaços, as pessoas com algum transtorno psiquiátrico eram inseridas. Esse período foi chamado por Foucault (1975) de a Grande Internação.

Essas instituições (as casas de internação) foram criadas com a pretensão de se implantar a prática da correção e do controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas. No entanto, essa prática

² A Questão Social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões em tempo de capital fetiche. (IAMAMOTO, 2009).

estava também comprometida com a punição dos internos, a fim de manter o equilíbrio e evitar a tensão social (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 06).

Na perspectiva de Foucault (2004), essas instalações, durante mais de 100 anos, serviram como “depósito de humanos”, pois nesses lugares eram encaminhadas aquelas pessoas que não tinham valor para a sociedade, e principalmente sem contributo social em nível produtivo, ou seja, pessoas idosas, aleijadas, portadoras de doenças venéreas, crianças abandonadas e pessoas loucas. Essas instalações não cuidavam das pessoas nem de seus respectivos problemas, e por muitas vezes, os internos eram obrigados a realizar trabalho escravo.

Nesse período, a loucura era compreendida como uma perda da razão - não mais divina - e essa mudança de visão da loucura levou à percepção de que o louco era na verdade apenas um preguiçoso ou violento e que esses vícios humanos o afastaram da sociedade.

Em 1789, a Revolução Francesa, trazia como lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, portanto, nesse contexto, o processo de exclusão social vivenciado por milhares de pessoas não condizia com os referidos dizeres. Nesse momento histórico, as autoridades começaram a se preocupar em encontrar alternativas para a situação das pessoas internadas nesses “depósitos”. Porém, as pessoas consideradas loucas não progrediram, sendo elas mantidas isoladas/rejeitadas, porque permanecia o estigma socialmente construído de que eram pessoas violentas e perigosas (FOUCAULT, 2004).

Nesse sentido, a ausência de assistência médica para com os loucos se deu ao fato de que até então a medicina não se preocupava em tratar pessoas com tais problemas, porque não existiam estudos científicos e nem médicos interessados em entender o fenômeno. Foi somente em 1793 que o médico Philip Pinel começou a estudar o fenômeno da loucura e declarou que ela poderia ser considerada um distúrbio mental. (AMARANTES, 2003).

Assim, Pinel ficou conhecido como o pai da psiquiatria, quando reconheceu a loucura e iniciou um processo para estimular uma abordagem mais humana da insanidade. Pinel mencionou que:

Os alienados, longe de serem culpados a quem se devem punir, são doentes cujo doloroso estado merece toda a consideração devida à humanidade que sofre e para quem se deve buscar pelos meios mais simples restabelecer a razão desviada" (PEREIRA, 2004, p.114).

Com essa mudança paradigmática, no século XVIII a loucura passou a ser compreendida enquanto doença mental que exigia conhecimentos especiais para tratar/monitorar. A partir desse novo conceito de loucura, a primeira iniciativa do médico Philip Pinel foi separar os doentes mentais dos demais doentes marginalizados da sociedade, com o objetivo de estudar o fenômeno para obter informações e aprimorar alternativas de diagnóstico e tratamento. Com o tempo, o hospital tomou característica de casa de repouso.

Apesar de todas as expectativas em torno dos estudos do Dr Pinel, as práticas corretivas sobre o comportamento e os hábitos dos pacientes permaneciam como meio de criar ordem e disciplina institucional. Pinel não conseguiu a cura da loucura, mesmo assim foi responsável por um grande avanço com suas propostas, libertando os loucos das correntes, destinando-os ao tratamento em manicômios e, por isso, é reconhecido como um pensador de grande importância para os filósofos do século XVIII (AMARANTES, 2003).

Em meados do século XX, surgiu na Itália um movimento que criticava severamente os tratamentos usados para lidar com a loucura. A bandeira do movimento antimanicomial, liderado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, era defender a cidadania e proteger os direitos das pessoas que sofriam de doenças mentais. O impacto dessa nova perspectiva do tratar a loucura transformou o conhecimento, o tratamento e as instituições psiquiátricas em todo o mundo e especialmente no Brasil, a partir do final dos anos 1970 com o Movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTES, 2003), conforme veremos a seguir.

2.1 BRASIL: do primeiro hospício à reforma psiquiátrica

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1807, iniciou-se todo um movimento político com vistas à produção de “melhorias” na estrutura das relações sociais, econômicas, culturais e políticas do país. Diante de um crescimento desordenado e de uma urbanização intensa, acentuava-se a necessidade de se identificar pessoas ditas desajustadas - nas quais se incluíam mendigos, órfãos crianças, marginais, loucos - e separá-las das consideradas “normais”. De acordo com Amarante (2003), essas pessoas eram identificadas e colocadas em abrigos e orfanatos administrados pela Santa Casa de Misericórdia. Até então, não existia no país nenhuma ação para atendimento das necessidades dos chamados insanos.

Ainda de acordo com Amarante (2003), não havia um lugar específico para colocar as pessoas com doença de ordem psíquica. A partir do momento que estas eram identificadas, acabavam sendo encaminhadas para a Santa Casa de Misericórdia, mas ao chegarem lá, os loucos, muitas vezes, eram jogados nos porões e submetidos a maus-tratos e a condições desumanas, fato este que levou muitas pessoas à morte.

Tal realidade suscitou críticas por parte de diversos segmentos da sociedade, incluindo parte da classe médica, que deram início a um movimento para a criação de um lugar específico para os loucos. Este movimento ficou conhecido pelo lema: “Aos loucos, o hospício!”. Assim, no ano de 1841, no Rio de Janeiro, foi criada a primeira instituição psiquiátrica do Brasil, que recebeu o nome de Hospício de Pedro II, por ter sido Dom Pedro II o responsável por assinar o decreto de sua criação. O referido hospício foi criado como dependência da Santa Casa de Misericórdia, longe do centro urbano, sendo inaugurado no ano de 1852 (MACHADO, 1978).

Com um ano de funcionamento, a citada Instituição teve sua capacidade de lotação excedida, causando mais um problema na Saúde Mental pública, diante da realidade vivida dentro do hospício. Após uma década, a preocupação se voltava para uma questão nova, sobre a resolução do problema de superlotação dos hospícios, como tratar em um só local as doenças curáveis e a incuráveis (MACHADO, 1978).

Logo, ficou em evidência que, o fato de construir um espaço específico para os doentes mentais não foi suficiente para sanar as críticas dos médicos, pois os maus-tratos, a superlotação e a ausência de cura dos doentes persistiam. As críticas levaram à desvinculação do Hospício de Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, passando o mesmo a se chamar Hospício Nacional de Alienados, ficando subordinado à administração pública. Nesse sentido, considera-se que:

O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se permita alcançar a respeitabilidade pública, da qual a medicina mental carece devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício de Pedro II. Mas também

para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento (AMARANTE, 1994, p. 74).

Após a Proclamação da República (1889), diante das efervescentes críticas ao Hospício Pedro II, foram instauradas as primeiras colônias psiquiátricas do Brasil, a Colônia de São Bento e a Colônia Conde de Mesquita, ambas no Rio de Janeiro. Estas colônias tinham a proposta de sanar o problema da superlotação dos Hospitais Psiquiátricos. A terapia adaptada nas colônias alcançou alguns objetivos terapêuticos positivos, visto que contribuíram na diminuição das internações, no entanto, as colônias tinham uma segunda finalidade: diminuir os gastos do Estado com as internações das pessoas com doenças mentais.

Essas colônias foram administradas e expandidas por Juliano Moreira, um médico psiquiatra baiano que buscava a legitimação jurídico-política da psiquiatria do país, um importante avanço, com a primeira Lei Federal nº 1.132/1903 na reorganização a assistência aos alienados, tornando-se a única autoridade para tratar da loucura no Brasil (AMARANTE, 1994). O médico:

Propunha a investigação da doença mental considerando os antecedentes da moléstia no indivíduo e na família, aspecto que, receberia maior importância e ressaltaria o caráter específico da questão psicológica em relação à etiologia da loucura (CERQUEIRA, 2002, p. 54).

Processualmente, mudanças importantes no campo da Saúde Mental aconteciam no mundo e no Brasil, mas as dificuldades eram notórias, principalmente pelo lento processo de conscientização dos direitos de cidadania dos loucos. Até então, a psiquiatria ainda se sustentava no princípio da exclusão do paciente de seu convívio social, por meio da internação em instituições psiquiátricas ou colônias. Nos hospitais psiquiátricos a angústia ainda era real e pouco se avançou com as terapias. (CAVALLI, 2020).

No século XIX, a atenção à Saúde Mental começou a tomar novos rumos, conforme afirma Amarante (1995, p. 24), “há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar do científico sobre o fenômeno da loucura e suas transformações em objeto de conhecimento: a doença mental”. Segundo o autor, o modelo hospitalar passou a ser questionado, desencadeando mudanças significativas no campo da Saúde Mental.

Segundo Amarante (1994), mesmo diante dos espaços específicos conquistados para o tratamento das pessoas que sofriam com algum transtorno de ordem psicológica, a assistência a elas ainda se encontrava em situação precária, pois os médicos que atuavam naquelas instituições não prestavam um bom atendimento, até pelo fato de haver poucos médicos que atuavam na área, para uma grande quantidade de doentes.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, muitos movimentos reformistas surgiram e levantaram diversas causas, como é o caso da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto das intensas contestações, o modelo de atenção hospitalar começou a ser questionado no século XX, o que provocou importantes mudanças no âmbito da Saúde Mental.

Dentre os diversos movimentos, encontra-se o Movimento da Luta Antimanicomial, que lutava pela redução de leitos psiquiátricos, pela desinstitucionalização e substituição do modelo asilar por atendimentos em serviços substitutos, cujo berço foi a Itália. Presente no Brasil, esse movimento impulsionou a criação e institucionalização da chamada Lei Paulo Delgado, Lei nº 10.216, sancionada no ano de 2001, que dispõe sobre a proteção, garantia e expansão dos

direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e sobre o modelo assistencial em Saúde Mental, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Segundo os citados autores, o movimento antimanicomial se constitui como um conjunto (plural) de atores, cujas lutas e conflitos foram sendo travadas a partir de diferentes dimensões sociopolítico-institucionais. Trata-se de um movimento que articula, em diferentes momentos e graus, relações de solidariedade, conflito e de denúncias sociais tendo em vista as transformações das relações e concepções pautadas na discriminação e no controle do "louco" e da "loucura" em nosso país.

A seguir abordaremos como se desenvolveu a política de Saúde Mental no Brasil.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No final dos anos 1970 emergiu o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na mesma época do surgimento do Movimento de Reforma Sanitária, que reivindicavam mudanças na democratização e no modelo de atenção à saúde, em prol das igualdades na prestação dos serviços e a favor da saúde coletiva. Tais movimentos envolveram grupos sociais os mais variados, a exemplo do Movimento dos Profissionais de Saúde Mental (MTSM), o Movimento Estudantil, Movimento Popular, Movimento dos Trabalhadores da Saúde, entre outros, buscando e defendendo transformações nas mais diversas áreas (BRASIL, 2005).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica ao longo de sua história, foi marcado por denúncias de maus-tratos, violência, péssimas condições estruturais e de trabalho na área da Saúde Mental, na concepção da loucura como mercadoria e tendo como principal bandeira a superação da violência asilar. Inspirado em movimentos internacionais e de direitos humanos, que procurava superar as crueldades existentes dentro das instituições psiquiátricas e praticadas contra os portadores de transtornos mentais.

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil define-se como:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos [...] 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. 05).

De acordo com Amarante (1995), este processo político e social compreendeu momentos distintos, porém de importantes avanços da Política de Saúde Mental no Brasil. O primeiro se caracteriza em um momento de crítica ao modelo hospitalocêntrico, inspirada nas ideias do psiquiatra Franco Basaglia, que condenou o modelo asilar dos hospícios, que exclui e não trata; e teve início com a mobilização dos movimentos sociais, com protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1978, que denunciavam a violência e os abusos cometidos contra os pacientes.

No ano de 1987 ocorreram a I Conferência Nacional de Saúde Mental, cooperando para o avanço da Reforma Psiquiátrica, e o II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental com o lema "Por uma sociedade sem manicômios!", a partir do qual foi criado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, dedicado à luta pela reordenação do modelo psiquiátrico no Brasil, pautado no resgate da cidadania e na

defesa de direitos dos usuários dos serviços, bem como na implantação dos primeiros serviços alternativos, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo e do Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPs), na cidade de Santos (BRASIL, 2005).

Ainda com base no autor citado, um outro momento da reforma psiquiátrica, refere-se à materialização do Movimento de Luta Antimanicomial. No ano de 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental. A partir de então, o Estado passou a financiar a criação e ampliação dos serviços substitutivos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou contornos mais definidos com a Portaria nº 3.409, que institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), no controle da qualidade dos serviços prestados nos hospitais, respeitando os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PNASH/Psiquiatria avaliava os hospitais psiquiátricos quanto à estrutura física, aos processos de internações e aos recursos terapêuticos da instituição, assim como à adequação dos hospitais às Normas Técnicas Gerais do SUS. Desde 2002, o PNASH vinha sendo aplicado periodicamente em todo território brasileiro, gerando com seus resultados, a partir do critério da qualidade da assistência, indicativos por parte do Ministério da Saúde aos estados e municípios, de descredenciamento, readequação ou classificação dos hospitais psiquiátricos no SUS.

Outro importante momento de avanço para a Saúde Mental foi a promulgação da Lei 10.216/2001, de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2001). Nesse momento também ocorreu a realização da III Conferência Nacional de Saúde, que alinhou a Política de Saúde Mental com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Amarante (1995) considera que o procedimento de desinstitucionalização deve ser percebido como a desconstrução de práticas e saberes no âmbito da psiquiatria, logo essa desconstrução representa muita resistência e luta, tanto no campo dos saberes como no campo das práticas.

Importante considerar que todo esse processo de desconstrução de um paradigma e construção de um novo paradigma se dá em um contexto político e econômico desfavorável, uma vez que o ideário neoliberal adotado no Brasil desde os anos 1990 preconizou uma atuação mínima do Estado, que se assumiu como Estado mínimo.

Em decorrência dessa configuração do Estado tivemos uma brusca redução de gastos públicos que, por sua vez, culminou com a fragilidade do sistema de saúde e demais políticas sociais. Diante disso, temos um retrocesso produzido pelo ideário neoliberal, com a precarização das políticas sociais, financiamento insuficiente, representando uma barreira na produção de cuidado e na viabilização de acesso a direitos, mediante condições precárias e complexas para a articulação da rede de atenção para a Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Destarte, “a política de Saúde Mental tem sido submetida a um cruel processo de sucateamento [...], apontando para sérios riscos de retrocesso” (SILVA; SILVA, 2020, p. 106), impedindo assim avanços na democratização da sociedade e pondo em risco as conquistas no setor da Saúde Mental.

As sequelas da crise sanitária e social no Brasil diante da ofensiva neoliberal, que vem afetando as políticas de ajustes e colocando empecilhos para a concretização dos direitos na saúde pública, configura-se um retrocesso no campo da Saúde Mental, mediante todas as conquistas alcançadas historicamente. Retrocesso esse que não só rompeu com os acordos democráticos constitucionais, como

atualizou a contrarreforma (na redução da atuação do Estado por meio da privatização, terceirização e publicização), com o componente do neoconservadorismo da democracia no Brasil, celerado pelo Governo de Michel Temer (2016 – 2018), tendo o seu agravamento com o Governo de Jair Bolsonaro (2019 – 2022). (CAVALCANTE, 2020).

No ano de 2016, o Governo Temer adotou a política de austeridade fiscal com a Emenda Constitucional nº 95, impondo o congelamento dos gastos públicos, afetando a saúde e a educação, de modo particular a Política de Saúde Mental. Com o agravamento dos retrocessos na Rede de Atenção Psicossocial por meio da Portaria nº 1482 de 2016, diminuindo os recursos para os CAPS e aumentando o financiamento das Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos. (ARAÚJO; JUAZEIRO, 2022).

A citada Portaria ainda que não tenha sido incluída oficialmente na chamada “nova política nacional de Saúde Mental”, iniciou de fato a sucessão de documentos que representam o aprofundamento de uma ruptura da política oficial do Ministério da Saúde com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ressaltamos que os hospitais psiquiátricos foram incluídos pela primeira vez na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a eles foi garantido um reajuste escalonado do valor das diárias de internações.

O fato é que, nos últimos anos, vários estudiosos e especialistas na Saúde Mental no Brasil têm enfatizado o caráter de descontinuidade da política de Estado para o campo da Saúde Mental. Vários documentos normativos indicam de modo inequívoco uma alteração no rumo que vinha sendo tomado pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas, até então orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. No próximo item abordaremos a relação do Serviço Social com a área da saúde mental.

4. O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL

O Serviço Social é entendido como uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, de caráter sociopolítico, intervencionista e crítico, que promove a luta às desigualdades e injustiças sociais, trabalhando as múltiplas expressões da questão social, manifestadas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, em que os assistentes sociais são inseridos, em busca da defesa dos direitos e igualdade de todos (IAMAMOTO, 2009).

A inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental no Brasil, segundo Machado (2007), aconteceu na década de 1940, ocasião em que foram incluídos os profissionais do Serviço Social nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ). Nesses centros, a atuação desses profissionais era baseada nos traços do “Serviço Social Clínico”, com predominância desse modelo, de abordagem higienista junto às famílias, e de adaptação do sujeito ao meio social. Mediante uma atuação acrítica, conservadora e assistencialista, baseava-se no estudo de Caso, Grupo e Comunidade (VASCONCELOS, 2002).

Outra frente de atuação dos assistentes sociais no final da década de 1940, foram os hospitais psiquiátricos, visto que estes se encontravam em expansão naquele período de mercantilização da loucura. E, de acordo com Machado (2007), esses profissionais:

[...] era situado na porta de entrada e saída, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação de alta, confecção de

atestados sociais e realização de encaminhamentos, em um tipo semelhante ao aftercare psiquiátrico, porém mais burocrático e massificado. Nesse sentido, a intervenção profissional se constituiu como subalterna, burocrática, superficial e, em alguns casos, assistencialista (MACHADO, 2007, p. 36).

Esse modelo do fazer profissional, adotado pelo Serviço Social nos hospitais psiquiátricos, cooperava para a legitimação da medicina tradicional dos saberes “psi” (psicologia e psiquiatria) assumindo na profissão uma perspectiva empírica, tecnicista e pragmática, marcada pela psicologização das relações sociais.

Conforme Bisneto (2007), no fim dos anos 1960 houve uma grande requisição da presença de assistentes sociais em hospitais psiquiátricos, a fim de minimizar os efeitos das expressões da questão social. “O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura [...]. Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que gerava contestações da sociedade” (BISNETO, 2007, p. 25) e que aumentavam seus efeitos, trazidos pelo modo de produção capitalista.

Em meio a esse cenário contraditório da profissão na Saúde Mental, o Movimento de Renovação do Serviço Social no Brasil, surge na década de 1960, passando a contestar o tradicionalismo da profissão, articulando-se às lutas e resistências dos movimentos sociais avessos ao regime militar, e participando do intenso processo de redemocratização da País.

Silva e Silva (2007) apontam para o marco das mudanças no modelo de assistência à Saúde Mental, adotado pela Reforma Psiquiátrica, que passou a ter abordagens mais teórica e política, mediante a proposta da desinstitucionalização, afastando os cuidados da atenção em Saúde Mental da esfera do hospício e ofertando aos seus usuários à condição de sujeito portador de transtorno mental, recebendo uma atenção baseada em direitos sociais.

Destaca-se que a entrada do Serviço Social no campo da Saúde Mental, nas instituições psiquiátricas, sempre foi marcada por desafios a serem enfrentados por esses profissionais, como a imposição do saber psiquiátrico, e, segundo Duarte (2007), defronta-se com saberes de outros profissionais nos cuidados em Saúde Mental.

Nesse sentido, pontua-se para uma crítica no que tange à atuação do profissional de Serviço Social na Política de Saúde Mental, pelo fato de não se ter na formação acadêmica, um tópico que trabalhe a temática da Saúde Mental, buscando estabelecer uma aproximação sobre a loucura como fenômeno social e historicamente determinado. Este aspecto pode explicar algumas dificuldades apresentadas na atuação de assistentes sociais na contemporaneidade (BISNETO, 2007).

Outro desafio no cenário institucional, está relacionado ao “objeto institucional”. De acordo com Bisneto (2007), este se refere ao tratar do paciente das instituições, na redução da atuação profissional dos assistentes sociais no procedimento de continuação do tratamento.

Entendemos que o assistente social deve passar além do aspecto da doença, devendo assim fazer análise crítica da realidade vivenciada pelos usuários e seus diversos contextos, dentro de suas atribuições. Porém, faz-se necessário que os assistentes sociais estejam de acordo com suas competências profissionais, na relação de proximidade com os usuários, nas ações que apontem para o reconhecimento de um acolhimento das verdadeiras necessidades dos segmentos subalternos da sociedade (CFESS, 2010).

Apesar de todas as diretrizes norteadoras do trabalho do assistente social, embasadas no código de ética profissional, nos parâmetros de atuação, nas

resoluções, dentre outros, é possível na atualidade identificar demandas impostas a esses profissionais que não são de suas atribuições, e que são atribuídas pelas Instituições Psiquiátricas como demandas, apoiadas na justificativa da formação generalista do assistente social de ordem do modelo neoliberal. Como afirma Bisneto (2007, p. 132):

[...] questões financeiras se tornam sociais, e da mesma forma os problemas legais. Questões de moradia e transporte também são consideradas como social [...]. Muitos problemas contextuais caem nas mãos dos assistentes sociais. Na contratação de mão de obra especializada, a lógica do capital não é otimizar os serviços, mas minimizar os custos (otimizar o lucro), não é dar mais emprego, mas reduzir a folha de pagamento. Sob essa visão, o Serviço Social executa várias ações de disciplina diferente por conta de sua 'generalidade social'.

Destarte, a atuação do assistente social na Saúde Mental, se faz diante de uma demanda com muitos desafios, no que diz respeito ao resgate da cidadania, à autonomia do sujeito, e em sua inserção social. Destacamos a importância da sua atuação ser pautada na eliminação das diversas formas de preconceito, como foi estabelecido em seu Código de Ética de 1993: “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (BARROCO, 2012, p. 128).

O advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica e o importante papel do Serviço Social na consolidação desse movimento, que se encontram atrelados com o projeto ético político da profissão, acarretou mudanças expressivas na atuação profissional, construída através de lutas e reivindicações. Vasconcelos (2007) destacou que os órgãos reguladores do Serviço Social, sendo eles o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), atuam em conjunto e de forma permanente nas mobilizações em torno da Política de Saúde Mental, na efetivação da cidadania dos portadores de transtorno mental e sua emancipação como sujeitos de direitos.

Uma das principais responsabilidades dos profissionais do Serviço Social, após a reforma psiquiátrica, está atrelada à defesa de direitos para atender às necessidades psicossociais, como também à prática diária de intervenção junto aos usuários dos serviços, e sua inserção ao convívio social, na relação usuário e sociedade. A atuação do assistente social está centrada na compreensão do indivíduo como um todo, por isso é necessário analisar as relações que o cercam, a sua participação na política social das instituições, promovendo a humanização, viabilizando os serviços nos atendimentos e melhorando os serviços ofertados pelas instituições (MAGALHÃES, 2018).

De acordo com a citada autora, com os retrocessos da reforma neoliberal, o Serviço Social vem enfrentando desafios, pois o projeto privatista além de sucatear os serviços públicos da Saúde Mental, cria uma rede paralela de privatizações e filantropia, fugindo da universalidade da saúde. Nesse sentido, a promoção aos direitos fica comprometida diante da contrarreforma do Estado e sua lógica mercantilista, tornando a saúde e os direitos um comércio.

Os órgãos reguladores do Serviço Social, o conjunto CFESS-CRESS, reitera em todos os seus espaços, o seu compromisso junto aos profissionais na contrarreforma do Estado, manifestando seu apoio na luta pela concretização da Reforma Psiquiátrica; pela ampliação de uma rede substitutiva, que sustente as ações integrais e antimanicomiais; pela defesa de um apoio comunitário e de direção com a política de redução de danos, articulando com os movimentos sociais e o controle

social; a defesa do SUS e das condições de trabalho dos assistentes sociais, na perspectiva de responsabilização do Estado na garantia das políticas sociais.

No próximo item abordaremos o contexto da Saúde Mental no município de Campina Grande (PB) e o relato da experiência de estágio não obrigatório.

5. RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

5.1 A Saúde Mental em Campina Grande - PB

Foi diante do contexto de denúncia de maus-tratos sofridos pelos pacientes internados, como também das condições degradantes dos hospitais psiquiátricos, que no ano de 2003 aconteceu a Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande, no interior da Paraíba.

Na cidade havia duas instituições que recebiam os portadores de transtornos mentais para realizarem o seu tratamento, sendo elas o Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), mais conhecido como Hospital João Ribeiro e o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, conhecido como Clínica Dr Maia.

Diante dessas denúncias, a Reforma Psiquiátrica se fortaleceu na cidade de Campina Grande, juntamente com a intervenção federal, no Hospital João Ribeiro, após ter sido reprovado consecutivamente nas análises de critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) – vinculado ao Ministério da Saúde com o poder de reduzir e/ ou fechar leitos de hospitais psiquiátricos, desde que evidenciada a falta de conformidades com os critérios de Assistência Hospitalar compatíveis com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessas avaliações eram observados diversos itens como: alimentação, estrutura física, limpeza, prontuários etc. (CIRILO, 2006).

Nos anos 1990 aconteceram diversos debates sobre as mudanças necessárias em torno da assistência psiquiátrica, porém o processo de reorganização da assistência à Saúde Mental obteve mais força a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, e da aprovação da Lei 10.216/2001.

Em 2002 foi sancionada em Campina Grande a Lei Municipal de nº 4.068, que fixa diretrizes para a Saúde Mental no município de Campina Grande; dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento psíquico; determina a implantação e aumento das ações nos serviços de Saúde Mental substitutivos, diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e dá outras providências.

O ICANERF foi considerado pela avaliação do PNASH/Psiquiatria, entre os dez piores Hospitais Psiquiátricos do Brasil no ano de 2003, em virtude dos relatórios técnicos negativos, sendo ele descredenciado pelo SUS. Porém, mesmo sem atender os requisitos necessários, continuou com seu funcionamento nas condições desumanas, e no ano de 2004 se deu o processo de desinstitucionalização e reorganização no ICANERF, por meio de uma ação civil pública, no processo de Intervenção. (CIRILO, 2006).

Através de determinação judicial, no ano de 2005, o Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumiram a administração do Hospital João Ribeiro, nomeando o interventor Fernando Sfair Kinker, responsável por seu gerenciamento, iniciando uma nova abordagem de cuidados. As condições relatadas pelo interventor do Ministério da Saúde, denunciavam:

O cheiro de urina e fezes dominava os espaços de reclusão. No pátio havia um cubículo, talvez muito próximo de um estábulo de concreto, onde os pacientes deviam urinar e defecar. Não havia vasos sanitários nem locais certos para isso, o cubículo todo era um vaso plano feito no chão. (...) As camas sem colchões, as dependências sujas e insalubres, os grandes espaços gradeados que se assemelhavam a grandes celas coletivas (...) a falta absoluta de diálogo com os internos e a redução destes a uma condição de insignificância (KINKER, 2007, p 19).

Nessa perspectiva, segundo Cirilo (2007), diante do relato do interventor e após a pressão exercida pelas entidades e movimentos sociais, que eram a favor da Reforma Psiquiátrica, aconteceram diversas reuniões dos gestores a nível local, Estadual e Federal com o objetivo de superar o modelo hospitalocêntrico e implantar uma rede substitutiva, centrada no cuidado e na inclusão desses pacientes em Campina Grande-PB.

Esta nova forma de cuidado deveria incluir a assistência humanizada e uma maior participação da família no tratamento. E como resultado destes momentos de debate, o município de Campina Grande foi habilitado com o Programa de Volta Pra Casa (2003), que visava a restituição do direito de viver em liberdade, e que passaram a receber o incentivo do Ministério da Saúde para a ampliação e implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas, Emergência Psiquiátrica.

Sendo esse último serviço citado, caracterizado como enfermarias especializadas em hospital geral, destinadas ao tratamento adequado de pacientes com quadro clínico agudizado e com suporte de atendimento 24 horas por dia. Assim, as internações nessas Emergências, devem ocorrer em casos de pacientes com quadro clínico agudo, que coloquem em risco sua vida ou a vida de outras pessoas, tendo em vista que as internações não são por períodos longos e os cuidados são preconizados de forma humanizada

5.2 O Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande: Clínica Dr Maia

A Clínica Dr. Maia está localizada na rua Getúlio Vargas, nº 747, no centro do município de Campina Grande/PB. Foi fundada no dia 23 de setembro de 1966, durante os primeiros anos da Ditadura Militar, pelo Sr Raimundo Maia de Oliveira, Médico Psiquiatra, mais conhecido como Dr Maia. Desde então, a clínica se dedica a oferecer atendimento às demandas da Saúde Mental, enfatizando a humanização na prestação de seus serviços.

A clínica é uma instituição privada e referência no tratamento aos portadores de transtornos mentais e/ou usuário de álcool e outras drogas. Possuindo convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), contando com o suporte de até 163 internações, sendo 146 leitos credenciados pela rede SUS. Estes são divididos em 100 leitos para pacientes masculinos, 46 leitos para pacientes feminino e 17 leitos destinados ao atendimento da rede particular/convênio. Também possui parceria com os Leitos Especializados em Saúde Mental do Hospital Geral Dr. Edgley Maciel de Campina Grande-PB, recebendo os pacientes não estabilizados em até 72 horas, deixando, assim, evidente a inserção do hospital psiquiátrico a RAPS.

A instituição conta com uma equipe técnica formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem e equipe de apoio (auxiliares administrativos, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, vigilantes e cozinheiros). Buscando prestar um atendimento humanizado, atentando

para as orientações que constam nas leis que deram origem à Reforma Psiquiátrica no Brasil. A dinâmica do serviço envolve um sistema integrado de tratamento e acompanhamento do paciente que vai desde o acolhimento até o momento da sua alta médica.

A unidade dispõe de ambulatórios, enfermarias, refeitório, postos de atendimento, almoxarifado, lavanderia, gráfica, setor administrativo, sala de psicologia, sala de Serviço Social, sala de atividades, salão de reunião/atividades, cantina, sala de esterilização de materiais, oficina para serviços de recuperação e conservação das estruturas físicas.

O paciente ao iniciar o tratamento na condição de interno passa a fazer uso de medicamentos psicotrópicos e é acompanhado por uma equipe multidisciplinar, sendo ofertados aos pacientes internos modalidades diversificadas de oficinas terapêuticas, atividades recreativas, passeios, palestras etc. No momento da alta médica é realizado um acolhimento pelos profissionais de enfermagem na orientação do uso das medicações e pelos profissionais do Serviço Social no encaminhamento do paciente para o CAPS de sua referência, abordando a importância da continuidade ao tratamento.

Uma das principais responsabilidades dos profissionais do Serviço Social, após a reforma psiquiátrica, estava atrelada à defesa de direitos para atender às necessidades psicossociais, como também à prática diária de intervenção junto aos usuários do serviço, e sua inserção ao convívio social, na relação usuário e sociedade. A atuação do assistente social encontrava-se centralizada na compreensão do indivíduo como um todo, por isso sendo necessário analisar as relações que o cercam, compete ao profissional a sua participação na política social da instituição, promovendo a humanização dos atendimentos e assim melhorando os serviços ofertados pela instituição.

O Instituto também foi submetido a vistorias e avaliações do PNASH/Psiquiatria, como foi realizado no Hospital João Ribeiro, porém conseguiu se adequar às normas atribuídas pela Reforma Psiquiátrica aos hospitais psiquiátricos, com relação a atenção às estruturas físicas e nos cuidados aos pacientes de forma humanizada. Atualmente a clínica passa periodicamente por vistorias realizadas pela vigilância sanitária e sempre mantém as avaliações em níveis satisfatórios.

5.3 O relato de experiência

O Estágio supervisionado não obrigatório em Serviço Social na Clínica Dr Maia, deu-se no período compreendido entre março e setembro de 2018 e ocorria de segunda a sexta, das 14 às 18hs. De acordo com a Lei do Estágio, Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008:

Art. 1º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

§ 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.

§ 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

Art. 2º O estágio poderá ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso.

§ 2º Estágio não-obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.

No início do estágio deu-se com a nossa apresentação a todos os funcionários, à estrutura física da clínica e aos pacientes. Logo após, ocorreu uma reunião com a supervisora de campo, na qual foi abordado o funcionamento institucional, a rotina dos pacientes e as atividades realizadas com os usuários e suas famílias, relatadas posteriormente. A rotina/dinâmica de trabalho do assistente social na instituição se desenvolve com base na Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão de Serviço Social.

As ações do Serviço Social na instituição não procedem isoladamente. São realizadas reuniões semanais com a participação de toda a equipe multiprofissional, cada uma com suas particularidades, promovendo assim a comunicação entre os diferentes saberes e fazeres, buscando resolutividade às demandas expostas em reunião.

O Serviço Social possui uma sala onde são realizados os atendimentos, garantindo o sigilo do atendimento. Este espaço dispõe de birô, cadeiras, telefone, ventilador e um arquivo, de acordo com a resolução CFESS nº 493/2006:

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Um procedimento comum na dinâmica do serviço eram os acolhimentos familiares. Estes ocorriam na chegada do usuário à instituição, após sua internação. Durante o estágio, acompanhamos esse acolhimento familiar e por meio de um questionário social, eram levantadas informações para a construção do histórico psicossocial do usuário. Por meio dessa abordagem, fazíamos a observação e verificamos se o paciente era aposentado ou se recebia algum benefício social e informávamos sobre o funcionamento da clínica e horários das visitas e a importância da assistência ao paciente.

Também participamos do auxílio às visitas aos usuários. Estas eram realizadas das 16 às 17hs nas segundas, quartas e sextas. Nesse momento se identificava os pacientes que estavam sem assistência da família, e diante dessa falta, o Serviço Social realizava as notificações aos familiares e informava sobre a importância da assistência, era também nesse momento que percorríamos o pátio, onde acontecia as visitas, para desenvolvermos a observação.

Além disso, eram promovidos na instituição os chamados passeios terapêuticos e culturais. Esta atividade envolvia os pacientes com pouco efeito colateral dos psicofármacos e participavam dos passeios as equipes de estagiários de psicologia, Serviço Social e enfermagem, juntamente com seus supervisores.

Durante nosso período de estágio não obrigatório foram visitados o Museu de Arte Popular da Paraíba, conhecido como Museu dos 3 Pandeiros; o Museu Digital de Campina Grande; o Museu Vivo da Ciência e Tecnologia; a Praça da Bandeira; Parque Evaldo Cruz (Açude Novo). No período junino visitamos o Parque do Povo. Também participamos de um passeio para levar alguns pacientes para conhecer o mar, na praia do Cabo Branco em João Pessoa/PB, neste passeio além dos estagiários e supervisores, outros funcionários foram para auxiliar no cuidado com os pacientes.

Outro importante momento do qual pudemos participar durante o estágio refere-se às reuniões familiares, que ocorriam sempre antes de começar as visitas aos pacientes. Aproveitamos esse momento em que os familiares estavam esperando pelo período da visita, para abordar algumas temáticas junto aos mesmos. Dentre os temas abordados destacamos o Benefício de Prestação Continuada (BPC); a importância da continuidade do tratamento no CAPS e; sobre a distribuição de medicamentos no Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais.

As visitas institucionais também foram realizadas e nos trouxeram muita aprendizagem. Registramos uma visita à Emergência Psiquiátrica do Hospital Geral Dr Edgley Maciel e uma visita ao Fórum Afonso Campos, no período em que a supervisora institucional foi responder sobre um internamento a mando do Juiz, de forma compulsória.

As atividades terapêuticas multidisciplinares, faziam parte da dinâmica do serviço, e geralmente eram realizadas diversas atividades com os pacientes, nesses momentos fazíamos a observação e escuta dos pacientes, como também interação entre eles mesmos e os estagiários. Dessas atividades participavam os estagiários de psicologia, enfermagem, Serviço Social e algumas vezes os estagiários de nutrição. Essas atividades compreendiam: momento religioso, forró coletivo, bingo, salão de jogos (ping-pong, sinuca, jogos de dama, dominó, baralho), leitura, oficinas de artes, pintura, origami, oficina de beleza, música. Durante o mês de maio ocorreram os ensaios da quadrilha junina, que se apresentou no mês de junho no Parque do Povo na festa alusiva ao São João e em outra apresentação realizada na própria clínica.

Um outro procedimento de rotina na clínica, refere-se ao momento de escuta. Nesse momento identificamos a necessidade de dar voz aos usuários, um momento para expressar seus problemas e de entrosamento com outros que se identificavam com aquele relato, contribuindo para um melhor desempenho e adaptação no seu internamento.

No estágio não obrigatório na clínica Dr Maia, pudemos vivenciar a realidade discriminatória e excludente sofrida pelos usuários dos serviços de Saúde Mental, que mesmo após tantas lutas e reivindicações através dos movimentos reformistas, ainda vivem sob o estigma da loucura, e diversas expressões da questão social. Mesmo após a implantação da rede de cuidados aos Portadores de Transtornos Mentais é possível observar a reincidência de internações de um paciente em um curto período das internações anteriores.

A política de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica trouxe consigo muitos avanços no modo como se deve acontecer os cuidados às pessoas com transtornos mentais, mas junto com este arsenal não há como deixar de abordar os desafios que precisam ser ainda superados com a ofensiva neoliberal. Sendo assim, arrematamos neste momento a carência de serviços substitutivos em dar continuidade aos cuidados pós alta hospitalar. Este assunto merece mais atenção por parte do poder público, pois o número de equipamentos para atender esta questão psiquiátrica

ainda é insuficiente para responder à crescente demanda de usuários na busca desses serviços substitutos (VASCONCELOS, 2010).

Verificamos também a realidade dos profissionais do Serviço Social da instituição em viabilizar e democratizar direitos aos usuários do serviço, mediante uma atuação pautada em limitações, pois diante dos desmontes dessa política é acarretado aos profissionais outras demandas por parte das instituições, principalmente as privadas, que não são privativas do Serviço Social, para uma redução de custos.

Cabe aqui ressaltar as assistentes sociais que atuam no serviço, tendo sempre o objetivo de compreender o valor da pessoa humana em sua totalidade independentemente do estado de saúde, pautando sempre no tratamento humanizado dos pacientes e de suas famílias, na busca da efetivação de direitos, com orientações e alinhamento da rede substituta.

Outro desafio que o profissional enfrenta, está pautado no discurso da Saúde Mental e a atuação dos assistentes sociais na contemporaneidade, com a preocupação em abordar a temática na formação acadêmica e estabelecer uma maior aproximação da loucura como fenômeno social, uma vez que os profissionais não foram preparados pelas universidades, para compreender todas as manifestações históricas, sociais e políticas da loucura e suas expressões de totalidade. Essa carência tem indiciado em sérios obstáculos, teórico-metodológicos, ético-políticos e técnicos operativos, na falta de conexão entre o movimento geral do Serviço Social e a particularidade do campo psiquiátrico em sua atuação (NOBREGA; SILVA, 2017).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo descrever a experiência do estágio não obrigatório no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, relatando as ações desenvolvidas pelo Serviço Social, que nos proporcionou a aproximação com o complexo campo da Saúde Mental.

É sabido que o assistente social tem como objeto de trabalho as múltiplas expressões da “questão social”, no contexto da sociedade capitalista, sendo um dos profissionais convocados a atuar na Política da Saúde Mental.

Concluimos que a experiência vivenciada no estágio supervisionado não obrigatório de Serviço Social no campo da Saúde Mental, foi de grande contribuição para a nossa formação profissional, tendo em vista que é nesse momento que efetivamente articulamos teoria-prática.

As ações desenvolvidas com outros profissionais durante esse processo foram de suma importância, pois trocamos saberes, habilidades e aptidões, no trabalho em equipe multidisciplinar. Nesse processo, pudemos apreender os fundamentos teórico e ético-políticos do fazer profissional diante das demandas e no acompanhamento das necessidades de cada paciente, buscando a integração desses usuários junto à sua família e à sociedade.

Essa experiência se mostrou satisfatória, mesmo diante das limitações de ordem estrutural que se intensificam com a ofensiva neoliberal. Faz-se necessário ao profissional de Serviço Social o enfrentamento de muitos desafios em seu cotidiano profissional. A capacidade reflexiva sobre a realidade na realização de seu trabalho, de acordo com todos os aparatos legais do fazer profissional estabelecidos, constitui alguns desses desafios.

Destaca-se também a necessidade de um aprofundamento na formação do assistente social na área da Saúde Mental uma vez que, no campo do ensino/formação, as exigências postas pela Reforma Psiquiátrica impõem uma reorientação em todo processo de formação profissional. A adoção de novos paradigmas na saúde mental e de novas práticas assistenciais desafia toda formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. *In*: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. *In*: **Saúde mental, políticas e instituições**. Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ/EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARAUJO, L. J. C; JOAZEIRO, E.M.G. Saúde Mental em tempos de crise: desafios da e na atualidade. **Revista de Políticas Públicas**, vol. 26, núm. 1, pp. 425-441, 2022

BARROCO, M. L. S.; TERRA, S. H. **Código de Ética do Assistente Social comentado**. Organização do CFESS. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. 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, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos do aluno: saúde mental**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, e 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/6053.html>. Acesso em: 16 maio. 2023.

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

CARRETERO, N. **Da reforma a contrarreforma**: impactos das políticas públicas na manutenção da reforma psiquiátrica brasileira. 2022.

CAVALCANTE, R. C. O social para a saúde mental sob a contrarreforma neoliberal. **Revista Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 36-43, 2020.

CAVALLI, N. M. D. **A importância do serviço social em saúde mental**: uma análise da atuação do assistente social na cidade de Campos de Júlio/MT. 2020.

CFESS. **Resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006**. 2006.

Disponível em: http://cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf 20 mar. Acesso em: 22 mai. 2023.

_____. Nota do CFESS: **Somos contra os novos ataques á política de saúde mental**. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1772>. Acesso em: 22 mai. 2023.

_____. **Parâmetros para atuação de Assistente Social na Saúde**. CFESS, Brasília - DF, 2010.

CERQUEIRA, R. C. **Lima Barreto e os caminhos da loucura**. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CIRILO, L. S. **Novos tempos**: saúde mental, caps e cidadania no discurso de usuários de familiares. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

DUARTE, M. J. O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. *In*. BRAVO, M. I. S. (org.). **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p.150-164.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Tradução: Lilian Rose Shalders. Coleção Biblioteca Tempo Universitário. v. 11. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. E-book.

_____. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 2004.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010 – 2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, n. 44, 2019.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 18 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

KINKER, F. S. **O lugar do Manicômio**: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), PUC, São Paulo, SP, Brasil, 2007.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. **O movimento antimanicomial no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MARTINS, J. S. Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social”. *In: A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais.* Petrópolis: Vozes, 2002.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

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

MAGALHÃES, A. G. A. **Notas sobre a inserção do assistente social na política de saúde mental brasileira.** ENPESS. Espírito Santo, 2018.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da Loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e Droga.** 2008.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil Pós-64.** 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOBREGA, M. B; SILVA, J. K. S. O Serviço Social na Saúde Mental: uma análise da profissão no setor psiquiátrico brasileiro. **II CONBRACIS** 2017.

PEREIRA, M. E. C. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental ano VII**, n. 3, 2004.

SILVA, A. A.; SILVA, D. M. B. **A Reforma Psiquiátrica e o Trabalho do Assistente Social.** 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/638db7c72773>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SILVA, B. L.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social e Sociedade**, v. 23, n.1, p. 99-119, 2020.

SILVA, J. K. S. **O Serviço Social na Saúde Mental: uma análise da profissão no setor psiquiátrico brasileiro.** Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Campina Grande, 2017.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** 1. ed. São Paulo, Hucitec, 2010.