



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

Thaís Soraya Pereira

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA VISÃO DE ASSISTENTES
SOCIAIS DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2015

THAÍS SORAYA PEREIRA

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA VISÃO DE ASSISTENTES
SOCIAIS DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Professor Doutor Cristiano Guedes

BRASÍLIA

2015

THAÍS SORAYA PEREIRA

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA VISÃO DE ASSISTENTES
SOCIAIS DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Professor Doutor Cristiano Guedes

Aprovado em 30/ 01/ 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Doutor Cristiano Guedes
Orientador/ Departamento de Serviço Social – UnB

Prof. Mestra Lucélia Luiz Pereira
Departamento de Serviço Social – UnB

Assistente Social Géssica Albuquerque
Examinadora externa

Brasília, 30 de janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças. A minha família por não ter me deixado desistir.

À Tacielly e ao David, meus amados e companheiros. Agradeço por terem me suportado e me agüentado durante os momentos de insegurança e desânimo. Às pessoas que convivo diariamente e que presenciaram as minhas crises de ansiedade.

À equipe do Núcleo de Serviço Social participante da pesquisa.

À professora Lucélia Pereira e à Assistente Social Géssica Albuquerque pela presença na banca examinadora.

Ao meu orientador, professor Cristiano Guedes pelas contribuições e sugestões dadas durante o processo de elaboração desta monografia.

RESUMO

A partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica é adotada uma nova visão acerca do fenômeno da loucura – enquanto fenômeno social, político, histórico e institucional. A pessoa em sofrimento mental e/ou psíquico é, a partir de então, considerada sujeito de direitos. Esses direitos dizem respeito a um tratamento humanizado no âmbito dos serviços substitutivos visando a reinserção e reintegração social do indivíduo, que antes ficava confinado no Hospital Psiquiátrico. Há uma mudança significativa no modelo de assistência em saúde mental – do modo asilar hospitalocêntrico para o modo Psicossocial de atendimento. O Serviço Social insere-se no campo da saúde mental como uma profissão apta a intervir nas expressões da questão social que incidem diretamente no bem-estar físico e psíquico do usuário destes serviços. Durante a revisão de literatura ficou perceptível a escassez de trabalhos que discutem a temática da inserção do Serviço Social no campo da saúde mental e tal escassez torna-se ainda mais evidente em relação aos estudos que se propõem a descobrir a concepção e a percepção dos profissionais acerca do modelo de assistência em saúde mental trazido a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica. Desta forma, a intenção aqui foi a de contribuir para entender mais sobre esse espaço de intervenção tão complexo que é o da saúde mental. O presente trabalho teve como objetivo descobrir a compreensão da Assistência em saúde mental para uma equipe de Assistentes Sociais do Núcleo de Serviço social de um Hospital público localizado em uma cidade satélite do Distrito Federal. A pesquisa é de método qualitativo de natureza exploratória. Foi utilizado roteiro de entrevista com questões a serem exploradas, tendo sido adotados todos os cuidados éticos necessários por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes da pesquisa. A pesquisa contou com a participação de cinco assistentes sociais. Constatou-se, por meio da presente pesquisa, que as Assistentes Sociais possuem compreensão acerca da Saúde Mental enquanto um fenômeno complexo inserido em um contexto social e político, abstendo-se de uma compreensão limitada. Em contraposição a isto ficou evidente a falta de conhecimento da equipe de Assistentes Sociais acerca das legislações do campo da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS CHAVE: Serviço Social, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Assistência, Reinserção Social.

ABSTRACT

From the Psychiatric Reform Movement is adopted a new vision about of the phenomenon of madness - as a social phenomenon, political, historical and institutional. The person in mental and/or psychic distress is considered, since then, a subject of rights. These rights relate to a humanized treatment in the scope of the substitute services, aimed at reinsertion and social reintegration of the individual, which previously was confined in the Psychiatric Hospital. There is a significant change in the assistance model in mental health - from the centered hospital model and asilar to a psychosocial mode of treatment. The Social Work introduced itself in the field of health mental as a profession able to intervene in the expressions of social question who directly affect the physical and mental well-being of the users from these services. During the literature review was noticeable lack of studies which discuss the subject of inclusion of the Social Work in the field of mental health and this shortage becomes even more evident in relation to studies that propose to discover the conception and the perception of professionals about the model of assistance in mental health brought by the movement of Psychiatric Reform. Therefore, the intention here was contribute to understand more about this space so complex of intervention that is the mental health. The present study aimed to discover the understanding of mental health assistance to a team of Social Workers of the Center of Social Work into a public hospital located in a satellite city of the Distrito Federal. The research adopted the qualitative method of exploratory nature. Interviews were conducted guided by a pre-designed questionnaire, were adopted all ethical care needed through the signing the Informed Consent and Informed by research participants. Through of this research was discovered that the social workers have understanding about the Mental Health as a complex phenomenon inserted in a social and political context, refraining from a limited understanding. In contrast to this was evident lack of knowledge of the team of social workers about the legislation of the field of mental health and the psychiatric reform process.

KEYWORDS: Social Work of Mental Health, Psychiatric Reform, Assistance, Social Reinsertion.

LISTA DE SIGLAS

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP/IH – Conselho de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DISAM – Diretoria de Saúde Mental

GM – Gabinete do Ministro

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISM – Instituto de Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NSS – Núcleo de Serviço Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAQ – Relatório de Atividades Quadrimestral

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modalidade CAPS	35
Tabela 2 – Indicador de Cobertura CAPS	36
Tabela 3 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF	41
Tabela 4 – Tipificação de demandas – Núcleo de Serviço Social	46
Tabela 5 – Perfil das entrevistadas	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Capítulo 1 – a trajetória da Assistência em Saúde Mental e a inserção do Serviço Social: apanhado histórico	15
1.1 O tratamento destinado à Loucura e o surgimento do Hospital Psiquiátrico	15
1.2 A Instituição Psiquiátrica: Instituição Total	19
1.3 Reformas psiquiátricas anteriores à Psiquiatria Democrática	20
1.4 Processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro	21
1.5 Papel dos movimentos sociais na Consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica	23
1.6 Breve histórico da inserção do Serviço Social na Saúde Mental	27
1.7 Convergências entre a Lei 10.216 (que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental) e o Código de Ética da Assistente Social	31
Capítulo 2 – Rede de atenção à Saúde Mental: uma comparação entre o cenário nacional e o Distrito Federal	34
2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	34
2.2 Serviços Residenciais Terapêuticos	37
2.3 Hospital São Vicente de Paulo	40
2.4 Instituto de Saúde Mental	42
Capítulo 3 – METODOLOGIA	43
3.1 Apresentação	43
3.2 Por que pesquisar Saúde Mental?	44
3.3 Apresentação do Campo de pesquisa	45
3.4 Cuidados éticos	47
3.5 Perfil das entrevistadas	48
Capítulo 4 – Resultados e Discussão	50
4.1 Compreensão de Saúde Mental	50
4.2 Atendimento Psicossocial	52
4.3 A centralidade da Família	54
4.4 Conhecimento acerca das legislações e da Reforma Psiquiátrica	56
4.5 Modelo de Assistência em Saúde Mental vigente na Instituição	57
4.6 Equipe Interdisciplinar e Equipe Multidisciplinar	61
4.7 Capacitação para lidar diretamente com a demanda colocada pela Saúde Mental/ formação universitária	63
Considerações Finais	66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	77
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
Instrumento de pesquisa: roteiro de perguntas	79

INTRODUÇÃO

A loucura é um fenômeno que sempre esteve presente na sociedade e a forma de lidar com tal fenômeno varia de acordo com o contexto sócio histórico vivenciado. Na sociedade clássica, o louco assume o lugar antes ocupado pelo leproso – representando o estereótipo da exclusão e do temor, sendo jogados em prisões sem serem tratados (FOUCAULT, 1972). A sociedade moderna situa a loucura como algo negativo e anormal, lidando com ela sob o binômio segregação/exclusão (ROBAINA, 2010). Os loucos – improdutivos para o sistema capitalista - não são considerados cidadãos e passam a ser excluídos do convívio social, sendo colocados em asilos conforme o modelo hospitalocêntrico que predominou até a explosão do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro é importado de países como França, Itália e Inglaterra (AMARANTE, 1995) e conta com a participação direta de movimentos sociais e políticos que buscavam a redemocratização do país e visavam desconstruir o conceito de saúde em geral e das práticas em psiquiatria. O movimento social determinante para a Reforma Psiquiátrica foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que fomenta o pensamento crítico acerca do saber psiquiátrico questionando sua hegemonia e abrindo espaço para a contribuição de outros campos e saberes (ROBAINA, 2010).

No campo legislativo e normativo, a Lei de autoria do deputado Paulo Delgado representou um grande marco para a conquista dos direitos da pessoa com transtorno mental e de sua posição enquanto sujeito de direitos. A referida Lei entrou no Congresso em 1989 tendo sido sancionada apenas em 2001 – Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001). A Lei dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e prevê a substituição progressiva da internação psiquiátrica por serviços disponibilizados no âmbito da comunidade. Tais serviços possuem como objetivos primordiais a reinserção, reabilitação e reintegração social do indivíduo. A Lei 10.216/01(BRASIL, 2001) traz diversas inovações ao estimular a participação do usuário em seu próprio tratamento e ao colocar a internação em Hospital Psiquiátrico como último recurso a ser acessado, além disso, promove a eliminação de qualquer tipo de discriminação e preconceito direcionado ao usuário dos serviços de Saúde Mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica diz respeito a um movimento contínuo e complexo e, como tal, toma-se o cuidado para não situá-lo como um fim em si mesmo. O

referido movimento estimula o debate sobre o modo de atenção em saúde mental, deslocando as ações de um modo de atenção asilar para um modo de atenção psicossocial – concretizado por meio da implementação dos serviços substitutivos. Se no modo asilar o indivíduo é tido como doente a ser tratado com medicamentos, excluindo o usuário de todo o processo e concentrando todo o saber e poder na mão de poucos (médicos) o modo psicossocial estimula a participação do sujeito em todo o processo e visa a sua reinserção e reabilitação social através de serviços substitutivos, além de estimular a participação de outros saberes e poderes no processo.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2012) há no Brasil 1742 Centros de Atenção Psicossocial e 625 Residências Terapêuticas. No que se refere ao Distrito Federal há, segundo a DISAM, 17 Centros de Atenção Psicossocial e nenhuma Residência Terapêutica. Há ainda, no Brasil, 198 hospitais psiquiátricos (32.284 leitos), sendo que um deles localiza-se no Distrito Federal – Hospital São Vicente de Paulo; são 3.910 leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, 33 leitos estão no Distrito Federal distribuídos em dois hospitais.

Débora Diniz (2013) mostra, em números, a realidade dos manicômios judiciários. Em 2011, havia no Brasil, 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico. Havia 3.989 pessoas “vivendo em regime de clausura para tratamento psiquiátrico”, sendo que 25% dessas pessoas não deveriam mais estar internadas. No Distrito Federal há 94 indivíduos internados na ATP, localizada na cidade do Gama, 17% deles não mais deveriam estar internados.

A referida autora mostra que “a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica”. Não apenas a invisibilidade do louco infrator, mas das pessoas em sofrimento mental não foi rompida, há um longo caminho a ser percorrido para tal. A pessoa em sofrimento mental sofre com o preconceito, a exclusão, o estigma da periculosidade e, além disso, sofrem com a “ausência de tratamento de saúde, abandono das redes sociais de proteção e carência de políticas sociais eficazes” (DINIZ, 2013).

O presente estudo tem a intenção de contribuir e suscitar a discussão acerca da mudança do paradigma de atenção à saúde mental trazida pela Reforma Psiquiátrica. Pretende-se explorar, por meio da literatura existente, os avanços e objetivos alcançados e os objetivos a serem alcançados. Pretende-se, além do exposto, contribuir para a discussão acerca da inserção do Serviço Social no campo da saúde mental.

A inserção do Serviço Social brasileiro no campo da saúde mental se dá em meados da década de 1940 sob a perspectiva do Serviço Social clínico (BISNETO, 2009), visando o ajustamento do paciente. No entanto, o quantitativo de Assistentes Sociais atuando neste campo era irrisório. É apenas na década de 1970 que o contingente de Assistentes Sociais inseridos no campo da saúde mental torna-se significativo. Importante salientar que essa inserção se deu devido a exigências colocadas pelo INSS para o funcionamento dos Hospitais Psiquiátricos. Desta forma, tal inserção foi feita de maneira precária.

O Movimento de Reconceituação vivenciado pelo Serviço Social promove a crítica à atuação do Serviço Social na saúde mental – que seria promotora da psiquiatrização dos problemas sociais e com um viés psicologizante (BISNETO, 2009). Apesar das críticas às práticas do Serviço Social, foi insuficiente a atenção dada à discussão sobre a inserção do Serviço Social na saúde mental – o que acabou por desfavorecer o acúmulo de debates.

O Serviço Social é a profissão apta a lidar com as mais diversas expressões da questão social¹, expressões estas que se manifestam no campo da saúde mental. Ao se adotar a perspectiva de que a Saúde Mental é influenciada por diversos fatores sociais e que ela é, em si, um fenômeno social, assume-se que o processo de adoecimento mental configura-se como uma das expressões da questão social. A pessoa com transtorno mental – enquanto sujeito de direitos – é vista em sua totalidade, inserida em uma realidade complexa que incide diretamente ou indiretamente no bem-estar físico e psíquico do indivíduo.

O presente estudo foi motivado pela curiosidade de se entender um campo tão complexo que é o da Saúde Mental. Além disso, durante o processo de revisão de literatura, tornou-se evidente a escassez de estudos que abordem a temática da Saúde Mental de autoria de profissionais do Serviço Social e estudos que explorem a inserção do Serviço Social no referido campo. Tal escassez torna-se ainda mais perceptível no que se refere à existência de estudos que abordem a compreensão e/ou percepção dos/das profissionais do Serviço Social acerca do modelo de atenção em saúde mental trazido a partir da Reforma Psiquiátrica.

A presente pesquisa tem como objetivo descobrir a compreensão da Assistência em Saúde Mental na perspectiva de uma equipe de Assistentes Sociais – do Núcleo de Serviço

¹ Expressões das desigualdades presentes na sociedade capitalista (desigualdade social, pobreza, exclusão social, entre outros). O tema será abordado no 1º capítulo deste trabalho.

Social de um Hospital público localizado em uma cidade satélite² do Distrito Federal. A pesquisa contou com a participação de cinco (05) Assistentes Sociais. Trata-se de pesquisa de método qualitativo de natureza exploratória, visto que se pretende pesquisar sobre um tema pouco explorado e que pouco se sabe sobre (SAMPIERI e COLLADO, 2006). Para tal, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as Assistentes Sociais participantes da pesquisa.

O trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo traz um apanhado histórico das transformações no modelo de atenção à Saúde Mental – desde a idade clássica até os dias atuais; a explicitação do debate trazido por Erving Goffman (2007) acerca das Instituições Totais, elucidando a discussão acerca da “mortificação do eu” e da “mutilação do eu” – presentes nos hospitais psiquiátricos; o processo de Reforma Psiquiátrica e o papel dos movimentos sociais neste processo; histórico da inserção do Serviço Social no campo da saúde mental; exposição das convergências entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e o Código de Ética Profissional da Assistente Social

No segundo capítulo é realizada uma comparação sucinta entre a rede de Atenção à Saúde Mental a nível nacional e o Distrito Federal. Para tal foram utilizados os dados impressos no documento “Saúde Mental em dados” (2012), do Ministério da Saúde. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada no estudo, além do campo de pesquisa e os cuidados éticos adotados para a realização da pesquisa. O quarto capítulo diz respeito à análise de dados das informações coletadas, por meio do exame crítico das referidas informações – articulando-as com referenciais teóricos específicos. Por fim, nas considerações finais é onde estão registradas todas as minhas principais análises acerca das informações coletadas.

Durante a revisão bibliográfica ficou evidente, entre os autores que abordam o tema Saúde Mental (AMARANTE, 1995; BISNETO, 2009; ROBAINA, 2010; PATRIOTA et al, 2010; ROSA e CAMPOS, 2013) a falta de consenso na literatura sobre como se referir à pessoa usuária dos serviços de saúde mental. Diante da diversidade de conceitos, optou-se por utilizar, no presente trabalho, o termo “pessoa em sofrimento mental” para referir-se aos usuários destes serviços.

² “Cidade que se encontra situada em áreas periféricas de outras ou de uma metrópole, possuindo ou não alguma ligação administrativa com as mesmas” (Dicionário online de português).

Capítulo 1 – a trajetória da Assistência em Saúde Mental e a inserção do Serviço Social: apanhado histórico

1.1 O tratamento destinado à Loucura e o surgimento do Hospital Psiquiátrico

O fenômeno da loucura data desde o início da história da humanidade e a forma como as sociedades pré-modernas definiam e lidavam com ela variava de acordo com a cultura local, podendo ser considerada castigo divino, possessão ou até poderes sobrenaturais – sendo apreciada ou combatida (Bisneto, 2009).

Na obra “A História da Loucura”, considerada um marco para os estudos acerca da loucura e da psiquiatria, Michel Foucault pontua como representação da loucura na idade clássica, a chamada “*Nau dos loucos*”. Os loucos eram levados de um lugar para o outro, sendo tratados como uma carga contaminada, da qual todos queriam livrar-se. Segundo Foucault (1972) “Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (p.13). Os loucos que permanecem nas cidades “são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão” (FOUCAULT, 1972:13).

A loucura assume, na sociedade clássica, o lugar antes ocupado pela lepra – o leproso representava o estereótipo da exclusão e do temor. Com a extinção da lepra, os “*pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento*”(p.10). Amarante (1995) pontua que a essa época, os loucos representavam ameaça à ordem social e o internamento era apoiado em uma “prática de proteção e guarda”.

Já a sociedade moderna passa a considerar a loucura como ausência de razão, algo negativo e “anormal” (ROBAINA, 2010, p.339). A partir daí o anormal passa a ser considerado patológico e o modelo de atenção à pessoa em sofrimento mental segue o binômio segregação/exclusão social, conforme assinalam ROSA e CAMPOS, 2013. Passa-se de uma visão trágica do fenômeno da loucura para uma visão crítica (AMARANTE, 1995).

Dessa forma, os “loucos” não são considerados cidadãos e passam a ser excluídos do convívio social, sendo colocados em asilos conforme o modelo hospitalocêntrico que

predominou até a explosão do Movimento de Reforma Sanitária³. Ao discutir a cidadania enquanto finalidade e instrumento da reforma psiquiátrica, Alice Oliveira e Neiry Alessi (2005) afirmam que a cidadania era um direito pertencente aos iguais, racionais e normais, aos loucos não se cogitava a cidadania.

ROBAINA (2010) afirma que a história da atenção à loucura sempre esteve relacionada e é constantemente influenciada pelos projetos societários hegemônicos, ou seja, aos interesses da classe dominante. Isso ocorre tanto na definição da loucura enquanto doença mental como nas formas de cuidados direcionadas a essa questão. A Psiquiatria surge na França concomitantemente com a Revolução Francesa e seus princípios de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, e os loucos desafiavam esses fundamentos (ROBAINA, 2010).

O princípio da Liberdade se aplicava ao cidadão racional livre para vender sua força de trabalho para o desenvolvimento do capitalismo. Por se diferenciar, não lhe cabia o princípio da Igualdade, restando apenas o princípio da Fraternidade – na perspectiva de cuidado calcada na tutela. Sendo assim, a cidadania compreendida como a soma dos direitos civis (liberdade, igualdade perante a lei e direito de propriedade), políticos (participação no governo da sociedade) e sociais (participação na riqueza coletiva) era direito apenas dos considerados normais⁴ (idem).

Conforme assinala Paulo AMARANTE (1995), os loucos eram os “alienados” (p.491) que não podiam usufruir dos direitos de cidadania aludidos nos preceitos da Revolução Francesa. Dessa forma, restava aos “alienados” ficarem confinados nos asilos a eles destinados. Nesse modelo asilar o indivíduo é percebido como doente, sendo tratado apenas com medicamentos, ficando o poder e o saber concentrados nas mãos de poucos e o usuário não tem voz, ficando excluído de todo o processo. AMARANTE acrescenta que o asilo é “o maior e mais violento espaço de exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (1995: 491).

³ O Movimento de Reforma Sanitária conta com a participação de diversos segmentos da sociedade – que vão desde os profissionais que atuam diretamente na saúde até a própria população – que passa a reivindicar a reestruturação do setor saúde. Propõe-se a reestruturação da saúde, colocando-a como responsabilidade do Estado e como direito social. O referido movimento contribuiu diretamente para a constituição do Sistema Único de Saúde enquanto um Sistema universal, integral e garantidor de direitos. (BRAVO, 2006)

⁴ Os “normais” aos quais me refiro dizem respeito às pessoas consideradas úteis e produtivas pelo capital e que preservam todas as suas capacidades físicas e psíquicas.

O Hospital Psiquiátrico surge, então, como um local em que a sociedade pode se livrar da convivência com os loucos e como uma forma de garantir a sustentação dos princípios da Revolução e da sociedade capitalista (ROBAINA, 2010). Esse modelo hospitalocêntrico foi uma resposta do Estado à questão social colocada por segmentos da classe trabalhadora, os “loucos pobres” (ROSA e CAMPOS, 2013, p.314).

Para Rosa e Campos (2013) a criação dos hospícios representa a forma como a questão social era tratada na época, como caso de polícia passível de repressão. Assim, esses locais tinham a função de remover e excluir da cidade a parcela considerada arruaceira, improdutiva para o capital. Acrescentam que o que determinava a forma de assistência destinada ao louco era a classe social.

No período da Segunda Guerra Mundial são engendrados maiores esforços na humanização dos hospícios e reabilitação dos loucos (ROBAINA, 2010). Com a ocorrência da referida Guerra grande parte dos homens economicamente ativos estavam mutilados ou mortos, o que ocasionou carência de mão de obra para o capitalismo. Diante desse fato, os loucos foram sendo inseridos no sistema de produção para atender aos interesses do capitalismo. As práticas em psiquiátrica nessa época estavam voltadas para ações que visavam o ajustamento desses indivíduos ao modelo de sociedade vigente já que nessa época a doença mental era sinônimo de desadaptação social.

José Augusto Bisneto (2007) explica que essa necessidade da sociedade capitalista de se estabelecer o que é anormal e patológico advém da necessidade das elites de explicar o mau funcionamento da sociedade. Dessa forma a sociedade eximiu-se da responsabilidade pelos problemas ocasionados pelo desenvolvimento capitalista.

A questão social é o objeto de trabalho do Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social do trabalho. Ela é “a manifestação, cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão” (IAMAMOTO, 2006: 77). Com o desenvolvimento desenfreado do capitalismo, ficam evidentes as seqüelas trazidas pela crescente exploração da força de trabalho. A partir daí, o Estado vê-se obrigado a atuar sobre essas seqüelas de forma racionalizada.

O Serviço Social se consolida como aparato estatal de intervenção nessas expressões da Questão Social, respondendo tanto às demandas do capital como, e ao mesmo tempo, às

demandas da classe trabalhadora. Fica evidente a contradição intrínseca à institucionalização da profissão, na medida em que a categoria profissional tem como seu maior empregador o Estado, mas tem como sujeito de sua ação a classe trabalhadora. Esse é um dilema enfrentado pela profissão até o início do processo de renovação da profissão, quando esta assume a defesa pelos direitos da classe trabalhadora.

Com a complexificação das relações sociais no âmbito da sociedade baseada no modo de produção capitalista, a Questão Social assume as mais diversas expressões. O campo da Saúde Mental torna-se palco da manifestação dessas expressões. Ao se adotar a perspectiva de que a Saúde Mental é influenciada por diversos fatores sociais e que ela é, em si, um fenômeno social, assume-se que o processo de adoecimento mental é uma expressão da Questão Social.

Bisneto (2009) coloca que os problemas sociais – inerentes ao capitalismo – suscitam a ocorrência do sofrimento mental. Isso ocorre devido à alienação das relações sociais que ocasionam o aumento do adoecimento mental:

“o desemprego, a ameaça de demissão, a sobrecarga de trabalho e a perda da autonomia desvanecem os projetos de vida pessoais e comunitários [...] E a solução apresentada pelos mesmos algozes do poder do discurso médico aliado à ordem internacional, é a do neobiologicismo⁵” (pg.183).

A questão da Saúde Mental fica a mercê do modo de produção capitalista. O maior exemplo deste processo é o movimento de medicalização da saúde mental (BISNETO, 2009) e sua mercantilização. As questões referentes à Saúde Mental são colocadas como doença, tendo como solução a medicalização, a internação ou outros recursos que beneficiam a indústria farmacêutica e os grupos médicos filiados ao projeto privatista⁶ de saúde (idem).

⁵ Trata-se de um modelo de formação de médicos que defende que o estudo da medicina deve se concentrar na doença de forma individual e concreta. Dessa forma, a doença é vista como um processo natural e biológico. Isto posto, o social, o coletivo, o comunitário, o público, o coletivo não contam para o ensino médico e não são considerados envolvidos no processo saúde-doença. Este é, evidentemente, um modelo cuja visão é reducionista e desatrelada da realidade e das necessidades sociais.

⁶ No processo de reformas trazidas pelo governo militar é imposta a “medicalização da vida social” (BRAVO, 2006). Na tentativa de adequar o país às características do capitalismo, é priorizado, sob a influência de outros países, o modelo privado de saúde. Entre as características do referido modelo estão: submissão do Estado aos interesses das empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos; criação do “complexo médico-industrial” e a prática médica subordinada à expansão do capitalismo (através do lucro) (BRAVO, 2006).

1.2 A Instituição Psiquiátrica: Instituição Total

O conceito de Instituição Total é amplamente explorado por Erving Goffman em seu livro *“Manicômios, Prisões e Conventos”* (2007, 7.ed). Para o autor uma Instituição Total é:

“[...]um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”(p. 11)

Goffman divide as instituições totais em cinco categorias, e os hospitais destinados a abrigar os doentes mentais estão na categoria das instituições criadas com o intuito de proteger as pessoas incapazes de se auto-cuidarem e que representam uma ‘ameaça’ à comunidade, de forma não intencional.

Todas as esferas da vida pessoal cotidiana ocorrem em um mesmo local e sempre sob a supervisão de uma autoridade. Dessa forma, todas as necessidades humanas do internado são controladas pela organização burocrática da instituição.

Dentro do espaço da instituição total há uma clara dicotomia entre os internados e os ‘dirigentes’ no que diz respeito ao poder e à autonomia. Enquanto os internados tendem a sentir-se inferiores e repreendidos, os dirigentes tendem a sentir-se superiores e mais humanos do que os internados. O autor chama a atenção para essa “grande distância social” entre as duas categorias.

Além disso, os internados são alheios às decisões tomadas pela equipe de superiores quanto ao seu tratamento e ao seu destino. Ocorre o que o autor denomina como “mutilação do eu” (GOFFMAN, 2007:24) e “mortificação do eu”. A “mutilação do eu” refere-se à barreira colocada pela instituição entre o internado o mundo externo, já a “mortificação do eu” refere-se à perda da identidade e da autonomia da pessoa internada, que fica á mercê das decisões tomadas pela equipe, restando-lhes apenas obedecer às regras impostas sob a pena de receber severas punições por parte de seus superiores.

Anteriormente à Reforma Psiquiátrica, os Hospitais Psiquiátricos funcionam sob a lógica asilar como instituição total, retirando o indivíduo do convívio com a família e com a sociedade em geral. Todos os campos da vida do sujeito estavam subordinados às regras colocadas pela equipe do Hospital, sendo que seus desejos e suas necessidades não eram considerados neste processo. Ao ser completamente isolado do mundo exterior, o indivíduo

era obrigado a abdicar de todas as suas características pessoais e sua autonomia e se adequar ao sistema, à rotina imposta (AMARANTE, 1995).

Além disso, o indivíduo era excluído de todas as decisões que diziam respeito ao seu tratamento de saúde – configurando-se apenas como objeto de intervenção médica. O processo de Reforma Psiquiátrica é suscitado pelas denúncias sobre as condições precárias e aos tratamentos desumanos aos quais as pessoas com transtornos mentais eram submetidas nos Hospitais Psiquiátricos – a denúncia da “mortificação” e da “mutilação do eu” as quais Goffman se refere no que diz respeito às características das instituições totais.

1.3 Reformas psiquiátricas anteriores à Psiquiatria Democrática

A conjuntura do pós 2ª Guerra Mundial torna-se propício para o desenvolvimento das reformas das Instituições Psiquiátricas. Paulo Amarante (1995) lista algumas dessas reformas anteriores à Psiquiatria democrática – que foi a base para a Reforma Psiquiátrica brasileira nos anos 1980. As denominadas ‘psiquiatrias reformadas’ (AMARANTE, 2005:27) são as seguintes: “Psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas” (França), “a psiquiatria do setor” (França) e “psiquiatria preventiva (EUA)”, “antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia (Inglaterra)”.

A Psicoterapia Institucional e as comunidades terapêuticas propõem reformas que acabam limitadas ao âmbito asilar, sem maiores questionamentos e discussões acerca do problema da exclusão. A comunidade terapêutica chama a atenção para a condição das pessoas institucionalizadas, comparando a condição destas pessoas às condições vivenciadas nos campos de concentração (AMARANTE, 1995).

Esse modelo de intervenção estimula o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, coloca um grupo de pacientes como se fossem “um único organismo psicológico [...] visa desarticular a estrutura hospitalar segregadora e cronificadora [...] não se limita ao poder hierárquico da instituição” (AMARANTE, 1995:29). No entanto, não se comprometeu com a discussão acerca do fundamento do problema da exclusão.

A Psiquiatria de Setor coloca a comunidade como ferramenta de atendimento aos doentes mentais, sendo o Hospital Psiquiátrico apenas uma etapa do tratamento. Os territórios são repartidos em setores geográficos com população de até 70 mil habitantes com uma

equipe de referência formada por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e um conjunto de instituições. O objetivo desse tipo de psiquiatria é oferecer tratamento ao paciente no contexto sociocultural no qual está inserido.

A partir da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária “a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental” (AMARANTE, 1995:36). Esse modelo de psiquiatria tem como objetivo reduzir a doença mental nas comunidades através do mapeamento e identificação das pessoas “potencialmente doentes” (idem: 37). Empenha-se em buscar, na comunidade, os “suspeitos” que são identificados através de questionários elaborados pela equipe profissional.

Nessa perspectiva é utilizado o conceito de ‘desvio’, enquanto comportamento que foge à conduta socialmente estabelecida. A doença mental é colocada como “distúrbio, desvio e marginalidade [...] pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (idem, p.39).

É no contexto do projeto preventista que surge a expressão “**desinstitucionalização**” surge para indicar as medidas de “desospitalização” (p.41). A “**despsiquiatrização**” visa remover do trabalho médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas. Os referidos termos tornam-se parâmetros para as ações no campo da saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica.

O modelo brasileiro, a meu ver, configura-se em uma combinação da Psicoterapia Institucional – ao estimular o envolvimento do sujeito no seu próprio tratamento e da Psiquiatria de Setor – ao incluir a noção de território. O modelo de atenção à saúde mental trazido pelo processo de Reforma Psiquiátrica vai muito além dos preceitos das reformas apresentadas nesta seção. Na seção a seguir, é apresentado o processo de Reforma Psiquiátrica que propõe reformas que vão muito além propondo questionamentos e discussões acerca do modelo até então vigente.

1.4 Processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é importado de países como a França, Itália e Inglaterra – pioneiras em questionar a psiquiatria clássica. O Movimento de Reforma Psiquiátrica é influenciado por projetos como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

A Antipsiquiatria surge na Inglaterra, na década de 1960 e busca romper com o modelo assistencial vigente. É considerada por Amarante (1995) “a primeira crítica radical ao saber médico psiquiátrico” (p.41):

“O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica [...] a antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade” (p.44).

Já o movimento denominado Psiquiatria Democrática surge na França e tem como representante Franco Basaglia que propõe uma nova maneira de compreender e lidar com a loucura. (RAMOS, 2003; OLIVEIRA e ALESSI, 2005). Os idealizadores deste movimento usam o argumento de que a medicina confere uma identidade marginal ao louco, tornando a loucura “visível e invisível”: Visível em relação ao processo de medicalização e invisível enquanto excluído do convívio com a sociedade.

Para o idealizador da Psiquiatria Democrática, o foco da Psiquiatria deveria ser a emancipação e ampliação do poder de troca do indivíduo em sofrimento mental inserido no processo de reprodução social e não a busca pela cura ou reparação desses sujeitos. A proposta é que haja uma abertura para a contribuição de outros saberes além da psiquiatria e que haja uma troca de saberes entre eles – visando abarcar a totalidade do sujeito. Nesse momento é fortalecida a importância da equipe interdisciplinar.

A equipe interdisciplinar trabalha de forma que todos os profissionais funcionem de maneira uniforme e colaborativa. Há, entre os integrantes da equipe reciprocidade, relações profissionais e de poder tendentes à horizontalidade e não mais tão hierarquizadas. O campo da saúde é assunto para muitos profissionais, que devem ter como objetivos comuns estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença (NOGUEIRA, 1998).

As mudanças experimentadas a partir da Reforma Psiquiátrica são resultado de um longo processo histórico de luta pela democratização da saúde no Brasil. São engendrados esforços pela busca da superação do modelo de atenção à saúde mental baseado na exclusão

social do sujeito em sofrimento mental. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil contou com a participação direta de movimentos sociais e políticos que buscavam a redemocratização do país e visavam desconstruir o conceito de saúde em geral e das práticas em psiquiatria.

No processo de redemocratização do país iniciado no fim dos anos 1970, a assistência psiquiátrica encontrava-se em uma situação crítica. O modelo privatizante de saúde instaurado pelo governo da ditadura militar – em que o Estado compra serviços psiquiátricos do setor privado e torna a doença mental uma mercadoria (BISNETO, 2007: 23) – começa a se esgotar. Os movimentos sociais pela redemocratização materializam a insatisfação popular com a repressão e com a política de saúde ora adotada pelo governo da ditadura

Com essa “abertura democrática” (OLIVEIRA e ALESSI, 2005: 192) as condições de maus-tratos aos doentes mentais internados são reveladas e denunciadas. Esses movimentos se apoiavam na mudança dos paradigmas em saúde, passando de uma perspectiva biomédica para uma perspectiva biopsicossocial – que abarca a totalidade processo saúde-doença, em uma interação entre o biológico, psicológico e o meio social.

No campo específico da saúde mental, o foco da prática profissional é passar do modelo de assistência em saúde mental pautado no modo asilar para o modelo pautado no modo psicossocial. A loucura é tida como um fenômeno social e a centralidade está na reinserção social do sujeito e na construção da cidadania.

1.5 Papel dos movimentos sociais na Consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica

A importância dos movimentos sociais para a conquista de direitos é evidente. Os movimentos sociais são um dos mecanismos utilizados pelos cidadãos para reivindicar e ter seus interesses e necessidades coletivas reconhecidos. As políticas sociais são decorrentes da mobilização e da organização da sociedade civil por meio dos Movimentos Sociais (NETTO, 1996).

É a partir da década de 1970 que os Movimentos Sociais no Brasil intensificam-se – nesta década tem-se a consolidação do Capitalismo Monopolista excludente e todas as características negativas a ele intrínsecas. Soma-se a isso o regime político autoritário instalado na sociedade brasileira na década de 60 – que articula as políticas sociais sob o “binômio repressão-assistência” (BRAVO, 2006). Desta forma, as condições de vida da

população brasileira deterioraram-se e tornam-se objeto de debate no âmbito da sociedade civil (COSTA, 1988).

A década de 80 representa o auge dos movimentos sociais no Brasil, isto porque a sociedade brasileira vivia um momento de transição democrática e de busca pela construção de um Estado garantidor de direitos sociais. Ocorre a inclusão de parcelas mais amplas da sociedade na discussão das condições de vida da população. É nessa conjuntura que são fortalecidos os movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Reforma Sanitária.

O movimento de Reforma Psiquiátrica está interligado com o movimento de Reforma Sanitária – que ganha impulso nos anos 80 e evidencia a necessidade da construção de um sistema de saúde universal e descentralizado. A saúde passa a ser pensada como resultante da organização social da produção e como resultado das lutas sociais. Nesse contexto é adotada uma concepção ampliada de saúde, com ênfase nos determinantes e condicionantes sociais, a qual é incorporada pela Constituição Federal de 1988 e abarcada na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram vários os movimentos sociais que influenciaram a mudança do paradigma da assistência em saúde mental. Um movimento determinante para esse processo foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental promovido nos anos 1970 por militantes de correntes da psiquiatria e psicologias alternativas (ROBAINA, 2010). O Movimento coloca a loucura como um fenômeno social, político, histórico e institucional, suscitando o pensamento crítico sobre o saber psiquiátrico.

O objetivo inicial do MTSM é “constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica” (Amarante, 1995: 52). O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é referenciado por Paulo AMARANTE (1995) como o “ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental (p.492). O movimento suscita questionamentos acerca do modelo de assistência em saúde mental e estimula a busca por alternativas às Instituições Psiquiátricas tradicionais. O novo modelo de assistência em saúde mental é pautado no conceito de “desinstitucionalização” (AMARANTE, 1995; Alda GONÇALVES e Roseni SENA, 2001; OLIVEIRA e ALESSI, 2005; BISNETO, 2007).

AMARANTE (1995) trata a “desinstitucionalização” como a superação do modelo de atenção em saúde mental pautado na colocação da “doença como falta e erro” (p.493). O

doente mental, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve ser o sujeito e não o objeto do saber psiquiátrico.

Alda GONÇALVES e Roseni SENA (2001) abordam a desinstitucionalização como uma “progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos” (p.50). As autoras criticam a adoção do termo quando limitado à “desospitalização, desassistência, ou desconstrução” (idem). A questão é que não se trata apenas de fechar instituições e abandonar as pessoas na rua, sem oferecer-lhes assistência. Trata-se de pensar alternativas de reinserção social e reabilitação fora do contexto da hospitalização e do isolamento.

Alguns marcos históricos na trajetória da reforma psiquiátrica podem ser mencionados no Brasil. Em 1979 foi realizado em São Paulo o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental que se propôs a discutir as diretrizes para que fosse alterado o modelo de assistência psiquiátrica e a estimular a participação dos técnicos na gestão das políticas de saúde mental. Os congressos realizados pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental têm como símbolo a luta antimanicomial, com lemas como “Por uma sociedade sem manicômios”, “contra a mercantilização da doença”. (Ministério da Saúde, 2005)

Em 1986 aconteceu em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que conta com ampla participação popular e apresenta uma nova concepção de saúde, sendo então reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, que efetivou a definição de alguns princípios básicos – como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização (MS, 1986). No ano seguinte ocorre no Rio de Janeiro em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental que contou com a participação dos diversos segmentos da sociedade.

Os participantes apontaram como caminhos para a Política de Saúde Mental a oposição ao fenômeno da “psiquiatrização do social” (MS, 1988) sob os moldes da psiquiatria clássica. Além disso, é estimulada a luta pela democratização das instituições e das unidades de saúde, a introdução dos serviços substitutivos extra-hospitalares e a priorização de investimentos nesses serviços além do estímulo à participação multiprofissional. Almeja a “reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente” (I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final).

A partir daí é suscitada a importância da criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos – que eram locais em que os doentes mentais eram submetidos a tratamentos desumanos e violentos, que 'olhava' apenas para a patologia desconsiderando o sujeito. É evidenciada também a importância da articulação entre a política nacional de saúde mental e a política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal (RAMOS, 2003; ROBAINA, 2010).

Uma das primeiras iniciativas no campo legislativo e normativo em defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica foi o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado que entrou no Congresso Nacional em 1989 e propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a eliminação gradual dos manicômios, adotando como propósito a reinserção social do sujeito (RAMOS, 2003; AMARANTE, 1995; MS, 2005). O referido Projeto foi sancionado pelo Congresso Nacional apenas em 2001, após 12 anos em tramitação.

Nos anos 1990 os movimentos sociais, impulsionados pelo Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado e pela “Declaração de Caracas”, conseguem a aprovação em vários estados brasileiros de leis que propõem a substituição paulatina dos leitos psiquiátricos pela rede integrada de atenção à saúde mental (RAMOS, 2003). A Declaração de Caracas é um documento que resulta da Conferência Regional de Saúde Mental realizada em Caracas no ano de 1990, contando com o apoio da Organização Mundial de Saúde. Tal conferência orienta a reestruturação da Atenção em Saúde Mental na América Latina, recomendando a criação dos serviços comunitários de saúde visando a reinserção social e o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais. (OMS, 1990)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1992 em Brasília, tendo como tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial, direito à cidadania”, ratificando os princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde e do SUS, defendendo entre outros aspectos a adoção de uma visão totalizante do processo saúde/doença mental numa perspectiva contextualizada em que “qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito” (MS, 1992), substituição dos serviços baseados no modo asilar, defesa da desospitalização do portador de transtorno mental através da criação.

Dessa forma, a atenção em saúde mental envolve vários âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação) articulados entre si. Os princípios impressos na 8ª Conferência Nacional de Saúde da “universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação” devem ser a base também para a política de saúde mental.

Dentre os acontecimentos que favoreceram a construção do novo quadro de atenção à saúde mental experimentado atualmente com a ampliação e fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) está a III Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como tema “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.” que foi realizada em Brasília em 2001. O relatório que resulta desta Conferência reafirma a desinstitucionalização, a superação do modelo asilar e a importância da intersetorialidade.

1.6 Breve histórico da inserção do Serviço Social na Saúde Mental

Nos EUA, o campo da saúde mental é uma área de atuação do Serviço Social desde o início da constituição da profissão. A princípio, as atribuições dos profissionais do Serviço Social limitavam-se ao reajustamento do paciente. Posteriormente foram sendo incluídas as funções de ajuda à família da pessoa internada, seguindo a orientação de apoio terapêutico (BISNETO, 2009).

Com a ocorrência da 1ª Guerra Mundial, a psiquiatria amplia-se em decorrência do “grande número de neuróticos de guerra” (BISNETO, 2009:18) que passaram a demandar a assistência psiquiátrica. O Serviço Social se expande com o atendimento às famílias dos soldados vindos da Guerra. Nessa época, o Serviço Social tinha como referenciais teóricos o “funcionalismo, estrutural-funcionalismo, higienismo e as psicologias” (p.19), seguindo a metodologia clássica (caso, grupo e comunidade).

O Serviço Social brasileiro sofre forte influência das teorias funcionalistas norte-americanas – principalmente nas décadas de 1940 a 1960. Evidencia-se a supremacia dos EUA a nível mundial e o fortalecimento do capitalismo. No Brasil, vive-se uma época de intenso processo de industrialização e de institucionalização do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social do trabalho. O Serviço Social brasileiro passa a se

preocupar com a adoção de um arcabouço teórico próprio, baseado em critérios técnicos e científicos (ANDRADE, 2008).

A essa época, instaura-se uma “política de boa vizinhança entre o Brasil e os EUA” o que estimula a participação de assistentes sociais brasileiras em congressos interamericanos e a concessão de bolsas de estudos. As assistentes sociais passam a adotar uma concepção funcional de sociedade. A referida concepção:

[...] pressupunha a integração do indivíduo ao bom funcionamento de uma sociedade proposta pela classe dominante. Era enfatizado o trabalho com grupos, quer para interação, quer para fins terapêuticos, de forma a conseguir a melhor adaptação do indivíduo ao seu meio. O modo funcionalista de pensar, investigar e intervir na realidade social ganhou força porque, culturalmente, correspondia aos interesses da ordem e da lógica burguesas instauradas na sociedade civil e no Estado brasileiro [...] As teorias de caso, grupo e comunidade compuseram a tríade metodológica que orientou o Serviço Social na busca da integração do homem ao meio social (ANDRADE, 2008).

A adoção das teorias funcionalistas norte-americanas pelas assistentes sociais brasileiras impedia a adoção de uma visão crítica acerca da questão social e acabava por responsabilizar o indivíduo pelos problemas sociais por ele vivenciados. A ação profissional se dava no sentido de adequar o indivíduo a ordem social imposta pelo capitalismo.

Diferentemente do que ocorreu nos EUA, a inserção do Serviço Social na área psiquiátrica não ocorre de maneira separada, não há o Serviço Social Psiquiátrico. Sua inserção se dá na área da saúde em geral, onde está integrada a psiquiatria. Nas primeiras décadas de existência do Serviço Social, não havia um quantidade significativa de assistentes sociais atuando na área psiquiátrica.

Conforme assinala Bisneto (2009), as primeiras práticas do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil, ocorreram nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil, em 1946, ainda numa perspectiva do “Serviço Social clínico” (p.21). Com as reformas nas áreas da saúde e previdência engendradas pelo governo da Ditadura Militar aumenta-se significativamente o número de hospícios. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Desde então “a doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro [...] uma mercadoria” (BISNETO, 2009: 23).

Nos anos 1970, o INPS passa a exigir a presença de profissionais do Serviço Social nas equipes das instituições psiquiátricas. Isso contribuiu para uma maior inserção do Serviço Social na saúde mental, mas, por outro lado, essa inserção se efetivou de forma precária. Isso porque as referidas instituições contratavam assistentes sociais apenas para acatar as regulamentações legais impostas pelo INPS, pagando aos profissionais baixos salários, sob contratos provisórios e sem atribuições delimitadas.

Para o autor, o profissional do Serviço Social foi inserido no sistema manicomial para controlar as expressões da questão social manifestas Nos hospícios (pobreza, abandono, miséria, etc.). A ação profissional da Assistente Social era direcionada mais para uma complementação à psiquiatria, para resolver alguns problemas de cunho social.

Durante o Movimento de Reconceituação vivenciado pelo Serviço Social nos anos 1970 ocorre a crítica à atuação do Serviço Social em Saúde Mental, contestando as metodologias clássicas da “psiquiatrização” dos problemas sociais e do viés psicologizante. No entanto, não foi dada a ênfase necessária às pesquisas na área de saúde mental e serviço social, o que desfavoreceu o acúmulo de debates (BISNETO, 2007).

Já nos anos 1980, é feita uma análise crítica da história do Serviço Social e da atuação das assistentes sociais em organizações institucionais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica incide diretamente sobre o Serviço Social, pois ele suscita a realização de uma análise coletiva das instituições psiquiátricas, por meio da autocrítica e da auto-avaliação das referidas organizações.

Essa análise institucional busca a abertura da psiquiatria a outros saberes e poderes e, através do Movimento Institucionalista, critica “a alienação a que o louco é submetido pelas instituições”:

“O assistente social em Saúde Mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental” (BISNETO, 2007, pg.52)

Os paradigmas clássicos não conseguem direcionar a prática profissional na perspectiva da garantia de uma assistência biopsicossocial. Em seu cotidiano profissional na área da saúde mental, o profissional do Serviço Social deve se utilizar do conceito mais amplo

de saúde, como parte de algo mais amplo e dinâmico, numa conjugação de diversos fatores (fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais)

Em pesquisa realizada⁷ com o objetivo de analisar como o curso de Serviço Social de determinada Universidade tem abordado o tema da Saúde Mental, constatou-se que esse tema não é contemplado pelo componente curricular do Curso e que o conhecimento dos alunos é limitado. Isso porque as autoras chegaram à conclusão de que a loucura ainda é visto como algo orgânico, endógeno ao indivíduo, sendo assim desconsideradas as influências externas. Ao adotar essa perspectiva orgânica o profissional pode acabar por direcionar sua prática de forma acrítica e ainda subordinada ao saber médico, em uma visão que leva à psicologização e psiquiatrização do social.

Constatou-se, pelas mesmas autoras, que a maioria dos alunos não possui qualquer conhecimento acerca da Lei 10.216/01 que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtorno mental. Isso se dá, em grande parte, pela formação acadêmica falha no que diz respeito à oferta de conhecimentos acerca da saúde mental. Infere-se que “o debate sobre a reforma psiquiátrica e a discussão da política de saúde mental na formação profissional está sendo negligenciada” (PATRIOTA et al, 2010: 62).

No que diz respeito à atuação do Serviço Social na área da Saúde Mental, as autoras afirmam:

“Hoje há um movimento contra-hegemônico em curso, baseado numa concepção mais ampla da loucura, que a entende como um fenômeno biológico, psíquico, social, cultural e histórico [...] A contribuição do Serviço Social deve estar orientada pela e para a leitura crítica dos determinantes sociais do fenômeno saúde/doença e fundamentada no projeto ético-político da profissão” (PATRIOTA, et al, 2010)

Ao se adotar a perspectiva de leitura acerca do fenômeno da loucura acima mencionada, o profissional do Serviço Social atua em consonância com os preceitos impressos no Código de Ética Profissional e enxerga a loucura enquanto fenômeno complexo inserido em um contexto social e político. A pessoa com transtorno mental – enquanto sujeito de direito – é vista em sua totalidade, inserida em uma realidade social complexa e contraditória que incide diretamente ou indiretamente no bem-estar físico e psíquico. Na

⁷ PATRIOTA, Lucia Maria et al. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. Textos & Contextos (Porto Alegre), v.9, n.1, p.55-65, jan./jun. 2010.

próxima seção deste trabalho será feita uma tentativa de demonstrar a afliência entre o Código de Ética da Assistente Social e a Lei 10.216/01 – também denominada Lei da Reforma Psiquiátrica, que suscita as principais conquistas no campo da saúde mental.

1.7 Convergências entre a Lei 10.216 (que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental) e o Código de Ética da Assistente Social

A Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001) – também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial representa um grande avanço no campo das conquistas dos direitos da pessoa em sofrimento mental. A referida lei traz diversas inovações na medida em que nega o modelo hospitalocêntrico, colocando a internação em hospital psiquiátrico como um recurso a ser utilizado em circunstâncias excepcionais. Além disso, a Lei prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e estimula a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental. Desta forma, é preconizada à pessoa em sofrimento mental a convivência social e o direito de tratamento na própria comunidade, em uma busca pela reintegração e reinserção social.

A Lei mencionada defende o tratamento igualitário à pessoa em sofrimento mental, condenando a visão da sociedade que a coloca como alguém com alto grau de periculosidade. Ocorre o estímulo a eliminação de qualquer tipo de preconceito e discriminação direcionados a esses sujeitos.

Os princípios elencados pelo Código de Ética da Assistente Social vão ao encontro dos direitos das pessoas com transtorno mental – contidos na Lei 10.2616/01. As pessoas acometidas por transtornos mentais vivenciam um cotidiano de preconceito e exclusão, isto porque estão inseridas em uma dinâmica societária que exclui a loucura e que não aceita as diferenças. Neste ponto, tanto a referida Lei quanto o Código da Assistente Social preconizam a eliminação de toda e qualquer forma de discriminação e/ou preconceito. Vejamos:

“Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.” (BRASIL. Lei 10.216, 2001)

“VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;” (BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social-Princípios Fundamentais, 2012).

Outra questão presente no texto da lei diz respeito à exclusão das pessoas portadoras de transtorno mental do conhecimento acerca da sua situação de saúde e dos rumos de seu tratamento. A Reforma Psiquiátrica preconiza a participação direta do usuário e da família no tratamento proposto pela equipe terapêutica, como uma forma de acabar com as relações institucionais extremamente hierarquizadas. É imprescindível, nesse processo, que o indivíduo seja visto não apenas como objeto de intervenção, mas como participante ativo no processo de reabilitação e reinserção social.

O respeito aos indivíduos é um compromisso ético de profissionais do Serviço Social. O Código de Ética assinala como deveres da Assistente Social nas suas relações com os usuários, contribuir para que haja participação efetiva dos usuários nas decisões institucionais, democratizar as informações e acesso aos programas disponíveis, entre outros:

“Art. 5º [...] a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;

c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional[...]

g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as [...] (BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social-TÍTULO III – DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS, 2012);

“Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; [...] V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para

esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.” (BRASIL. Lei 10.216, 2001)

Assim como no Código de Ética da Assistente Social é preconizado o respeito ao indivíduo, a Lei 10.216/01 imprime essa mesma característica. Se antes, a pessoa em sofrimento mental era tida como alguém incapaz de compreender o processo pelo qual estava passando e tida apenas como objeto de intervenção médica, a partir da referida Lei é garantido o direito de participação nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento de saúde e o direito de obter um tratamento inclusivo – no sentido de não estar excluído do convívio com a sociedade.

Não se deseja, no presente trabalho, afirmar que a Lei aqui abordada conseguiu sanar com todos os entraves na garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental. A intenção é a de demonstrar a importância desta na mudança dos paradigmas da assistência em saúde mental e no posicionamento da pessoa em sofrimento mental enquanto sujeito de direitos. A aprovação da Lei foi apenas o primeiro passo de um longo processo que envolve diversos âmbitos da sociedade em uma relação dinâmica e contraditória. Sabe-se que a realidade da rede de atenção em saúde mental do Brasil ainda carece de melhorias, visto que não consegue alcançar todos que a demandam.

Capítulo 2 – Rede de atenção à Saúde Mental: uma comparação entre o cenário nacional e o Distrito Federal

A rede de atenção em saúde mental é composta por algumas modalidades de serviços substitutivos que serão apresentadas logo a seguir. Tendo como base os dados do Ministério da Saúde, no documento “Saúde Mental em dados” (2012), serão abordadas as seguintes modalidades: Centro de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico. Pretende-se fazer uma comparação da rede de saúde mental a nível nacional com a rede de saúde mental do Distrito Federal. Há⁸ no Brasil 1742 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e 625 Residências Terapêuticas.

2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são os primeiros serviços concebidos com a nova orientação de atenção à saúde mental, de substituição ao internamento em Hospital Psiquiátrico, funcionando na qualidade de serviço ambulatorial. O primeiro CAPS do Brasil de nome Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo (RIBEIRO, 2004⁹).

Os denominados Centros de Atenção Psicossocial foram criados como serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos. Esses serviços têm como objetivo fazer o acolhimento das pessoas que sofrem com transtornos mentais, garantindo-lhes cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. O CAPS é um serviço aberto e comunitário que favorece o exercício da cidadania e a inclusão dos usuários e de suas famílias, evitando internações em hospitais psiquiátricos (RAMMINGER e BRITO, 2011).

A Portaria GM N° 336 – de 19 de fevereiro de 2002 estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial em diferentes modalidades, “definidos por ordem crescente e porte/complexidade e abrangência populacional” (Portaria GM nº336, Art.1º). Os CAPS configuram-se nas seguintes modalidades:

⁸ Fonte: Saúde Mental em Dados. Ano VII, nº 10, março de 2012. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

⁹ RIBEIRO, Sérgio Luiz. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Revista PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2004, 24 (3), 92-99.

Tabela 1 – Modalidade CAPS

	Capacidade operacional	Demanda atendida	Equipe técnica mínima	Horário de Funcionamento
CAPS I	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes	01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social , terapeuta ocupacional, pedagogo ou outros; 04 profissionais de nível médio.	8 às 18 horas, nos cinco dias úteis da semana
CAPS II	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes	01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio	8 às 18 horas podendo se estender até as 21:00 horas
CAPS III¹⁰	População acima de 200.000 habitantes	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes	02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 05 profissionais de nível superior e 08 profissionais de nível médio, além de equipe de acolhimento noturno.	24 horas por dia
CAPSi II	População de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local	Crianças e adolescentes com transtornos mentais	01 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio	8 às 18 horas em dias úteis, podendo se estender até as 21:00 horas
CAPSad I¹¹	Municípios com população superior a 70.000 habitantes	Pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas	01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 01 médico clínico, 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio	8 às 18 horas, em dias úteis.

Tabela de elaboração própria, a partir das informações contidas na Portaria GM Nº 336/2002.

10 Ao contrário do CAPS I e CAPS II, o CAPS III oferece acolhimento noturno para os pacientes que necessitarem, com no máximo cinco leitos para descanso e/ou observação.

11 Além das atividades básicas prestadas, deve oferecer leitos para desintoxicação e repouso e atendimento de desintoxicação.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, o Brasil possui 1742 CAPS, sendo que a média de cobertura nacional por 100.000 habitantes é de 0,72 – que é considerada uma cobertura “muito boa”. Os parâmetros adotados para o nível de cobertura destes serviços são: “insuficiente/crítica (abaixo de 0,20); baixa (0,20 a 0,34); regular/baixa (0,35 a 0,49); boa (0,50 a 0,69) e muito boa (acima de 0,70)” (MS, 2012).

Tabela 2 – Indicador de Cobertura CAPS

Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e UF.
(Brasil, 2002- 2011)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,26
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

De acordo com a tabela acima, a média de cobertura no Distrito Federal seria de 0,25 – que é considerada “baixa”. No entanto, a realidade vivenciada pelo Distrito Federal não é reconhecida pelo Ministério da Saúde. A quantidade de CAPS no Distrito Federal parece não ser consensual. Enquanto o Ministério da Saúde afirma que o Distrito Federal possui 07 (sete) Centros de Atenção Psicossocial, a Diretoria de Saúde Mental (DISAM) afirma que há, atualmente, 17 CAPS, localizados nas seguintes cidades: Taguatinga, Paranoá, Riacho Fundo, Planaltina, Samambaia, Sobradinho, Santa Maria, Guará, Ceilândia, Itapoã e Brasília.

Foi informado que alguns Centros de Atenção Psicossocial ainda não foram cadastrados pelo Ministério da Saúde. Acredito que haja um problema na atualização dos

dados referentes à rede de atenção em saúde mental e, provavelmente, há uma falha de comunicação entre a DISAM e o Ministério da Saúde. Se os dados fornecidos pela DISAM referentes à quantidade de CAPS no Distrito Federal, a cobertura seria considerada mais adequada.

O CAPS que se articula com o campo de pesquisa do presente trabalho trata-se do Centro de Atenção Psicossocial que funciona na modalidade de CAPS II. Está localizado próximo ao Hospital pesquisado o que, em tese, facilitaria o trabalho integrado entre as equipes profissionais. Porém, na prática há um distanciamento entre as equipes profissionais do Centro de Saúde, CAPS e Hospital de referência.

O CAPS II da cidade satélite pesquisada encontra-se sobrecarregado, há longas filas de espera por atendimento e uma quantidade de profissionais que não condiz com a demanda apresentada. Talvez o motivo seja o fato de que a cidade possui, atualmente, 230.000 habitantes e apenas um Centro de Atenção Psicossocial de referência. De acordo com a Portaria GM nº336/2002, o CAPS II funciona em municípios com até 200.000 habitantes, sendo então necessário uma CAPS da modalidade CAPS III para atender toda a demanda apresentada pela população.

Um serviço de vital importância não consegue abarcar todas as demandas colocadas, já que um único CAPS fica responsável por atender a demanda de toda a cidade, que possui as mais diversas expressões da questão social que incidem diretamente no bem-estar físico e psíquico da população. O que percebe é o descaso do Estado para com essa demanda, o que é consequência do avanço neoliberal que acarreta significativas perdas no campo dos direitos sociais. Se o campo da saúde em geral é amplamente atingido, o campo da saúde mental parece estar esquecido. Esses sujeitos usuários dos serviços de saúde mental já estão inseridos em uma dinâmica de exclusão e preconceito e ainda vivenciam no cotidiano o descaso da sociedade e principalmente do Estado.

2.2 Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram instituídos pela Portaria nº106/MS de 11 de fevereiro de 2000. Apesar de terem sido regulamentadas pela referida Portaria, as

Residências Terapêuticas¹² já funcionavam desde a década de 90 em alguns estados brasileiros (SP, RJ, RS) sob a denominação de “lares abrigados”¹³. Assim como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos funcionam como serviços substitutivos às (longas) internações em Hospitais Psiquiátricos. A Portaria citada os define como:

[...] moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

As Residências Terapêuticas podem abrigar até oito usuários e possuem uma equipe técnica mínima¹⁴ formada por 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde que tenha formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental e 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Possuem como finalidade não apenas ao suprimento da necessidade de moradia dos usuários, mas principalmente a promoção da reabilitação social do sujeito, por meio da reinserção social e do resgate da autonomia. Os supracitados serviços devem estar articulados com a rede de atenção à saúde (CAPS, Centros de Saúde, ambulatório, entre outros) e não possuem a rigidez experimentada nos Hospitais Psiquiátricos. Esse tipo de serviço possui importância fundamental para a continuidade do processo de reforma psiquiátrica e a defesa dos seus princípios:

Os Serviços Residenciais Terapêuticos atendem a necessidade de construção de um outro lugar social para a loucura, ao instituírem uma nova dialética do cuidado, uma vez que cuidado também é inclusão social e não há clínica da reforma

¹² A importância da existência de locais que servissem de lares para as pessoas com transtorno mental egressas dos Hospitais Psiquiátricos é sinalizada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992 (Ministério da Saúde, 2004).

¹³ Brasil. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>

¹⁴ Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

que não seja de igual modo uma clínica de inclusão social (MATOS; MOREIRA, 2013)¹⁵

De acordo com o relatório do Ministério da Saúde “Saúde Mental em Dados” (2012) não há Serviço Residencial Terapêutico no Distrito Federal. O questionamento que fica é: o que são feitos dos usuários que se encaixam no perfil de tal serviço? É evidente que os Serviços Residenciais Terapêuticos poderiam servir de apoio aos usuários de outros serviços de saúde mental, a exemplo dos CAPS. Na cidade pesquisada, não há iniciativas que procurem prover a falta desse serviço. Provavelmente, há uma quantidade considerável de usuários que não possuem rede de apoio sóciofamiliar e que não possuem condições de moradia.

O Núcleo de Serviço Social se depara constantemente com a demanda colocada por usuários que não possuem rede de apoio sociofamiliar e não possuem local de moradia. A ação profissional encontra obstáculos para se efetivar, visto que a rede de Assistência Social encontra-se sobrecarregada. Os usuários ficam a mercê do aparecimento de vagas em serviços de longa permanência. O CREAS – responsável por providenciar as referidas vagas afirma que há uma longa fila de espera por tal serviço. Desta forma, não resta outra opção ao usuário a não ser esperar.

Não há estudos que abordem a temática da ausência de Residências Terapêuticas no Distrito Federal ou quais seriam os impactos no cotidiano das pessoas com transtorno mental residentes no DF. Da mesma forma, não existem estudos que se propõem a analisar a rede de apoio sociofamiliar dos usuários dos serviços no campo da saúde mental no Distrito Federal. É importante refletir sobre a importância da fomentação de estudos qualitativos que discutam a precariedade da rede de saúde mental do Distrito Federal e do cotidiano dos usuários. Permanece a desinteresse geral em abordar tal temática, no entanto, não pretendo com este estudo esgotar tal debate.

¹⁵ MATOS, Bruna Gusmão de; MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17,n. 4,Dez. 2013.

2.3 Hospital São Vicente de Paulo

Enquanto o Brasil possui um total de 198¹⁶ Hospitais Psiquiátricos, o Distrito Federal possui, em sua estrutura, um hospital psiquiátrico. O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) localiza-se na cidade de Taguatinga e é o único Hospital Psiquiátrico público do Distrito Federal. Portanto, permanece seguindo a lógica da hospitalização e modo asilar de atenção à saúde mental, em detrimento do modo de atenção psicossocial. É o Hospital Referência especializado em atendimento psiquiátrico do DF e acaba por manter o “paradigma psiquiátrico e excludente do doente mental” (Lima e Silva, 2004).

A Reforma Psiquiátrica preconiza a extinção dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição progressiva por serviços alternativos e comunitários, a exemplo dos CAPS. Dessa forma, a existência do referido Hospital Psiquiátrico não condiz com os princípios elencados pelo processo de reforma.

Os dados do Ministério da Saúde¹⁷ referentes à quantidade de Hospitais Psiquiátricos existentes no Brasil são alarmantes. No ano de 2011 – 10 anos após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Brasil ainda possui 198 Hospitais Psiquiátricos:

¹⁶ Fonte: Saúde Mental em Dados. Ano VII, nº 10, março de 2012. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

¹⁷ Saúde Mental em Dados. Ano VII, nº 10, março de 2012. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Tabela 3 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF

Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, 2011).

UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 10.000 hab.
AC	15993583	1	53	0,03
AL	3120922	5	880	2,82
AM	41252160	1	126	0,03
BA	10439601	7	832	0,80
CE	8796032	7	928	1,06
DF	6004045	1	85	0,14
ES	3766834	3	620	1,65
GO	3168133	10	1171	3,70
MA	3512672	3	663	1,89
MG	2068031	17	2242	10,84
MS	19595309	2	200	0,10
MT	1383453	2	202	1,46
PA	8448055	1	56	0,07
PB	6249682	5	706	1,13
PE	6569683	13	2028	3,09
PI	2449341	1	160	0,65
PR	10695532	15	2460	2,30
RJ	3033991	33	5819	19,18
RN	14021432	4	572	0,41
RS	3119015	6	801	2,57
SC	732793	4	670	9,14
SE	2562963	2	280	1,09
SP	7588078	54	10570	13,93
TO	3480937	1	160	0,46
Total	188.052.277	198	32.284	1,717
Total Brasil	190.732.694			1,693

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datasus

É importante salientar que o princípio da desospitalização deve vir acompanhado da criação e oferta de serviços substitutivos para garantir a continuidade da assistência à pessoa com transtorno mental. Do contrário corre-se o risco de promover a “sujeição da pessoa com sofrimento mental a uma situação de abandono e de pobreza, seja pela insuficiência ou pela falta desses serviços substitutivos” (Lima e Silva, 2004) e piora do quadro de sofrimento psíquico e/ou mental do sujeito.

2.4 Instituto de Saúde Mental

O Instituto de Saúde Mental¹⁸ localiza-se na cidade do Riacho Fundo¹⁹ e nasce junto com os ideais trazidos com a Reforma Psiquiátrica. O referido Instituto foi inaugurado em 1987 – momento que coincide com o auge dos movimentos sociais no Brasil, com a ocorrência do processo de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, luta pela redemocratização do país, entre outros. O ISM funciona como um Hospital-dia que se configura como um “recurso intermediário entre a internação e o ambulatório [...] visando substituir a internação integral” (Portaria/SNAS nº 224, de 29/01/1992).

O foco da equipe multidisciplinar é a saúde e o usuário é visto como cidadão e não como doente. O objetivo do Instituto de Saúde Mental é o de promover a inclusão social e a reabilitação social do usuário dos serviços de saúde mental. Aos usuários são disponibilizados diversos serviços, como atividades terapêuticas e oficinas (música, artes, etc) – sendo o foco sempre a inclusão e a reintegração social da pessoa em sofrimento mental.

O ISM oferece três modalidades de atendimentos aos seus usuários, as quais são: Ambulatório; Casa de passagem e CAPS. A casa de passagem é destinada àqueles usuários que se encontram com os vínculos familiares rompidos, funcionando como uma espécie de Serviço Residencial Terapêutico.

¹⁸ Informações obtidas através de uma colega de graduação que já realizou estágio curricular no local.

¹⁹ Uma curiosidade interessante sobre o local: o espaço físico no qual funciona o Instituto de Saúde Mental já foi residência presidencial, tendo abrigado Emílio Garrastazu Médici – ícone repressor da Ditadura Militar.

Capítulo 3 – METODOLOGIA

3.1 Apresentação

A presente pesquisa tem como objetivo descobrir a compreensão da assistência em saúde mental na perspectiva das profissionais do Núcleo de Serviço Social de um Hospital público do Distrito Federal²⁰. A pesquisa contou com a participação de cinco (05) assistentes sociais. Atualmente, o Núcleo de Serviço Social possui, em seu quadro funcional, oito (08) Assistentes Sociais, sendo que quatro delas possuem regime de trabalho de 40 horas semanais e quatro de 20 horas semanais.

A pesquisa é de método qualitativo de natureza exploratória. Conforme assinalam Roberto Sampieri e Carlos Collado (2006) a pesquisa de natureza exploratória tem como objetivo pesquisar sobre um tema ou problema que tenha sido pouco estudado, “do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” (pg.99). Durante a revisão de literatura ficou perceptível a ausência ou insuficiência de estudos que abordem a temática da saúde mental.

Dos estudos existentes poucos se propõem a descobrir a concepção e a percepção dos profissionais acerca do modelo de assistência em saúde mental trazido a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica. Essa escassez torna-se ainda mais evidente quando se trata do Serviço Social especificamente: são quase inexistentes os estudos na área da saúde mental que sejam de autoria de profissionais do Serviço Social. Além disso, a quantidade de obras que abordam diretamente a inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental é irrisória.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, através de questionário contendo tanto perguntas fechadas como perguntas abertas. Esse tipo de pesquisa possibilita o surgimento de novas informações de maneira mais livre e as respostas não ficam limitadas a alternativas padrões fechadas. Foi previamente elaborado roteiro contendo os questionamentos básicos abordados durante a entrevista. O roteiro auxilia o pesquisador no sentido de garantir uma melhor organização e a não correr o risco de acabar por fugir dos objetivos pretendidos no estudo (BONI e QUARESMA, 2005).

²⁰ Foi feita opção metodológica de omitir o nome do Hospital no qual está inserido o Núcleo de Serviço Social pesquisado com o objetivo de preservar o sigilo das profissionais.

3.2 Por que pesquisar Saúde Mental?

Durante a minha trajetória acadêmica no curso de Serviço Social senti falta da discussão de alguns temas que estão presentes no cotidiano, como o tema **Saúde Mental** que é um campo bastante complexo e, como pude observar pouco discutido. Este é um campo interessante de se mergulhar, pois está em constante mudança e é influenciado pelas tensões entre os padrões de atenção à saúde, tanto a saúde em geral com a saúde mental – que oscila entre o modelo manicomial/asilar e o modelo psicossocial/comunitário.

O próprio Serviço Social – enquanto profissão apta a lidar com as diferentes expressões da questão social – pouco se propôs a estudar a Saúde Mental como campo de intervenção do Serviço Social. Durante o Movimento de Reconceituação vivenciado pelo Serviço Social nos anos 1970 ocorre a crítica à atuação do Serviço Social em Saúde Mental, contestando as metodologias clássicas da “psiquiatrização” dos problemas sociais e do viés psicologizante. No entanto, não foi dada a ênfase necessária às pesquisas na área de saúde mental e serviço social, o que desfavoreceu o acúmulo de debates (BISNETO, 2007).

Alguns pontos do Movimento de Reforma Psiquiátrica condizem com os princípios defendidos pelo Serviço Social, como a discussão acerca das organizações institucionais, a defesa da interdisciplinaridade e da democratização das relações entre técnicos e usuários. Acima de tudo a concepção de loucura ora adotada, como um fenômeno social, político, histórico e institucional.

Apesar de a psiquiatria ter se tornado um campo interdisciplinar, para autores como ROBAINA há ainda a predominância dos saberes denominados “*psi*” e os profissionais que estão à frente dos serviços substitutivos são, em sua maioria, psicólogos e psiquiatras com formação em psicanálise (2010). O presente estudo terá a intenção de contribuir para entender mais sobre esse campo tão complexo que é o da saúde mental.

O objetivo do estudo será realizar uma pesquisa qualitativa para descobrir a compreensão de assistência em saúde mental na perspectiva dos profissionais do Núcleo de Serviço Social de um Hospital público do Distrito Federal. Algumas questões pertinentes surgem e poderão ser respondidas por meio da presente pesquisa empírica. As questões a serem levantadas na pesquisa serão:

- Qual a percepção das profissionais acerca do modelo de atenção à saúde mental adotado/vigente? Esse modelo de atenção à saúde mental condiz com os preceitos da Reforma Sanitária, do SUS e da Reforma Psiquiátrica?;

- Descobrir o conhecimento dos referidos profissionais acerca da Reforma Psiquiátrica e da Lei 10.216 (que dispõe acerca dos direitos e proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais);
- Conhecer o perfil da equipe profissional (interdisciplinar/multidisciplinar);
- A equipe de assistentes sociais sente-se capacitada para atuar junto à população portadora de transtorno mental? Acreditam que a formação universitária capacita a profissional Assistente Social a atuar juntamente a essa demanda?

3.3 Apresentação do Campo de pesquisa

Núcleo de Serviço Social

As ações do Serviço Social no Hospital pesquisado partem da compreensão da saúde em seu conceito mais amplo. Como coloca a Organização Mundial de Saúde, em que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (OMS²¹). O foco está na recuperação da saúde do usuário, realizado por equipe interdisciplinar.

Neste contexto destaca-se a concepção ampliada de saúde, com ênfase nos determinantes e condicionantes sociais.

Art. 3º. 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. (Lei 8080/90)

O Serviço Social atua junto aos usuários do SUS no processo de viabilizar a equidade e universalidade no acesso, usufruto dos direitos da cidadania e dos serviços prestados à sociedade pelas políticas públicas (CFESS, 2009).

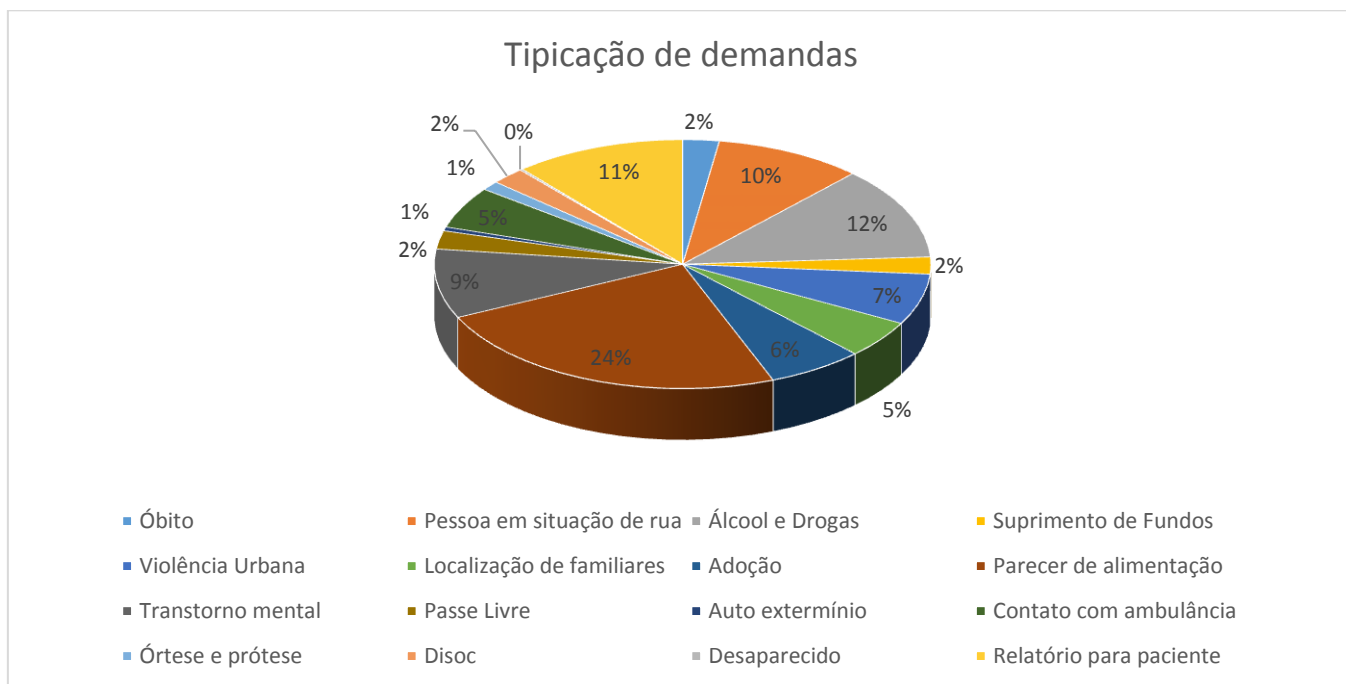
²¹ Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo. Disponível em < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social na saúde – assim como em qualquer outro espaço profissional – são orientadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, e devem ser observados e respeitados.

O Núcleo de Serviço Social do Hospital possui como missão: “contribuir, juntamente com a equipe multidisciplinar de saúde, com a superação e/ou minoração, junto ao paciente e sua família, das situações de vulnerabilidade social que dificultam e/ou impedem a prevenção, promoção e recuperação da saúde”. (RAQ, 2014)

Não há registros oficiais referentes ao surgimento do Serviço Social no Hospital, o que consegui obter foi o Relatório Quadrimestral de Atendimento. O referido relatório traz, de forma sistematizada, os atendimentos realizados pela equipe do Núcleo de Serviço Social. No período de maio a agosto de 2014 foram realizados 869 atendimentos pelo NSS, sendo a demanda bastante diversificada:

Tabela 4 – Tipificação de demandas – Núcleo de Serviço Social



Conforme foi possível observar no gráfico acima, cerca de 27% dos usuários atendidos no período compreendido dizem respeito à demanda referente à saúde mental, denominados no gráfico como “transtorno mental” “álcool e drogas” e “auto-extermínio”. A quantidade de usuários referentes à saúde mental atendidos é significativa, sendo importante frisar que o Hospital não possui médico psiquiatra e o Centro de Atenção Psicossocial de referência não

possui Assistentes Sociais em seu quadro funcional, a equipe profissional não possui capacidade de atender a toda a demanda colocada.

As dificuldades referentes ao atendimento à demanda da Saúde Mental são relatadas no Relatório Quadrimestral formulado pela equipe do Núcleo de Serviço Social. Segundo relatado no referido documento:

Como dificuldades, persistem as citadas nos relatórios anteriores, como a fragilidade da rede socioassistencial, principalmente no que se refere ao atendimento às demandas de saúde mental (onde incluem-se o álcool e outras drogas). A baixa capilaridade da rede supracitada, bem como a pouca articulação intersetorial, faz com que grande parte desse público não tenha acesso às Políticas Públicas, alijando-o do processo de inclusão que viabilizaria seu empoderamento e autonomia. Isso faz com que a vulnerabilidade e o risco social a que estão submetidos sejam cada vez mais aprofundados. Essa realidade dificulta a atuação do Núcleo de Serviço Social nos atendimentos aos pacientes portadores de transtornos mentais, bem como às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, permitindo somente uma intervenção emergencial e pontual, que muitas vezes se torna improfícua quando pensamos no conceito ampliado de saúde (RAQ, 2014).

As dificuldades explanadas no relato acima citado acabam por limitar a ação profissional na busca de um atendimento universal, integral e continuado para a pessoa com transtorno mental. De acordo com relatos da equipe profissional do Núcleo de Serviço Social do Hospital, as pessoas com transtorno mental atendidas no referido local apresentam demandas das mais diversas que dizem respeito à defesa dos seus direitos sociais. Como ações profissionais executadas foram citados os encaminhamentos para a rede de saúde mental de referência, além da orientação acerca de benefícios no âmbito da Assistência Social e da Previdência (como o Benefício de Prestação Continuada e o Passe Livre).

3.4 Cuidados éticos

O Projeto de Pesquisa foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH, no entanto, depois de decorridos mais de quatro meses desde a submissão do Projeto não houve resposta do referido comitê. Objetivou-se, inicialmente, realizar a pesquisa também no CAPS de referência, no entanto, não foi possível por causa das exigências do referido local em se comprovar a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa.

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Serviço Social de um Hospital público de uma cidade satélite do Distrito Federal mediante assinatura do Termo de Aceite Institucional da Chefa do referido local. No início da pesquisa foram entregues, a todas as participantes, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – contendo os principais pontos a serem

abordados pela pesquisa, objetivos e a garantia da preservação da identidade da pessoa entrevistada e a garantia da utilização das informações prestadas apenas para fins do referido estudo. Foi garantido às participantes da pesquisa o anonimato e sigilo, não acarretando qualquer perigo ou prejuízo às pessoas envolvidas. A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora, preservando o sigilo das informações prestadas e a sua utilização apenas para fins do presente estudo.

A literatura tem mostrado essas dificuldades enfrentadas por pesquisadores que utilizam metodologias qualitativas. Oliveira e Guedes (2013) colocam que um dos principais desafios trazidos pela Resolução CNS 196/96²² e que implica diretamente na realização das pesquisas qualitativas é o não reconhecimento das especificidades das pesquisas sociais. A referida Resolução está direcionada para as pesquisas biomédicas que apresentam eventuais riscos envolvendo danos físicos aos sujeitos de pesquisa, já o “sistema de revisão ética é pouco sensível às particularidades da pesquisa em Serviço Social” (OLIVEIRA e GUEDES, 2013²³).

As diversas exigências impostas pelos Comitês de Ética em Pesquisa na aprovação dos projetos de pesquisa qualitativa acabam por atrapalhar o andamento das pesquisas e atrasar os cronogramas elaborados pelos pesquisadores. Além disso, essa dificuldade em se conseguir a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa tem desestimulado os pesquisadores a realizar pesquisas investigativas que envolvam o contato direto com o sujeito de pesquisa. Isso faz com que os pesquisadores optem pela realização de pesquisas bibliográficas apenas, e “a consequência é a fragilização da produção do conhecimento” (NOGUEIRA e SILVA, 2012²⁴).

3.5 Perfil das entrevistadas

Foram entrevistadas cinco assistentes sociais, todas do gênero feminino. O tempo de formação das profissionais varia entre 4 e 11 anos. Duas das entrevistadas cursaram a

²² Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

²³ OLIVEIRA, Ana Carolina; GUEDES, Cristiano. Serviço Social e Desafios da Ética em Pesquisa: um estudo bibliográfico. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 119-129, 2013.

²⁴ NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Vini Rabassa da. Ética em pesquisa, Plataforma Brasil e a produção de conhecimento em ciências humanas e sociais. SER Social, Brasília, v. 14, n. 30, p. 190-209, jan./jun. 2012.

graduação em Serviço Social na Universidade de Brasília e duas concluíram em universidades privadas. Nenhuma das entrevistadas já chegou a atuar no campo da saúde mental. A tabela a seguir traz o perfil das entrevistas de forma sistematizada:

Tabela 5 – Perfil das entrevistadas

	Tempo de formação	Local de formação	Tempo de trabalho no local	Já atuou na Saúde Mental?
Assistente Social 01	07 anos	Universidade de Brasília	Um ½ ano	Não
Assistente Social 02	10 anos	Universidade de Brasília	Cinco anos	Não
Assistente Social 03	10 anos	Universidade Estadual do Ceará	Três anos	Não
Assistente Social 04	04 anos	Pontifícia Universidade Católica/GO	Seis meses	Não
Assistente Social 05	11 anos	Universidade Católica/GO	Cinco anos	Não

Tabela de elaboração própria.

Capítulo 4 – Resultados e Discussão

4.1 Compreensão de Saúde Mental

Não há um conceito formal e homogêneo de saúde mental, sendo adotado o conceito de saúde em geral. Segundo a OMS²⁵ (1946), a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Não há consenso acerca de tal conceito por se tratar de um fenômeno bastante complexo e contraditório. Desta forma, trabalhar-se-á com o conceito de saúde mental que, assim como o da saúde em geral, envolve diversos fatores que incidem diretamente no processo de saúde/doença.

No Brasil, o campo da saúde obtém mais avanços a partir da reforma sanitária e da instituição do Sistema Único de Saúde, em que a questão da saúde assume um novo patamar, passando a ser considerada não apenas a ausência de doença, mas algo bem mais complexo que envolve diversos fatores, além dos biológicos. A Lei 8080/90 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – ressalta essa concepção ampliada de saúde e aborda os determinantes e condicionantes sociais:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Ao investigar a concepção de saúde mental sob a perspectiva das profissionais entrevistadas, as supracitadas afirmaram que tal conceito não difere do conceito da saúde em geral e que envolve diversos fatores. De acordo com os relatos:

²⁵ Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos (Universidade de São Paulo). Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/>>

A saúde mental, assim como saúde em geral, é influenciada por fatores externos, fatores sociais [...] se não há saúde em geral, não há saúde mental [...] o principal fator que influencia a situação de saúde é o fator econômico (Assistente Social 04)

Envolve a capacidade de ter uma vida independente, de tomar decisões [...] acesso à qualidade de vida e a serviços de todas as políticas (Assistente Social 03)

A saúde mental, assim como a saúde em geral envolve fatores sociais, políticos, econômicos e psicológicos (condicionantes sociais da saúde). Está também condicionada às relações intrafamiliares e extrafamiliares as quais a pessoa é submetida [...] é uma questão cultural, dependendo do período histórico, doença/saúde mental é relativa [...] Tem de ser questionado: o que é normal? O que é anormal? Quem decide? [...] A maneira como a rede de saúde mental estrutura-se atualmente é uma forma de controle social (Assistente Social 01).

A profissional nº 01 acima citada apresentou um conceito bem formulado acerca da saúde mental e suscitou várias questões que provocam debates complexos e contraditórios ao envolver as mais diversas questões e campos de conhecimento. Ao colocar a questão da saúde mental como uma questão cultural e como uma forma de controle social²⁶ pelo Estado, remete-me à própria gênese do Serviço Social²⁷ enquanto ferramenta de controle e de manutenção da ordem social. Desta forma as ações profissionais no campo da saúde mental devem ser sempre guiadas pelo projeto ético político da profissão, no sentido de defender os usuários e sua liberdade e combater a opressão – qualquer que seja sua forma.

²⁶ Adote-se como controle social o termo importado da sociologia, que a define um mecanismo que estabelece a ordem social sujeitando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Dessa forma, garante a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. Fonte: Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

²⁷ O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social do trabalho, se desenvolve tendo por pano de fundo o desenvolvimento do capitalismo industrial e da sociedade burguesa. A crescente exploração da força de trabalho e a piora das condições de vida da classe trabalhadora evidenciam o caráter perverso do capital. O Serviço Social é requisitado socialmente enquanto profissão apta a mediar a relação entre capital e trabalho. Os serviços sociais (políticas sociais) são incorporados pelo Estado como forma de controlar a classe trabalhadora e prevenir possíveis insubordinações que possam atrapalhar a ordem social (IAMAMOTO, 2000).

Para a autora Magali Silva (2008), o conceito de saúde mental é influenciado diretamente pelas normas morais e sociais. A referida autora explica que para a sociedade em geral a doença mental é sinônimo de anormalidade – noção essa pautada no que é socialmente imposto. “As noções de saúde e doença são apresentadas como construções conceituais essencialmente valorativas [...] o anormal será, então, objeto de um saber de adaptação, de correção, de reinserção nas regras que transgrediu”.

O conceito de saúde/doença mental é subjetivo e não há consensos acerca de tal paradigma. Sabe-se que, anteriormente à reforma psiquiátrica, o “doente mental” não era visto como sujeito de direitos, mas como alguém com alto grau de periculosidade, que tinha como destino a exclusão da convivência com o restante da sociedade. A partir da reforma psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental é considerada sujeito de direitos, tendo como direitos básicos a reinserção social, o respeito e a reabilitação social.

Importante frisar que essa mudança de paradigma ocorreu no âmbito das políticas destinadas às pessoas acometidas por transtornos mentais, no entanto, o ideário social permanece permeado de preconceito e discriminação, em que a pessoa com transtorno mental é vista como “louca” - que deve ser medicada e internada em um hospital psiquiátrico, ou seja, excluída do convívio social. Há muito ainda que ser feito para efetivar a mudança desse ideário, no entanto, enquanto tal pensamento for reproduzido, a pessoa em sofrimento mental continuará a ser excluída do convívio social e ficará confinada dos muros de suas próprias residências.

4.2 Atendimento Psicossocial

Não há unanimidade acerca do significado do termo ‘psicossocial’. Durante a presente pesquisa surgiram conceitos como “a união do psicológico e do social”, “psicologia mais serviço social”. Para Paulo Amarante (2007), “o ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (p. 63).

As respostas ao questionamento sobre a compreensão das Assistentes Sociais do Atendimento Psicossocial convergem com a discussão da interdisciplinaridade e dos

determinantes e condicionantes sociais da saúde. Nos relatos das entrevistadas o atendimento psicossocial tornou-se quase que sinônimo de atendimento interdisciplinar.

Atendimento interdisciplinar que busca entender, dentro das limitações de cada área, a totalidade do indivíduo através de uma compreensão ampliada da demanda apresentada. (Assistente Social 01)

Atendimento realizado por uma equipe interdisciplinar. (Assistente Social 02)

Atendimento que leva em consideração os fatores sociais: moradia, educação, o acesso a serviços, histórico familiar, rede de apoio primária e secundária [...] atendimento que busque compreender os aspectos sociais e psicológicos que envolvem o paciente e seu núcleo familiar. (Assistente Social 03)

Integrar a família no processo de reintegração e reabilitação social da pessoa com transtorno mental [...] abandonar a perspectiva que incapacita e exclui a pessoa. (Assistente Social 05)

A atenção psicossocial representa o novo paradigma da assistência em saúde mental. Remeter à atenção psicossocial diz respeito à adoção de uma abordagem mais ampla acerca do sofrimento psíquico. A referida abordagem abarca as influências dos aspectos macrossociais, levando-se em consideração os fenômenos sociais que incidem diretamente no processo de sofrimento psíquico do sujeito (PATRIOTA et al, 2010).

Robaina (2010) aborda esta temática da atenção psicossocial. Para a autora deve-se ter o devido cuidado para não confundir o campo da atenção psicossocial com o paradigma psicossocial. Enquanto o campo da atenção psicossocial refere-se ao “plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania [...] relativos aos usuários dos serviços de saúde mental”, no paradigma psicossocial é imputado à assistente social a prática de terapias.

4.3 A centralidade da Família

Antes de adentrar no tema ‘família’ faz-se necessário elucidar um pouco da discussão em torno da sua conceituação. Conforme assinala Miotto (2010):

A família [...] construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos.

É imprescindível para a assistente social abdicar das concepções acerca da família que a colocam como uma estrutura fechada de foro privado ou que define família como um grupo de indivíduos unidos por laços consangüíneos. As assistentes sociais pesquisadas demonstraram adotar a concepção de família como uma estrutura mutável e complexa, inserida nas relações sociais.

O tema “Família” foi bastante recorrente nas respostas dadas e merece destaque na discussão aqui apresentada. A família, no campo da saúde mental, é a intermediária entre a pessoa com transtorno mental e sua inserção na sociedade. Com a implementação dos serviços substitutivos, a família assume papel de destaque, tendo como dever participar ativamente do processo de reabilitação e reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental (NUNES, MACHADO, BELLINI, 2003; SALLES e BARROS, 2013; ROSA e MELO, 2009).

Sabe-se que a saúde mental é influenciada por diversos fatores, e entre esses fatores está a convivência familiar. No relato de uma Assistente Social a saúde mental “Está também condicionada às relações intrafamiliares e extrafamiliares as quais a pessoa é submetida”. Todas as outras entrevistadas mencionaram, em algum momento da entrevista, a influência direta da família no processo de saúde/doença do sujeito.

Torna-se evidente a importância da família na viabilização do processo de reintegração e reinserção social da pessoa com transtorno mental. No entanto, cabe à rede de saúde mental oferecer suporte e preparo para as famílias, buscando não sobrecarregá-las com todas as responsabilidades referentes à garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental. Segundo Rosa e Melo (2009) “as unidades familiares encontram-se muito sobrecarregadas na atual conjuntura, com o crescente empobrecimento e mudanças demográficas”.

A família não pode ser a única responsável pela garantia dos direitos e do bem-estar da pessoa com transtorno mental. As entrevistadas acreditam que há uma sobrecarga sobre os núcleos familiares e há uma desresponsabilização da rede pública de saúde para com a garantia dos direitos essenciais dos usuários da saúde mental. Além de responsabilizar a família, esse procedimento pode gerar o processo de adoecimento dos cuidadores familiares. Segundo dados trazidos por CARDOSO, GALERA E VIEIRA²⁸ (2012) os transtornos mentais acometem uma em cada quatro famílias, sendo que suas consequências “atingem não apenas a pessoa que adoecer, mas também os demais membros da família e em especial o familiar cuidador”.

Essa responsabilização da família pela garantia do bem-estar do sujeito não se restringe ao campo da saúde mental. Andréa Mesquita (2011) aborda a “Família como centralidade nas políticas públicas”. A referida autora pontua que nos países em desenvolvimento o neoliberalismo assume um caráter de “neoliberalismo familiarista”. Com a instituição do Estado mínimo (para o social) a família assume, involuntariamente, a responsabilidade de assumir o bem estar de seus componentes, eximindo-se o Estado de tal encargo. Dessa forma, o Estado “garante o enfrentamento da questão social de forma mais rápida, mais eficiente e mais barata para o capital”.

A questão da sobrecarga e a responsabilização da família são abordadas em diversos estudos do campo da saúde. Araújo e Leitão (2012) realizam um estudo abordando o tema da sobrecarga dos cuidadores familiares responsáveis pelos cuidados com os pacientes acometidos de câncer em sua fase terminal. Segundo as autoras, esses cuidadores passam a apresentar altas taxas de ansiedade e depressão, além do risco eminente de adoecimento. O problema central está no fato de que os cuidadores familiares são vistos como um mecanismo que beneficia o paciente, mas não são considerados objeto de intervenção da equipe de saúde.

Seima e Lenardt (2011) exploram a temática no que diz respeito aos cuidadores familiares de pessoas acometidas pelo Mal de Alzheimer. As autoras reiteram as afirmações principais explanadas no parágrafo anterior e afirmam que “os familiares brasileiros ostentam a função de cuidadores desassistidos e desprotegidos do apoio de programas governamentais efetivos” que teriam que oferecer subsídios e orientações para esses familiares.

²⁸ CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari and VIEIRA, Mariana Verderoce. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.4, pp. 517-523.

4.4 Conhecimento acerca das legislações e da Reforma Psiquiátrica

O conhecimento sobre legislação é uma fator importante para a intervenção do profissional na saúde, no sentido de guiar as ações profissionais. Nas entrevistas, esse assunto foi abordado, o relato a seguir traduz os resultados obtidos na pesquisa no que diz respeito ao conhecimento das Assistentes Sociais acerca das legislações da assistência em saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica.

Só conheço as legislações mais básicas, a que trata sobre a reforma sanitária e a que regulamenta os CAPS. Tive acesso às legislações apenas no momento da prática profissional (Assistente Social 01).

Duas profissionais avaliaram não possuir conhecimentos acerca das referidas legislações. Afirmaram que, no ato do atendimento de alguma demanda que requer o conhecimento específico das legislações, realizam pesquisas em materiais informativos disponíveis. Além de fazer uso de ferramentas tecnológicas para se manterem atualizadas sobre o assunto.

A profissional do Serviço Social deve manter-se atualizada e em constante busca por conhecimentos adicionais, com vistas a garantir a qualidade do atendimento prestado ao usuário. O Código de Ética Profissional, em seu artigo 2º coloca como um dos direitos da assistente social: “f- aprimoramento profissional de forma contínua”. A meu ver, esse não é apenas um direito da assistente social, mas, mais do que isso, é um dever da profissional.

A importância da formação continuada para os/as profissionais do Serviço Social torna-se evidente no processo de atendimento às diversas expressões da questão social manifestas no cotidiano da ação profissional. O/a profissional deve estar em articulação com exigências colocadas no cotidiano profissional, exigências essas dinâmicas e mutáveis. A formação continuada “instrumentaliza o assistente social na tarefa de sistematização da realidade social” (MARCONDES, BARBOSA e BRISOLA, 2012). Dessa forma, o profissional torna-se qualificado para dar respostas mais adequadas às demandas apresentadas. “Contribui para o desenvolvimento de habilidades que possibilitarão uma ação crítica, criativa e comprometida” (OLIVEIRA e SOUZA, 2007).

Uma das entrevistadas afirmou que possui conhecimentos básicos acerca das legislações da saúde mental, adquiridos por meio de participação em um curso oferecido pelo próprio SUS. As demais entrevistadas afirmaram que não tiveram conhecimento de qualquer curso oferecido que abordasse a temática da assistência em saúde mental.

Depreende-se das entrevistas que as Assistentes Sociais possuem conhecimentos limitados acerca da legislação específica do campo da Saúde Mental. Não obstante, não apresentaram o desejo de aprimorar tais conhecimentos.

4.5 Modelo de Assistência em Saúde Mental vigente na Instituição

O modelo de Assistência em Saúde Mental sofreu modificações significativas a partir do processo de Reforma Psiquiátrica. Se antes o modelo vigente era o modelo tradicional asilar baseado na internação em Hospital Psiquiátrico – excluindo o indivíduo em sofrimento mental do convívio com a sociedade e do seu tratamento, a Reforma Psiquiátrica estimula a adoção do modelo de assistência psicossocial. O modo psicossocial se materializa com a implementação de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico que estimulam a reintegração e reinserção social da pessoa com transtorno mental, situando-o como portador de direitos e incluindo-o ativamente no seu tratamento de saúde (ROBAINA, 2010; BISNETO, 2009; AMARANTE, 1995).

A importância em se abordar tal temática na presente pesquisa fez-se necessária no sentido de descobrir se as profissionais entrevistadas conseguem visualizar, no cotidiano, os avanços trazidos pelo processo de Reforma Psiquiátrica na modificação da atenção à pessoa com transtorno mental. Surgiu a preocupação de que o Hospital ainda reproduzisse o modelo de atenção à saúde mental baseado nas práticas tradicionais de exclusão da pessoa em sofrimento mental e de reprodução dos estigmas de exclusão e periculosidade direcionados às pessoas em sofrimento mental. Objetivou-se, da mesma forma, descobrir se as ações da equipe médica estão pautadas no modelo hospitalocêntrico que coloca a saúde mental enquanto processo apenas orgânico, desconsiderando todos os outros fatores (sociais, políticos, econômicos) que influenciam diretamente no processo de adoecimento mental.

Ao abordar o referido tema durante a entrevista, todas as profissionais afirmaram que não conseguem visualizar qualquer modelo de assistência em saúde mental vigente na

Instituição na qual estão inseridas. Para as entrevistadas, as poucas ações realizadas na instituição dizem respeito a ações pontuais e focadas na contenção das pessoas com transtorno mental em crise. Foi apontado como grande problema na Instituição o fato de não haver, na equipe médica, profissional Psiquiatra ou até mesmo Psicólogo.

Não há atendimento globalizado, visto que o mesmo é extremamente burocratizado. “Modelo Falho”, não há psiquiatra ou psicólogo no Hospital. É uma falha de cunho estrutural [...]“Sistema excludente, que não abarca a totalidade dos transtornos mentais [...] dá preferência aos transtornos mentais mais graves e não trata os mais brandos [...] deveria haver atendimento em saúde mental no Centro de Saúde” [rede de atenção básica]. (Assistente Social 01)

Apesar de não conseguirem visualizar um modelo claro de assistência em saúde mental na Instituição, as profissionais avaliam que as ações direcionadas ao usuário com transtorno mental estejam nos moldes tradicionais da internação psiquiátrica. Isso porque a equipe médica costuma acreditar que os usuários com transtornos mentais devem ser encaminhados a Hospitais Psiquiátricos, a exemplo do Hospital São Vicente de Paulo – único Hospital Psiquiátrico da rede pública do Distrito Federal. O referido Hospital encontra-se nos moldes da psiquiatria tradicional, como instituição asilar. O paciente “não é tratado, é apenas contido” (Assistente Social 03).

As informações obtidas revelam que a equipe médica continua a reproduzir o modo asilar de atenção à pessoa com transtorno mental. A consequência deste processo é a reprodução dos estigmas colocados à pessoa em sofrimento mental, como alguém com alto grau de periculosidade a ser excluído do convívio com a sociedade e incapaz de expressar suas opiniões e participar ativamente do seu tratamento. Desta forma, a pessoa em sofrimento mental não é vista como um sujeito portador de direitos, mas como objeto de intervenção da psiquiatria – nos velhos moldes. Enquanto os Hospitais continuarem a reproduzir esse pensamento, os preceitos da Reforma Psiquiátrica serão apenas ideais a serem atingidos.

A atenção à pessoa em sofrimento mental no Hospital pesquisado torna-se limitada à medida que o mesmo não possui sequer um leito psiquiátrico – ferindo, desta, forma a legislação vigentes que prevê a existência de leito psiquiátrico em Hospitais gerais:

Art. 9º A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; (PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012)

Os referidos leitos são importantes no sentido de atender às pessoas com transtornos mentais no momento de crise já que, em tese, eles estariam à disposição 24 horas por dia. Seria de grande utilidade a existência de leito psiquiátrico no Hospital pesquisado, visto que o CAPS de referência, por se tratar de CAPS II, funciona apenas de segunda à sexta-feira no período de 08:00hs às 18:00hs. A portaria citada acima preconiza a internação pelo tempo mais breve possível e a articulação com a rede de Atenção Psicossocial visando à garantia da continuidade do tratamento.

Além da inexistência de Leito psiquiátrico no Hospital, há ainda o despreparo da equipe de saúde para atender a demanda da Saúde Mental, que continua por reproduzir o estigma e o preconceito direcionados à pessoa com transtorno mental. De acordo com relatos, as pessoas com transtorno mental que chegam ao Hospital em surto são contidas e medicadas, em seguida liberadas. Não há uma intervenção humanizada e continuada.

O encaminhamento para a rede de serviços substitutivos encontra-se travado. Isso está ocorrendo porque, segundo informado, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de referência encontra-se com demanda exorbitante devido à insuficiência de recursos humanos para atuar no local. Some-se a isto o fato de que a cidade satélite possui apenas um Centro de Atenção Psicossocial de Referência. É evidente que as determinações feitas pelo Ministério da Saúde não vem sendo adotadas.

Segundo a Portaria GM nº 336/02, o serviço substitutivo na modalidade de CAPS II possui capacidade para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, sendo que a cidade satélite pesquisada possui atualmente 230.000 habitantes. A equipe técnica mínima do CAPS II deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro (com formação em saúde mental), quatro profissionais de nível superior com formações diversas (entre eles, Assistente Social) e seis profissionais de nível médio.

Os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica definidos na 3ª Conferência de Saúde Mental frisam a importância dos Centros de Atenção Psicossocial se atualizar no sentido de garantir o melhor atendimento à pessoa com transtorno mental: “93. Repensar o

perfil dos serviços prestados pelos CAPS existentes, no sentido de que eles não se tornem um modelo reprodutor de exclusão”. Essa recomendação parece não ser seguida na prática.

A rede de atenção em saúde mental foi considerada como burocrática e insuficiente, já que o CAPS raramente atende aos usuários encaminhados “há uma focalização em uma demanda específica [...] O usuário não é atendido por ninguém, falta rede de apoio” (Assistente Social 01). O CAPS II, de acordo com a legislação vigente, destina-se ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Depreende-se do discurso das entrevistadas, que a ação focaliza-se no controle do momento de crise, não há uma intervenção profissional prévia no sentido de oferecer atendimento e rede de apoio para a pessoa que está em sofrimento mental.

Segundo dados do Jornal de Brasília²⁹, havia no Distrito Federal no ano de 2013 cerca de 75 mil pessoas com transtornos severos e 225 mil com “situações psiquiátricas alteradas” (Jornal de Brasília, 2013). A meu ver, se houvessem ações voltadas para essas pessoas descritas como estando em situações psiquiátricas alteradas, se evitaria o progresso para o transtorno mental mais severo. No entanto, a rede de atenção à saúde mental atual não está possuindo capacidade de atender nem mesmo àquelas pessoas com transtornos mentais severos, que já estão com todos os aspectos da vida prejudicados e encontram-se excluídos da convivência social.

Essa questão apontada nas entrevistas evidencia que a assistência em saúde mental, atualmente, configura-se de forma a ferir os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, de efetivar um atendimento integralizado: “é de fundamental importância a integração com outras políticas sociais [...] visando garantir o exercício pleno da cidadania”. O atendimento integral, conforme preconizado no SUS refere-se ao “reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção” (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

Diante da realidade da rede de assistência à saúde no Distrito Federal, o recurso utilizado pela equipe médica acaba por configurar-se em uma intervenção pontual. As

²⁹ Jornal de Brasília. DF deverá criar 44 unidades de atendimento para pessoas com transtornos mentais. Brasília, 23 set. 2013. disponível em: <http://www.jornaldebrasil.com.br/noticias/cidades/499912/df-devera-criar-44-unidades-de-atendimento-para-pessoas-com-transtornos-mentais/>>. Acesso em 16 nov. 2014.

entrevistadas afirmaram que a equipe médica utiliza, frequentemente, como ferramenta de intervenção nas demandas apresentadas pelo usuário a medicalização³⁰ dos problemas sociais.

4.6 Equipe Interdisciplinar e Equipe Multidisciplinar

A interdisciplinaridade preconiza uma relação de reciprocidade e mutualidade entre os profissionais que compõem a equipe profissional. Os diversos campos de saberes interagem para efetivar uma intervenção totalizante abarcando a demanda de uma forma totalizante, buscando a melhor solução possível para a demanda apresentada. Já na multidisciplinaridade profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, com grau mínimo de cooperação e troca de informações, não havendo um trabalho coordenado por parte dessa equipe (NOGUEIRA, 1998).

A equipe do Núcleo de Serviço Social do Hospital pesquisado demonstrou possuir conhecimento acerca do debate da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade. No relato a seguir exemplifica esse conhecimento:

A equipe multidisciplinar é formada por várias categorias profissionais, cada uma dando sua contribuição dentro da sua área específica. Já na equipe interdisciplinar, as diversas categorias profissionais contribuem de forma que haja uma construção coletiva de um saber para o entendimento da demanda apresentada pelo sujeito. (Assistente Social 01)

A equipe multiprofissional envolve vários profissionais de diversas áreas trabalhando independentemente das outras áreas. Na equipe interdisciplinar “os profissionais dialogam e fazem um planejamento de intervenção junto ao paciente, respeitando o conhecimento do outro. (Assistente Social 02)

³⁰ Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades. (Conselho Federal de Psicologia, 2013. Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida na educação, disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf)

No campo da saúde mental, a intervenção interdisciplinar torna-se imprescindível no sentido de garantir um atendimento integral à pessoa com transtorno mental. Os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, estabelecidos na III Conferência Nacional de Saúde Mental, colocam que “a reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde”.

Todas as entrevistadas classificaram a equipe na qual estão inseridas (no âmbito do Hospital Regional pesquisado) como sendo uma equipe multidisciplinar. Isso porque, segundo relatado, há ainda a cultura da hegemonia do saber médico. As relações entre a equipe de saúde acabam por configurarem-se bastante hierarquizadas. É evidente a diferença dos objetivos do Serviço Social e da Instituição, isso no próprio discurso da equipe de saúde, que trata o usuário como “cliente” e não como “usuário” de serviços dos quais tem direito. E há uma tendência de achar que o papel do Hospital é de apenas tratar da saúde (no conceito restrito, biológico) do usuário, sem considerar os determinantes e condicionantes sociais.

Os princípios impressos no processo de Reforma Sanitária e no processo de Reforma Sanitária suscitam a importância da não hegemonia do saber médico na saúde. Preconiza-se a importância da articulação entre os saberes e da contribuição de todos esses saberes na garantia de um atendimento humanizado e integral (BISNETO, 2009).

As entrevistadas julgam que esta configuração deve mudar, pois a dinâmica de uma equipe interdisciplinar permitiria um melhor atendimento ao usuário, de maneira integral. Foi relatado que a equipe médica costuma indicar as demandas que consideram ser do Serviço Social e chegam, inclusive, a apontar como deveriam ser tais ações.

A questão da interdisciplinaridade é de extrema importância no cotidiano da equipe de saúde. Ela é essencial para o cumprimento dos princípios elencados no Sistema Único de Saúde e suas legislações correlatas no sentido de garantir um atendimento integral e universalizante ao usuário dos serviços de saúde.

4.7 Capacitação para lidar diretamente com a demanda colocada pela Saúde Mental/ formação universitária

O processo de reestruturação do sistema público de saúde trazido pela Reforma Sanitária e da saúde mental trazida pela Reforma Psiquiátrica determinam que haja mudanças no processo de formação profissional. Esta formação profissional deve estar empenhada em formar “profissionais mais humanistas, capazes de atuar numa perspectiva integral e interdisciplinar, em consonância com os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica, pela Reforma Sanitária e impressos no SUS” (PATRIOTA et al, 2010).

A equipe de Assistentes Sociais entrevistada foi questionada acerca da formação acadêmica no que diz respeito ao contato com a temática “Serviço Social e Saúde Mental” durante a graduação. Das cinco (05) Assistentes Sociais entrevistadas, apenas uma afirmou ter tido contato com disciplina que abordasse a inserção do Serviço Social na Saúde Mental. No entanto, a referida profissional explicou que a disciplina cursada não fazia parte do rol de disciplinas obrigatórias do curso de Serviço Social, sendo apenas optativa.

Uma questão pertinente é que todas as entrevistadas afirmaram não possuírem o desejo de atuar no campo da saúde mental. Algumas apresentaram como justificativa o fato de este ser um campo bastante subjetivo - que requer da profissional habilidades adicionais. Foi citado o fato de que o campo da saúde mental no Distrito Federal ser bastante desvalorizado pelo governo, além da falta de estrutura organizacional da rede de saúde mental (deficiência de recursos humanos, pouca oferta de serviços em detrimento de grande demanda).

Quando questionadas se consideram que a formação acadêmica fornece subsídios para que a profissional recém-formada atue no campo da saúde mental, três (03) das entrevistadas afirmaram que a academia não prepara a Assistente Social para atuar diretamente neste campo – fato que se reflete no próprio currículo do curso: “Não prepara para nada”. Entende-se que o curso de graduação em Serviço Social oferece subsídios para a atuação da assistente social nas mais diversas expressões da questão social e sinaliza-se a importância da formação continuada no conhecimento mais detalhado de demandas mais específicas. A formação continuada permite ao profissional oferecer respostas aos diversos desafios colocados nas diferentes fases da vida profissional (MARCONDES, BARBOSA e BRISOLA, 2012; MAIA e BARBIANI, 2003).

O interessante é que duas (02) profissionais graduadas na rede privada de ensino acreditam que não haja problemas na formação acadêmica no sentido de capacitar para atuar diretamente na Saúde Mental. As supracitadas acreditam que a formação universitária forneça a base teórica que permite à profissional atuar juntamente a qualquer demanda, por mais diversa que esta seja. Dessa forma, caberia às profissionais, por iniciativa própria, procurar cursos complementares de formação na área em que deseja atuar diretamente.

Quando questionadas se tiveram contato, em algum momento da graduação, com disciplinas que abordassem a relação entre o Serviço Social e a Saúde Mental e a atuação profissional nesta área, quatro (04) das entrevistadas responderam negativamente. Em seguida foram questionadas quanto a sentirem-se preparadas para atuar juntamente à demanda da Saúde Mental logo após a saída da Academia, todas responderam negativamente. Eis alguns relatos:

A formação acadêmica é muito academicista, não prepara para a realidade da demanda colocada no campo de trabalho principalmente a demanda da saúde mental [...] no cotidiano, não há “fluxo, protocolo de atendimento ou atribuições” da profissional de Serviço Social no campo da saúde mental. (Assistente Social 01)

O curso de Serviço Social da UnB não prepara para nada da prática, é muito teórico. (Assistente Social 02)

A academia não prepara a Assistente Social para lidar com as demandas da saúde mental (Assistente Social 04)

Apenas uma profissional cursou, em sua graduação, uma disciplina que abordou o tema de Saúde Mental, no entanto, tratava-se de disciplina de caráter optativo. Acredita que deveria ser incluída no fluxo de disciplinas obrigatórias. Todas as profissionais avaliaram que existem algumas “brechas” no curso de Serviço Social e que temas essenciais acabam sendo esquecidos durante a graduação.

Conforme já relatado em capítulo anterior, durante o Processo de Reconceituação do Serviço Social, na década de 1970, não foi dada ênfase necessária às pesquisas na área de saúde mental e Serviço Social, o que desfavoreceu o acúmulo de debates (BISNETO, 2007). Consequentemente, esta é uma área pouco explorada pela literatura do Serviço Social. Durante a graduação, não tive conhecimento de qualquer disciplina que abordasse o tema “Saúde Mental e Serviço Social”. Foi-me informado que é ofertada uma disciplina (optativa) com o título “Análise de Políticas Sociais” que aborda, de tempos em tempos, o referido tema.

Considerações Finais

O maior entrave para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica está na própria realidade social comandada pela ofensiva neoliberal. Conforme assinala Iamamoto (2006), “vive-se uma época de regressão de direitos”. Os direitos sociais conquistados a duras pernas através de movimentos sociais e lutas são surrupiados em nome da defesa intransigente do capital.

Os direitos sociais não são colocados como direitos, mas como concessão do Estado benevolente aos mais necessitados apenas. A saúde passa a ser vista como uma mercadoria (bastante rentável) e torna-se parte de um mercado bastante lucrativo. Nesse contexto, a efetivação da política pública de saúde tem se dado em um contexto repleto de dificuldades seja na efetivação da integralidade, do controle social ou do financiamento do setor saúde.

Evidentemente, a saúde mental não fica isenta das influências negativas dessa ofensiva neoliberal. A conjuntura atual não contribui para a efetivação dos direitos da pessoa com transtorno mental, que continua a ser excluída de todas as ações e decisões no âmbito do Estado e da sociedade. Além disso, impacta diretamente a saúde mental, já que prejudica a oferta de serviços na rede de saúde pública no campo da Saúde Mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica e de reestruturação do modelo de assistência em saúde mental é um processo contínuo e contraditório que envolve diversos atores sociais. É um movimento que deve ser fomentado em todos os âmbitos da sociedade e não apenas no âmbito da própria atenção à saúde mental. Isso porque permanece, no ideário social, a imagem da pessoa com transtorno mental como “louca”, como alguém com alto grau de periculosidade.

Foi possível perceber, por meio do presente estudo, que as Assistentes Sociais possuem uma ampla compreensão acerca do que vem a ser a Saúde Mental. Não que este seja um conceito fechado e formal. No entanto, as referidas profissionais demonstraram compreender que trata-se de um fenômeno complexo inserido em um contexto social e político, abstendo-se de uma compreensão limitada, baseada apenas no modelo biomédico (de saúde/doença). A partir desta compreensão a pessoa em sofrimento mental e/ou psíquico é vista em sua totalidade, inserida em uma realidade social complexa e contraditória que envolve diversos fatores nos mais diversos âmbitos – que influenciam direta ou indiretamente o seu bem-estar físico e psíquico.

Em sua obra, Paulo Amarante chama atenção para os riscos em se categorizar e adotar um parâmetro único de verdade para o que vem a ser a Saúde Mental. Para o autor, este é um dos campos mais complexos, diversificados e com os mais diversos significados que existem. A tentativa de condensar a Saúde Mental em uma única categoria é “acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social” (AMARANTE, 2007:19).

Acredito que esta seja a questão central do processo de Reforma Psiquiátrica, no sentido de não pensar na questão da saúde/doença mental, mas sim na centralidade do sujeito portador de direitos. É imprescindível pensar a Saúde Mental enquanto um campo de saberes em permanente articulação e enquanto política pública de defesa dos direitos da pessoa com transtorno mental. Desta forma, as ações no campo da saúde mental devem buscar a melhoria da qualidade de vida dos usuários e suas famílias sob a ótica dos direitos sociais.

Após a realização da pesquisa de campo, deparei-me com a obra de Paulo Amarante³¹, que em muito acrescenta no processo de reflexão acerca do modo como a pessoa com transtorno mental é tratada. Durante toda a presente pesquisa utilizei-me da categoria “pessoa com transtorno mental”. Todavia Paulo Amarante faz uma importante reflexão acerca das questões que envolvem os conceitos utilizados no campo da Saúde Mental.

Segundo o referido autor, a legislação brasileira emprega o termo “portadores de transtorno mental”, mas como o mesmo nos chama a atenção, o termo mencionado dá a ideia de uma pessoa carregando algum fardo pesado. Já a “pessoa com transtorno mental” remete, para o autor, a uma pessoa transtornada e sem ordem. Desta forma, o autor prioriza a utilização da expressão “sujeito 'em'³² sofrimento mental ou psíquico”. Esta categorização não é objeto de debate neste estudo, mas é um ponto a se destacar para reflexões posteriores.

Há um longo caminho a se trilhar no sentido de enxergar a pessoa em sofrimento mental e/ou psíquico como um sujeito portador de direitos. Para o aprofundamento de tal questão faz-se necessário refletir sobre a seguinte afirmação de Bisneto (2009):

Intenções como as de reabilitação psicossocial, reinserção social e ressocialização não devem ter a conotação de integração a uma sociedade alienada e alienante, e sim o objetivo de transformação das relações sociais no nível das instituições que cercam

³¹ AMARANTE, Paulo. Saúde mental e Atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

³² Grifo do autor.

o paciente, sem reajustamento a uma sociedade que o rejeita, inabilita e estigmatiza (BISNETO, 2009: 191).

No que se refere ao Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho e tendo como um de seus campos de atuação a saúde mental, é imprescindível ao profissional fazer a análise das instituições e das práticas de assistência em saúde mental. Para tal, é essencial adquirir conhecimentos acerca das políticas do campo da saúde mental e tornar-se um profissional “propositor e não só executor” (BISNETO, 2009). Ao considerar as influências sociais, políticas e econômicas sobre o processo de adoecimento mental, tem-se a Saúde Mental como campo repleto de expressões da Questão Social – base de atuação do Serviço Social.

Adote-se a perspectiva de que o sofrimento mental pode ser consequência da realidade vivenciada no cotidiano da sociedade baseada no modo de produção capitalista. Modo de produção que reproduz desigualdades e que desapropria o sujeito social de sua autonomia. Para Bisneto (2009), “o sofrimento mental aparece como uma reação as diversas formas de violência social” intrínsecas à sociedade capitalista.

Na gênese da inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental o trabalho da Assistente Social estava subjugado aos interesses da equipe médica sem parâmetros de ação previamente definidos. Atualmente – pós-reconceituação e pós Reforma Psiquiátrica – o profissional de Serviço Social possui autonomia e arcabouço técnico científico para efetuar uma ação interdisciplinar e integralizada. A realidade vivenciada pelo usuário dos serviços de atenção em saúde mental exige uma intervenção profissional crítica e competente, que só poderá se concretizar por meio da análise crítica da realidade e comprometida com a democracia e a cidadania.

Durante o processo de revisão de literatura ficou evidente a falta de estudos concretos que analisam a trajetória do Serviço Social no campo da saúde mental e a sua real participação no processo de Reforma Psiquiátrica. São poucas as obras físicas que abordam tal temática e os poucos artigos produzidos não exploram as especificidades e as atribuições do Serviço Social no campo da saúde mental. Tal escassez de produções científicas torna-se ainda mais evidente no que diz respeito ao estudo da compreensão dos próprios profissionais do Serviço Social acerca da assistência em saúde mental.

Durante a pesquisa de campo tornou-se perceptível o conhecimento insuficiente da equipe de Assistentes Sociais acerca das legislações do campo da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica. Adiciona-se a isto o pouco interesse das referidas profissionais em atuar juntamente à demanda oriunda da saúde mental. Por se tratar de um campo repleto de subjetividades, as Assistentes Sociais entrevistadas afirmaram não sentirem-se preparadas para atuar juntamente a esta demanda.

Por estarem atuando no âmbito do Hospital Regional, não há um contato direto com os sujeitos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de referência. Importante salientar que enquanto o Núcleo de Serviço Social do Hospital Regional pesquisado possui oito assistentes sociais, o Centro de Atenção Psicossocial não conta, em seu quadro funcional, com a participação de profissionais do Serviço Social. Desta forma, o presente estudo não ofereceu subsídios para avaliar como se dá, na prática, a atuação do Serviço Social nos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. Faz-se necessário a fomentação de estudos desta natureza, no sentido de avaliar a importância da inserção do Serviço Social na garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.

O próprio cotidiano da prática profissional no âmbito hospitalar acaba por obstacularizar a atualização e o aperfeiçoamento da prática profissional das Assistentes Sociais em relação ao campo da saúde mental – diante da sobrecarga de trabalho e da diversidade das demandas colocadas. Os maiores desafios colocados no cotidiano profissional diante da ofensiva neoliberal ao campo social dizem respeito à precariedade do espaço de trabalho (o Serviço Social vem perdendo espaço físico para as necessidades do Hospital), a própria desvalorização do profissional, a falta de condições materiais, e principalmente, a falta de recursos para atender as demandas da população usuária em sua totalidade.

A fim de seguir com o debate, torna-se necessário uma breve elucidação acerca da questão da interdisciplinaridade enquanto pré-requisito para a efetivação de um atendimento desfragmentado e integral.

Ivo Tonet³³ (2013) é um tanto radical ao afirmar que a superação da fragmentação do saber só se daria por meio da superação da divisão social do trabalho. O referido autor afirma que a origem da fragmentação do saber está na origem da divisão social do trabalho, em que ocorreu a complexificação da realidade social. A partir daí foram demandados mais

³³ TONET, Ivo. Interdisciplinaridade, formação humana e emancipação humana. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.116, p. 725-742, out./dez. 2013.

profissionais e mais especializados, favorecendo a constituição de diversos saberes para dar conta das diversas dimensões da realidade social.

A prática da interdisciplinaridade torna-se essencial a medida que ela fomenta a não supremacia do saber médico, abstendo-se de adotar a concepção que coloca o processo de saúde/doença como algo apenas orgânico que desconsidera os fatores sociais. A questão da interdisciplinaridade pressupõe a não supremacia de uma ciência em detrimento de outra (SAMPAIO et al, 2008).

No discurso das Assistentes Sociais entrevistadas ficou evidente a adoção pela equipe de saúde de uma postura que sugere o saber médico como hegemônico. Além disso, tal postura fortalece o modelo retrógrado de assistência em saúde mental hospitalocêntrico baseado na internação em hospital psiquiátrico. As ações profissionais, sob essa ótica, acabam por oferecer um tratamento com restrição de direitos à pessoa com transtorno mental.

No campo da saúde mental, é imprescindível uma ação interdisciplinar voltada para o atendimento integral ao sujeito em sofrimento psíquico. Com a Reforma Psiquiátrica buscou-se a superação da hegemonia dos saberes “psi” (ROBAINA, 2010) e a abertura da psiquiatria à articulação com os mais diversos campos de conhecimento, entre eles o Serviço Social. Para tanto, faz-se necessário a reafirmação dos princípios da reforma psiquiátrica no que diz respeito ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar na garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.

Outra questão pertinente e que merece destaque no presente estudo é a questão do trabalho em rede – que abarca a interdisciplinaridade. Foi consenso entre as profissionais entrevistadas que o trabalho articulado em rede encontra-se precarizado. Esse fato torna-se ainda mais grave no que diz respeito à rede de atenção de saúde mental do Distrito Federal. Há um distanciamento e falta de diálogo entre as equipes profissionais do Hospital Regional pesquisado e o CAPS de referência. Segundo relatado, o CAPS encontra-se sobrecarregado e os encaminhamentos para a rede de serviços encontram-se comprometidos.

Além da questão da sobrecarga do Centro de Atenção Psicossocial da cidade pesquisada, faz-se necessário elucidar a questão da ausência de Serviços Residenciais Terapêuticos na localidade. Os usuários da rede de saúde mental que não possuem vínculos familiares e/ou comunitários ficam a depender da oferta de vagas em instituições de longa

permanência geridas pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) – que se encontra também com demanda exorbitante.

Os maiores prejudicados por todo este processo são os mesmos que deveriam ser beneficiados diretamente com o processo de Reforma psiquiátrica. Continuam à mercê dos serviços públicos de saúde de péssima qualidade. Os direitos da pessoa com transtorno mental impressos na legislação vigente³⁴ não estão sendo cumpridos: o direito de acesso ao melhor tratamento de saúde de acordo com sua necessidade está sendo negado; o direito de ser tratado com humanidade e respeito está sendo ignorado.

34 BRASIL. Lei nº 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**/ coordenado por Paulo Amarante. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.11, n.3, set. 1995. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e Atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. **O METODOLOGISMO E O DESENVOLVIMENTISMO NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO – 1947 a 1961**. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

ARAÚJO, Janete; LEITÃO, Elizabeth Maria Pini. O cuidador do paciente em cuidados paliativos: sobrecarga e desafios. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, ano 11, abril/junho de 2012.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2009.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese, Florianópolis, v. 2, n. 1, p.68-80, jan.-jul., 2005.

BRASIL, Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

BRASIL, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf>

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 1992. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148/GM, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília: MS, 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012.
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, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p.:il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Declaração de Caracas, OMS, 1990.** In: Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In. MOTTA, Ana Elizabete (orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari and VIEIRA, Mariana Verderoce. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. Acta paul. enferm. [online]. 2012, vol.25, n.4, pp. 517-523.

CFESS. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde. In: SÉRIE: TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS. Brasil, 2009.

Conselho Federal de Psicologia, 2013. Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida na educação, disponível em < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo. Disponível em < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

Coordenação Geral de Saúde. RELATÓRIO DE ATIVIDADE QUADRIMESTRAL – RAQ, JANEIRO A ABRIL/2014.

COSTA, Maria das Dores. Movimentos sociais e cidadania: uma nova dimensão para a política social no Brasil. Rev. Adm. Públi., Rio de Janeiro, v. 22 n. 2, 1988. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9425/8482>>

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos** – São Paulo: Perspectiva, 2007. – (Debates; 91/ dirigida por J. Guinsburg).

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v.09, n.10, abr. 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em 19 jun. 2014.

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional,; 3ª edição; São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica – 19ª Ed – São Paulo: Cortez, 2006.

Jornal de Brasília. DF deverá criar 44 unidades de atendimento para pessoas com transtornos mentais. Brasília, 23 set. 2013. disponível em: <http://www.jornaldebrasil.com.br/noticias/cidades/499912/df-devera-criar-44-unidades-de-atendimento-para-pessoas-com-transtornos-mentais/>>. Acesso em 16 nov. 2014

LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete Borges da. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, Out. 2004.

MAIA, Marilene; BARBIANI, Rosângela. **A formação continuada em Serviço Social: uma experiência em construção**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BARBOSA, Juliana Alves; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. **Formação continuada e pós-graduação: introito retrospectivo do Serviço Social**. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 14, N.2, P. 214-235, JAN./JUN. 2012.

MATOS, Bruna Gusmão de; MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Dez. 2013.

MESQUITA, Andréa Pacheco de. A FAMÍLIA COMO CENTRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: a Constituição da Agenda Política da Assistência Social no Brasil e as Rotas de Reprodução das Desigualdades de Gênero.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. Serviço social em revista (UEL), v. 12, n.2, 2010.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e Serviço Social – 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área de saúde.** Revista Katálysis, UFSC, n.03, 1998. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5652>>

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Maria R. Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde. 1ªed.São Paulo/Brasília: Cortez/Ministério da Saúde, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Vini Rabassa da. Ética em pesquisa, Plataforma Brasil e a produção de conhecimento em ciências humanas e sociais. SER Social, Brasília, v. 14, n. 30, p. 190-209, jan./jun. 2012.

NUNES, Carina Ronise Martins; MACHADO, Graziela Scheffe; BELLINI, Maria Isabel Barros. **A Qualificação e a Contribuição do Processo de Trabalho dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde Mental.** Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/961/741>

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.** Ciên. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf>>. Acesso em 19 jun. 2014.

OLIVEIRA, Ana Carolina; GUEDES, Cristiano. Serviço Social e desafios da ética em pesquisa: um estudo bibliográfico. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 119-129, 2013.

OLIVEIRA, Cirlene Aparecida Hilário Silva de; SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo. **Formação profissional do assistente social na contemporaneidade: aspectos da interdisciplinaridade.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, v.2 n.1, 2007.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio Da. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista Brasileira De Educação Médica 32 (4) : 492 – 499 ; 2008.

PATRIOTA, Lucia Maria et al. **A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v.9, n.1, p.55-65, jan./jun. 2010.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. **“Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental.** Psicol. Soc., Florianópolis, v.23, set, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a18v23nspe.pdf>>.

RAMOS, Rocemilda. **As Representações Sociais sobre a prática profissional do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial no Ceará, 2003.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Recife – PE, 2003.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Revista PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2004, 24 (3), 92-99.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 102, Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a08n102.pdf>>

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses.** *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, Junho 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a06.pdf>>

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. **Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias.** *Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas*, v. VIIVIII, n. 78, Dez. 2009.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, Julho 2013.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa.** São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SEIMA, Marcia Daniele; LENARDT, Maria Helena. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011.

SILVA, Magali Milene. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *Revista Interação em Psicologia* v. 12, n. 1 (2008).

TONET, Ivo. Interdisciplinaridade, formação humana e emancipação humana. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n.116, p. 725-742, out./dez. 2013.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Assistência em Saúde Mental na visão de assistentes sociais de um hospital público no Distrito Federal**”, de responsabilidade de Thaís Soraya Pereira, aluna de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é descobrir a compreensão de assistência em saúde mental para a equipe de assistentes sociais do Núcleo de Serviço Social do Hospital. Assim, gostaria de consultá-la sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Sua participação neste estudo será de muita importância para mim, mas se desistir a qualquer momento, isto não lhe causará nenhum prejuízo. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista utilizando-se de roteiro pré-elaborado. É para estes procedimentos que você está sendo convidada a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com essa pesquisa contribuir para a discussão acerca de um campo complexo e pouco discutido pelos profissionais do Serviço Social que é a Saúde Mental. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 9545-7489 ou pelo e-mail thaissoraya@hotmail.com.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com a senhora.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de 2014

Instrumento de pesquisa: roteiro de perguntas

Local de trabalho:

Formação acadêmica/ local:

sexo: ()F ()M

Há quanto tempo trabalha no local?

1. O que você compreende por Saúde mental?
2. O que você entende por atendimento psicossocial?
3. Conhece as legislações e a trajetória da Assistência em Saúde Mental?
4. Qual você considera ser o modelo de Assistência em saúde mental vigente na Instituição?
5. Sabe a diferença entre equipe Interdisciplinar e Multidisciplinar? Considera a equipe em que está inserida Multidisciplinar ou Interdisciplinar?
6. Enquanto Assistente Social sente-se capacitada para lidar diretamente com a demanda colocada pela Saúde Mental?
7. Acredita que a formação universitária capacita o profissional do Serviço Social para atuar juntamente à demanda posta pela Saúde Mental?