UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: Relato de experiência da implantação do Serviço Social no Ambulatório de psiquiatria do HULW

EDNALVA PEREIRA DOS SANTOS MENDES

JOÃO PESSOA – PB

2021

SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: Relato de experiência da implantação do Serviço Social no Ambulatório de psiquiatria do HULW

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva

JOÃO PESSOA – PB

2021

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M538s Mendes, Ednalva Pereira dos Santos.
Saúde mental e serviço social : relato de experiência da implantação do serviço social no ambulatório de psiquiatria do HULW. / Ednalva Pereira dos Santos Mendes. – João Pessoa, 2022.
61 f. : il.

Orientação: Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva.
TCC (Graduação) – Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2022.

1. Saúde pública. 2. Serviço social. 3. Política de saúde. I. Silva, Maria das Graças Miranda Ferreira da. II. Título.

UFPB/CCHLA CDU 364.622

EDNALVA PEREIRA DOS SANTOS MENDES

SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: Relato de experiência da implantação do Serviço Social no Ambulatório de psiquiatria do HULW

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 15 /12/2021

Banca Examinadora

Prof.ª Dr.ª Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva

(Orientadora - UFPB)

Prof.ª Dr.ª Danielle Viana Lugo Pereira

(Banca Examinadora – UFPB)

Assistente Social Iris Cunha da Silva

(Banca Examinadora – EBSEHR/UFPB)

JOÃO PESSOA, 2021

Este trabalho é dedicado ao amor da minha vida meu esposo José Mendes, pelo companheirismo de sempre, e a razão do meu viver, meus filhos, Valter Gomes, Victor Mendes e Vitória Mendes pelo incentivo de sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir chegar até aqui, por me ajudar em cada passo dessa jornada tão complicada. Agradeço aos meus pais Pedro Santiago, ele que sempre sonhou em ter um filho formado, e Josefa Pereira (In Memoriam), que sempre lutaram para me ver feliz e conquistando meus sonhos.

Agradeço também aos meus irmãos Emerson Pereira, que sempre me socorria nas horas de dificuldade, e Erisberto Pereira que mesmo longe sempre me incentivou a concluir meu curso.

As minhas cunhadas Marimília Rosas que sempre acreditou em mim e Marcela Lígia, que é assistente social e sempre esteve a minha disposição para o que fosse necessário.

A minha prima Dejacir Torres, que sempre tinha uma palavra de incentivo e orava incessantemente por mim.

Meus mais sinceros agradecimentos ao meu esposo José Mendes e meus filhos, Valter Filho, Vitória Mendes e Victor Mendes, eles que presenciaram momentos de grande turbulência, foram inúmeras noites em claro e eles sempre estavam ali me dando todo suporte necessário para que hoje eu pudesse estar de posse de vitória, sem eles eu não teria conseguido.

Aos meus fiéis amigos da graduação, meus filhos do coração, Leonardo Firmino, Maysa Cristina, Ranalice Vital e Reinaldo Silva, que sempre acreditaram em mim e estiveram do meu lado nos momentos cruciais da minha graduação.

Não poderia deixar de agradecer aos docentes da UFPB, mestres que dedicam suas vidas em prol de uma educação pública e de qualidade, aqui representada pela graciosa professora Maria das Graças M. F. da Silva, que segurou minha mão e literalmente não a soltou, gratidão por ter sido minha professora, supervisora de estágio, orientadora do presente trabalho e amiga, a sua dedicação para comigo foi imprescindível para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

O presente estudo trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, em nível de graduação em Serviço Social, que objetivou descrever uma experiência de ensino e aprendizado na Clínica Médica e no setor de Psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), durante o estágio supervisionado I e II, no período de 10 de dezembro de 2018 a 26 de setembro de 2019. Neste sentido, a metodologia desenvolvida foi a perspectiva descritiva e predominantemente qualitativa de análise, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar conhecimento teórico e prático na solidificação do aprendizado. Como resultado do estudo bibliográfico e documental referente a assistência à saúde pública e a Política de Saúde Mental brasileira, percebeu-se um constante retrocesso no que se refere a garantia de direitos promulgados na Constituição Federal de 1988, legitimado principalmente pelo atual governo do Presidente da República Jair Bolsonaro, que não investe em políticas públicas sociais para a população. No tocante ao Serviço Social brasileiro e sua inserção na Política Nacional de Saúde Mental, observou-se sua luta pela humanização dos serviços e em defesa dos tratamentos antimanicomiais e pela democratização de direitos socioassistenciais. Bem como, confirmou-se o enfrentamento do assistente social para com a lógica mercantilista e privatista do sistema capitalista, legitimando-se profissionalmente de forma crítica enquanto categoria, mesmo diante dos desafios conjunturais e estruturais postos à profissão. Referente ao relato de experiência observou-se a importância do estágio supervisionado na formação acadêmica, como forma de uma aproximação da prática profissional, ratificando todo o referencial teórico da graduação, exercitando o saber adquirido e construindo novas reflexões, inerentes a tal experiência. Conclui-se que, o assistente social continua no desafio do enfrentamento dos impasses de uma conjuntura de governo imensamente adversa aos direitos sociais, que incluem o ataque aos direitos conquistados na política de saúde pública em geral e na política de saúde mental. Esse profissional tem em vista a socialização das informações qualificadas, que conduzem a busca pela viabilização de direitos.

Palavras-chave: Saúde pública**.** Serviço Social. Política de Saúde Mental. Relato de Experiência

ABSTRACT

The present study is a Completion of Course Work, at the undergraduate level in Social Work, which aimed to describe a teaching and learning experience in the Medical Clinic and in the Psychiatry sector of the Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), during the supervised internship I and II, from December 10, 2018 to September 26, 2019. In this sense, the methodology developed was the descriptive and predominantly qualitative perspective of analysis, of the experience report type, in order to integrate theoretical knowledge and practical in solidifying learning. As a result of the bibliographic and documentary study regarding public health care and the Brazilian Mental Health Policy, a constant setback was noticed regarding the guarantee of rights enacted in the Federal Constitution of 1988, legitimized mainly by the current government of the President of the Republic. Republic Jair Bolsonaro, which does not invest in public social policies for the population. Regarding the Brazilian Social Service and its insertion in the National Mental Health Policy, its struggle for the humanization of services and in defense of anti-asylum treatments and for the democratization of social assistance rights was observed. As well, it was confirmed the social worker's confrontation with the mercantilist and privatist logic of the capitalist system, legitimizing himself professionally in a critical way as a category, even in the face of the conjunctural and structural challenges posed to the profession. Regarding the experience report, the importance of supervised internship in academic training was observed, as a way of approaching professional practice, ratifying the entire theoretical framework of graduation, exercising the acquired knowledge and building new reflections, inherent to such experience. It is concluded that the social worker continues to face the challenge of facing the impasses of a government situation immensely adverse to social rights, which include the attack on the rights conquered in public health policy in general and in mental health policy. This professional aims at the socialization of qualified information, which leads to the search for the viability of rights.

Keywords: Public health. Social service. Mental Health Policy. Experience Report

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFESS -Conselho Federal de Serviço Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRESS -Conselho Regional de Serviço Social

EBSEHR -Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HU -Hospital Universitário

HULW -Hospital Universitário Lauro Wanderley

PNE -Política Nacional de Estágio

PNH -Política nacional de Humanização

RAPS -Rede de Atenção Psicossocial

RESMEM -Residência Multiprofissional em Saúde Mental

RIMUSH -Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar

SUS -Sistema Único de Saúde

TCC -Trabalho de Conclusão de Curso

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Setores de Atuação das Assistentes Sociais do HULW 43
FIGURA 02: Folder.....51
FIGURA 03: Reunião para apresentação do serviço social e dos folders..... 53
FIGURA 04: Apresentação dos folders aos usuários da psiquiatria..... 53

LISTA DE TABELA

TABELA 01: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS 25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL 16

2.1 ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL. 16

2.2 PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: AVANÇOS E LIMITES.....22

3 SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL..... 28

3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO ..... .29

3.2 ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL..... 34

4 SERVIÇO SOCIAL NA PSIQUIATRIA DO HULW: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL.....40

4.1 PERFIL DA INSTITUIÇÃO *LÓCUS* DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW).....41

4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HULW 42

4.3 RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO HULW: IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA..44

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 55

REFERÊNCIAS..... 57

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tratou-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, em nível de graduação em Serviço Social, que objetivou descrever uma experiência de ensino e aprendizado no setor de Psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), vinculado a Universidade Federal da paraíba, durante o estágio supervisionado I e II, no período de 10 de dezembro de 2018 a 26 de setembro de 2019.

Neste sentido, a metodologia desenvolvida foi a perspectiva descritiva e predominantemente qualitativa de análise, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar conhecimento teórico e prático na solidificação do aprendizado. Também se caracterizou como um estudo bibliográfico e documental, e como resultado desse estudo em torno da assistência à saúde pública e da Política de Saúde Mental brasileira, percebeu-se um constante retrocesso no que se refere a garantia de direitos promulgados na Constituição Federal de 1988, legitimado principalmente pelo atual governo do Presidente da República Jair Bolsonaro, que não investe em políticas públicas sociais para a população.

Como afirma Minayo (2002, p. 21) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

No tocante ao Serviço Social brasileiro e sua inserção na Política Nacional de Saúde Mental, observou-se sua luta pela humanização dos serviços e em defesa dos tratamentos antimanicomiais e pela democratização de direitos socioassistenciais. Bem como, confirmou-se o enfrentamento de uma parcela significativa de assistentes sociais para com a lógica mercantilista e privatista do sistema capitalista, legitimando-se profissionalmente de forma crítica enquanto categoria, mesmo diante dos desafios conjunturais e estruturais postos à profissão.

Este trabalho desenvolveu um relato de experiência do estágio supervisionado I e II realizado na Clínica Médica e na Psiquiátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, e observou-se a importância desse estágio supervisionado na formação acadêmica, como forma de uma aproximação para com a prática profissional, levando em conta a

indissociabilidade da teoria e prática na graduação, favorecendo o exercício do saber adquirido e a construção de novas reflexões, inerentes a tal experiência.

Portanto, o trabalho em tela refletiu a Política de Saúde pública no Brasil, dando ênfase na Política de Saúde mental, abordando suas conquistas e retrocessos. Também problematizou em torno do Serviço Social e sua inserção nesta política de saúde mental, com foco na experiência de estágio supervisionado I e II no setor de Serviço Social da Clínica Médica e na Psiquiátrica, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, como dito anteriormente.

Observando as mudanças políticas e econômicas nas várias conjunturas de governos, que, por sua vez, interferem na execução das Políticas Públicas sociais, constatou-se que o perfil político ideológico neoliberal, assumido pelo sistema capitalista, e efetivado no Brasil, principalmente a partir dos anos 1990, foi enormemente prejudicial para com estas políticas públicas, devido diminuir o investimento de recursos financeiros para com elas. E dentro deste cenário a política de saúde mental também ficou prejudicada. Destacou-se essa política devido ser ela a que permeou o campo de estágio, no supramencionado Hospital Universitário. Nesse sentido, foi necessário caracterizá-lo e apresentar sua missão como hospital escola, além de mostrar a ação do Serviço Social como profissão inserida nesta instituição, e este contexto foi problematizado de modo a considerar a criticidade das reflexões, para com ela enxergar além da imediaticidade, a totalidade da realidade suas particularidades históricas e toda a contradição presente nos fenômenos sociais.

Dessa maneira, a experiência do Estágio Supervisionado I e II foi bastante enriquecedora, pois foi vivenciada de forma reflexiva, tornando-se uma práxis, por ter sido capaz de interrelacionar teoria e prática.

Nesse estudo buscou-se apontar as dificuldades e as potencialidades do setor de Psiquiatria e a inserção do Serviço Social nele.

> As instituições são instrumentos contraditórios de reprodução das relações da sociedade ao mesmo tempo que desenvolvem mecanismos de sustentação da ideologia de interesse dos grupos dominantes. Abrigam dentro de si pressões e tensões provocadas por interesses de grupos contraditórios. Nesse sentido, mostram com maior propriedade as contradições existentes no seio da sociedade. (BURIOLLA,1995, p.38.)

A principal motivação para realizar esse estudo veio do entendimento de que o campo de estágio se trata de um espaço educacional que proporciona debates, bem como, novos parâmetros de entendimentos das relações sociais, ao interconectar a prática à teoria, numa relação dialética, em que esta prática alimenta a teoria e esta teoria alimenta a prática, de modo indissociável.

Assim, destaca-se a relevância social e acadêmica desse trabalho monográfico ao propiciar o conhecimento sobre o campo profissional ligado a área de saúde e a Política de Saúde Mental, possibilitando a problematização das práticas profissionais e do contexto das Políticas Sociais.

Para fundamentar esse estudo foi necessário realizar uma análise histórica e atual da constituição da Política de Saúde e seus desdobramentos no Brasil, com ênfase na análise conjuntural de diferentes governos e como estes interferiram nas políticas públicas sociais, destacando o panorama da assistência à saúde mental brasileira. Além de discutir o Serviço Social e sua relação com essa mencionada área da saúde mental. E para essa fundamentação foram adotados os seguintes documentos: o Código de Ética profissional (1993), a Lei que regulamenta a profissão (Lei 8.662/93), a lei n° 10.216/01, as Portarias do Ministério da Saúde, e ainda outros documentos e diversas referências bibliográficas.

Assim, optou-se por dividir essa monografia em três capítulos. No primeiro capítulo foi exposta uma análise conjuntural da assistência à saúde no Brasil, abordando o panorama da Política de Saúde Mental no que consta aos avanços e aos limites.

Já no segundo capítulo foi construída uma breve contextualização histórica do Serviço Social e da Política de saúde mental, situando a atuação profissional na área.

No que consta ao terceiro capítulo, ele foi desenvolvido com base no relato de experiência realizada no estágio supervisionado obrigatório desenvolvido como exigência da graduação em Serviço Social, abordando o contexto institucional e profissional desse estágio.

Este estudo não pretende esgotar a discussão sobre a temática abordada, pois isso seria impossível, portanto, servirá apenas como chave de leitura para aqueles que intencionarem continuar esta discussão

2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nesse capítulo atentou-se por elencar os elementos históricos e atuais da assistência à saúde e o Panorama da Política de Saúde Mental no Brasil contemporâneo, com base nos avanços e limites.

De início foram apresentados marcos históricos da Política de Saúde brasileira, e, por meio da análise conjuntural, abordou-se os aspectos econômicos, políticos e sociais, que foram determinantes para a configuração desta política. Em seguida, optou-se por especificar o panorama da assistência à saúde mental no Brasil, ao elucidar todo o seu processo de reorganização, reivindicado pelas lutas dos movimentos sociais, bem como, foram apontados os avanços e os desafios postos a esta Política de Saúde Mental.

2.1 ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

A história da Política de Saúde no Brasil na década de 1970, está relacionada diretamente com a Política de Previdência, onde até então o que se tinha de política relacionada à saúde era o que estava sendo ofertado pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e convênios laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares com ações filantrópicas através das Casas de Misericórdia.

> O Instituto Paulista de Promoção Humana – IPPH, ligado à diocese de Lins e que fazia um trabalho de assistência à saúde através de exames laboratoriais, organização e formação de agentes de saúde para atendimento às populações periféricas das cidades da região noroeste do Estado de São Paulo, propôs à Misereor (instituição não-governamental alemã que apoia os movimentos populares ligados à Igreja Católica no Terceiro Mundo) a realização de um Encontro Nacional para discutir as experiências de medicina comunitária. (COSTA, 2007, p.89)

Foi através do primeiro Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária- ENEMEC, que se abre espaço para se discutir saúde, onde a partir dos demais encontros o público já foi se diversificando.

> O debate sobre saúde deu, assim, um salto significativo. Associada à necessidade de acompanhar as políticas de saúde implantadas pelo governo, a concepção de saúde acabou vinculada à necessidade de transformações

> sociais, passo sobre o qual se assentou a criação do Movimento Popular de Saúde – Mops. (COSTA, 2007, p.89).

O movimento tinha como bandeira de luta a união das diferentes frentes em torno de um único objetivo, isto é, de um sistema de saúde que atenda e alcance as necessidades de todos.

> Alguns movimentos, como o Mops, tornavam-se localistas no processo de implementação da Reforma Sanitária; outros elaboravam estratégias múltiplas, articulando-se a espaços nacionais e locais de participação ao mesmo tempo. (COSTA, 2007, p.91).

O movimento da Reforma Sanitária tem um fundamental papel no campo da saúde, na luta incansável pela democratização da saúde, com a defesa contundente por uma saúde pública, de qualidade e de acesso para todos, tornando -se um marco histórico com sua bandeira de lutas por direitos sociais, onde na VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986, com sua proposta do SUDS – Sistema Único Descentralizado da Saúde, dá margem para que logo adiante no ano de 1988 fosse implementado o SUS – Sistema Único de Saúde.

> Partindo do pressuposto de que a saúde é um direito de todos, começam a tomar corpo os princípios que fundamentam a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, proposto e incorporado como sistema de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, no capítulo da seguridade social. (COSTA, 2009, p.92)

A saúde, enfim, ganha espaço nos debates políticos, e passa a ser direito de todos e dever do Estado. Com a promulgação da Constituição de 1988, se tem uma nova definição de saúde, expressa no seu artigo 196,

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sócias e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998)

Desse modo, a saúde passa a ser entendida de uma forma integral, com fatores determinantes que está ligado a causas não só biológicas como também sociais. Esta nova forma de entender saúde, consequentemente requer novas formas de enfrentamento, exigindo assim, ações do Estado e de toda a sociedade, na erradicação das causas das doenças.

Neste sentido, foram editadas as leis que regulamentam o SUS, a LOS (Lei Orgânica da Saúde) nº 8.080/90, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências”, e a Lei n° 8.142/90, que trata da “participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Formado por instituições das três esferas do governo e complementado pelo serviço privado contratado, o SUS (Sistema Único de Saúde) é único por está organizado em todo território nacional com uma mesma sistemática.

Como princípios temos a universalidade que se refere à saúde como direito de todos independentemente de contribuição, a equidade que se atenta a desigualdades existentes, objetivando ações de acordo com as diferentes necessidades, e o princípio da integralidade que atende simultaneamente o indivíduo e a comunidade integrando as várias instituições de acordo com a demanda existente.

A trajetória do SUS é marcada por conquistas, e sua luta se dá no campo político e econômico, pois a necessidade de uma sociedade que anseia por uma saúde pública de qualidade perpassa os interesses de uma classe dominante, que vê nesse espaço um amplo campo de barganha, se utilizando da carência de toda uma nação, para alcançar seus objetivos capitalistas consolidados agora em meio à chegada do neoliberalismo.

> A consolidação do Sistema Único de Saúde viu-se, no início da década de 1990, marcada pelo projeto neoliberal iniciado com o governo Fernando Collor de Melo. Foram muitos os vetos às leis complementares que detalhavam a participação social e os atrasos na oficialização dos Conselhos Municipais de Saúde possibilitavam manobras conservadoras pelos políticos locais. (COSTA, 2009, p.94)

Já com o enfrentamento dos movimentos populares em favor da saúde e outras reivindicações, no ano de 1997 no governo de Fernando Henrique Cardoso, foi elaborado o Plano de Objetivos e Metas do Ministério da Saúde, que redefine o papel do Estado, o inserindo num modelo de mudanças assistencial, baseado em uma visão integradora, que articula diversos setores.

Ainda nesse ano,

> As diretrizes políticas do Ministério da Saúde para o ano de 1997 colocavam, ainda, como meta no âmbito da prevenção com ênfase no atendimento básico, a ampliação do Programa Saúde da Família - PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, apontados como forma de vencer os principais problemas estruturais da saúde do povo brasileiro. Recolocava-se como tema de discussão a necessidade de mudança do modelo assistencial. (COSTA, 2009, p.99)

A luta pela Reforma Sanitária tem sua continuidade no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, num contexto em que se tem por um lado à ampliação dos canais de diálogo, mediante as intenções do governo, e por outro lado o modelo assistencial sofre poucas mudanças. Neste período ainda se tem algumas importantes alterações na política de saúde, entre elas a reforma manicomial e a ampliação da produção de medicamentos.

No ano de 2010 é eleita a primeira presidente mulher do Brasil, Dilma Rousseff, que enfrenta um contexto político e econômico menos favorável que seu antecessor, onde no decorrer de seus dois mandatos vivencia o confronto com os movimentos populares que tem em suas pautas a crítica ao sistema partidário e denúncias de corrupção.

Mesmo em meio a esse contexto, a presidenta ainda conseguiu dá continuidade em algumas áreas e, ainda adota programas de governo que ficaram como marco em seu governo, como o Programa Mais Médicos, que propõe a contratação de médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros), sem a necessidade de validação de diplomas, e a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA).

> Do ponto de vista epidemiológico, o ano de 2015 ficou marcado também pela identificação do início da epidemia de Zika vírus e sua associação com microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês (na infecção contraída pela gestante), configurando-se como uma nova emergência em saúde pública. Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu *impeachment* pelo Senado Federal em agosto de 2016. (MACHADO, 2017, p.155).

A saúde enfrenta em meio a este conturbado cenário político e econômico, momentos de fragilidade e instabilidade, que atinge diretamente aqueles que mais dela precisam.

Com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff consagrando o retrocesso, quem assume é seu vice, Michel Temer, com seu governo ilegítimo conservador, levando o país a um retrocesso com um projeto político ultra neoliberal, que segundo Bravo e Pelaez (2020) impulsiona e da continuidade a contrarreforma e o processo de privatização da saúde.

> O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade para isso. Propõe os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, como um dos pilares da sua gestão. (BRAVO e PELAEZ, 2020, p. 196).

No financiamento o governo lança uma medida drástica que é a EC 95/2016, que congela por vinte anos os gastos com saúde e educação, estimando assim grande perda para os recursos destinados ao SUS. Outra medida deste projeto privatista foi a articulação com o setor empresarial, com o documento “Coalizão Saúde Brasil”: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, tendo como base uma integralização entre o setor público e privado nos cuidados contínuos, mais tendo a iniciativa privada uma participação mais efetiva.

De fato, a Política de Saúde no governo Temer é caracterizada pela regressão civilizatória nos marcos da sociedade brasileira, ficando assim explicito seu compromisso com o capital da saúde em detrimento com a saúde pública.

> Aqui é importante destacar que o mercado privado da saúde, particularmente dos planos e operadoras de saúde, perdeu 3,1 milhões de usuários nos três últimos anos (CASEMIRO, 2018). Daí a necessidade de ampliação do mercado via institucionalização dos planos populares de saúde. Todavia, apesar da queda no número de usuários, o setor, em 2016, registrou um aumento de receita em 12% e de lucro líquido da ordem de 66%, segundo dados da ANS (CASEMIRO; CAVALCANTI, 2017).

Assim, podemos afirmar que a Política de Saúde no governo Temer retrocedeu deixando sinais de perca para os que mais dela precisam, rompendo com suas bases primordiais, como a universalidade, devido a oneração dos usuários no consumo de planos privados.

A situação da Política de Saúde no Brasil segue em decadência agora sendo legitimada com a entrada do governo Jair Messias Bolsonaro, que dá início ao seu mandato em janeiro de 2019, um governo com traços do projeto fascista que reflete ideais de uma política ultraneoliberal. A equipe escolhida para pôr em prática esse projeto de desmonte de direitos, é composta por militares, economistas neoliberais e representantes da bancada evangélica e ruralista, deixando mais uma vez bem claro seu perfil conservador e neoliberal.

A Política de Saúde no governo Bolsonaro dá início, tendo como ministro o médico ortopedista Luiz Henrique Mandetta, ele já inicia seu mandato com ações que inviabilizam a Atenção Básica em Saúde (ABS), como o fim do contrato do Programa Mais Médicos (PMM) com Cuba, a proposta de criação de voucher ou bolsa-saúde, o avanço da contrarreforma no campo da saúde mental, o ataque a saúde indígena, o retrocesso do campo da educação em saúde e a defesa da reforma do SUS.

A Política de Saúde Mental também é alvo dessa contrarreforma iniciada ainda no governo Temer, sendo legitimada agora com a Norma Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, reconhecendo as práticas manicomiais como parte da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) indo de encontro com o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Como aponta Almeida (2019), a partir de 2016, os “dados disponíveis sobre a atual política de saúde mental do Brasil são limitados e, em alguns casos, de difícil interpretação para um observador externo.” (ALMEIDA, 2019 p.4). Destaca-se a única descrição oficial das mudanças que trata a Norma Técnica supracitada. O autor salienta que esta é problemática, pois:

> [...] contradição é, aliás, um dos aspectos que mais chama a atenção na leitura desse documento. Apesar de uma constante proclamação de respeito à evidência científica, o texto em que se apresenta uma nova política de saúde mental não inclui uma única referência aos inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental. As mudanças propostas ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial. Igualmente, partem da crença, hoje totalmente ultrapassada, de que se pode construir uma política de saúde mental apenas com base em uma perspectiva estritamente clínica, ignorando todo o debate atual à volta da saúde mental do futuro. (ALMEIDA,2019, p.5)

Temos com os governos de Temer e Bolsonaro uma parada brusca nos avanços que vinham se caminhando ao logo de 30 anos após a promulgação da constituição da saúde brasileira enquanto direito. Como aponta a revisão sistemática realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Gulbenkian e Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, que constata que:

> [...] ao longo de mais de 30 anos, foi sempre possível construir os consensos políticos necessários para assegurar a continuidade da política inicial e até para diversificar os seus objetivos. Centrada inicialmente na substituição do modelo baseado no hospital psiquiátrico por um novo sistema de serviços baseados na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a política de saúde mental, à medida que foi se fortalecendo, foi também se estendendo a outros objetivos – por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas. (ALMEIDA,2019, p.5)

Almeida (2019) destaca ainda que essa revisão demostrou a importância da existência de uma "massa crítica importante na área da saúde mental, que envolve representantes de todos os setores." (ALMEIDA,2019, p.5). Portanto, qualificou grandemente os avanços científicos de excelente qualidade, ao colocar à política de saúde mental do Brasil como destaque no campo da saúde mental global.

2.2 PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: AVANÇOS E LIMITES

A assistência psiquiátrica no Brasil passou por um processo de reorganização desde os anos 1980, com o protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que na ocasião denunciou as condições desumanas do sistema nacional de assistência psiquiátrica. Assim, as políticas públicas passaram a ser orientadas através de uma atenção psicossocial, comunitária e de territorialidade, e não mais de forma psiquiátrica asilar.

> Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente que ao mesmo tempo transforme sua vida concreta cotidiana (ROTELLI, 2001 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.4)

No entanto, o estabelecimento de mudanças jurídicas por intermédio de portarias com caráter de internação psiquiátrica, ampliando a capacidade de instituições asilares, vão na contramão das diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica e instituída pela lei n° 10.216/01, segundo Veiga, 2020.

Os artigos da lei 10.216/01 afirmam:

> Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. [...]
> Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Verifica-se, portanto, que o objetivo da lei perpassa a reorientação da assistência psiquiátrica em função dos serviços comunitários, com a intenção de coibir a violência asilar.

Nessa direção dos serviços comunitários, Campos (2019) afirma que mesmo alguns estudos apontando para burocratização e excesso de tutela dos referidos serviços, outros estudos apontam a consistência de um suporte de uma rede de serviços bem articulada, com a significativa redução dos números de internações.

Entretanto, a autora ainda elucida a fragilidade institucional e os constrangimentos pelo financiamento inadequado nos serviços comunitários, o que concretiza um dos desafios para a política de saúde mental no Brasil.

Mesmo que a assistência psiquiátrica tenha passado por uma reorientação na forma da gerência dos serviços e nas condições de trabalho adequadas, a política de saúde mental do Brasil atravessa vários desafios.

Por isso, o entendimento das garantias de direitos, embasado na constituição do Estado Democrático de Direito é tão importante para os avanços ao permitir que as políticas assistenciais ganhem o caráter inclusivo e integral, isto é, superando a lógica punitiva e excludente.

Ao Estado cabe, portanto, a promoção de espaços de participação política e de protagonismo, permitido as reais transformações sociais, ao considerar os direitos humanos e a cidadania.

Nesse viés, de construção de um lugar social para a emancipação dos sujeitos, as estratégias de reabilitação psicossocial são entendidas como práticas que visam promover o protagonismo.

> Em outras palavras, a reabilitação psicossocial é constituída de ações de emancipação junto aos usuários e familiares no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade no território. É importante ressaltar que as estratégias de reabilitação psicossocial e de protagonismo não se restringem a um ponto de atenção ou ações isoladas, mas envolvem a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016 p.5)

O Projeto Terapêutico Singular reproduz esse novo olhar, essa percepção com os usuários de serviços especializados de saúde mental. Segundo Hori e Nascimento (2014) o PTS envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, com ênfase em traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, envolvendo uma pactuação entre o território, a família do usuário, e a equipe.

Assim, pode-se elencar que a expansão dos serviços para a política de assistência psiquiátrica, ocorreu no ano de 2011, mediante a criação de serviços voltados para a população com problemas de álcool e outras drogas ilícitas. Dessa forma, vale a ressalva para a política de redução de danos, estratégia de longo debate no SUS, haja vista, o reconhecimento dos usuários em suas singularidades, ampliando o acesso à saúde.

A portaria n° 1.028, de 1° de julho de 2005 define a Política de Redução da seguinte forma:

> Art. 2º Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.
> Art. 3º Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público-alvo e da comunidade:
> I - informação, educação e aconselhamento;
> II - assistência social e à saúde; e
> III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.
> Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de

> comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais.

No âmbito do SUS, esse período dos anos 2011 foi marcado pela ênfase na regionalização e nas redes de atenção à saúde, possibilitando a concretude dos princípios do SUS: integralidade e descentralização. Assim, pode-se abordar que o Ministério da Saúde criou as Redes de Atenção à Saúde, como estratégia de organização do SUS.

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída mediante a pactuação da dimensão regional e da construção de ações e serviços oferecendo respostas às particularidades dos territórios. Segundo o Ministério da Saúde, 2013 a rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Centros de Convivência e Cultura, os Serviços Residências Terapêuticos (SRT), as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	. Unidade Básica de Saúde; . Núcleo de Apoio a Saúde da Família; . Consultório na Rua; . Centros de Convivência e Cultura;
Atenção Psicossocial Estratégica	. Centro de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
Atenção de Urgência e Emergência	. SAMU 192; . UPA 24h e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
Atenção Residencial de Caráter Transitório	. Unidade de Acolhimento; . Serviço de Atenção em Regime Residencial;

Atenção Hospitalar	. Serviços hospitalares de Referência em Saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria;
Estratégias de Desinstitucionalização	. Serviços Residenciais Terapêuticos; . Programa de Volta para Casa; . Programa de Desinstitucionalização;
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	. Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; . Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares;

Fonte: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013.

Portanto, observa-se que as RAPS foram um avanço da Política de Saúde Mental, visto a amplitude com finalidade de articulação e integração dos serviços e equipamentos.

No contexto das conquistas dos últimos anos frisamos a criação do colegiado tripartite da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do SUS. Esse colegiado representado por coordenadores tem como objetivo, assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política nacional de saúde Mental ao se reunir duas vezes durante o ano.

Aqui, observa-se o foco na política de saúde mental, várias questões foram colocadas em pautas nessas reuniões, tais como: a discussão das RAPS no âmbito estadual e municipal; Vulnerabilidade; Sofrimento e Estado de Direito no contexto de álcool e outras drogas; Atenção Psicossocial aos povos Indígenas; Fortalecimento do processo de Gestão das Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; entre outras.

Além dessas temáticas, o financiamento, como já mencionado nesse tópico, sempre foi motivo de debates no SUS. E com relação ao financiamento em Saúde Mental, Álcool e outras drogas temos:

> O ano de 2011 foi marcado pelo reajuste regulamentado através da Portaria GM/MS nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu novos valores para financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e possibilidade futura de regulamentação de
> componente variável de financiamento para estes serviços, que necessita de maior discussão considerando o fortalecimento das estratégias territoriais e clínicas em conformidade com a complexidade da atenção de qualidade. Ainda, a Portaria GM/MS Nº
> 1.966, de 11 de setembro de 2013 instituiu novos valores de financiamento mensal para o CAPS III e CAPS ad III, possibilitando importante salto no valor médio de financiamento federal dos serviços 24h. Além disso, ocorre o estabelecimento do custeio mensal dos

> 25 serviços residenciais terapêuticos com a publicação da Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011;
> . Em 2012, iniciou-se o financiamento dos leitos de retaguarda clínica destinado aos usuários com sofrimento decorrente de transtorno mental e/ou do uso álcool e outras, a partir da publicação da Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, Portaria GM/MS nº 1615/2012, Portaria GM/MS nº 349/2012 e Portaria SAS/MS nº 953/2012. Além disso, regulamentou-se o financiamento dos Serviços Residenciais de Caráter Transitório a partir da portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012;
> . No ano de 2013 destacamos o aumento do valor do benefício do Programa de Volta para a Casa, que através da Portaria 1.511, de 24 de julho de 2013, foi fixado mensalmente em R$ 412,00 (quatrocentos e doze reais). Ainda, houve o incremento do custeio dos CAPS 24h (CAPS III e CAPS AD III). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

No entanto, esse financiamento ficando estabelecido apenas na esfera federal, porque no que tange as esferas estaduais e municipais, o financiamento das RAPS permanecem como um desafio, que consequentemente, não garante a sustentação dos serviços.

Na contramão desse desafio, a Política em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, desenvolveu vários programas de atenção ao usuário, com enfoque na educação permanente sobre o tema em questão.

A transição do consultório de Rua para o consultório na rua passou a atuar na perspectiva de práticas integradas da Atenção Básica em Álcool e outras Drogas, permitindo o compartilhamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, ligado à estratégia de redução de danos.

Aqui foi posto a promoção do debate com base no I Seminário Nacional sobre Consultório na Rua e Saúde Mental (2013) ao discutir tecnologia e gestão de cuidados em saúde mental.

Já o programa caminhos do cuidado (2013/2015) conta com o enfrentamento ao Crack mediante a oferta de capacitação dos profissionais de saúde (Agentes Comunitários de Saúde).

O Caderno de Atenção Básica (2013) também foi elaborado divulgado com o intuito de compartilhar e estimular o conhecimento sobre saúde mental na atenção básica.

Desse modo, as equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de caráter Trânsito apresentaram importância ao facilitar e garantir a integração das Comunidades Terapêuticas nas RAPS.

E como promoção de saúde e assistência integral, é interessante citar o Centro de Convivência Integral.

Portanto, ao considerar esses apontamentos sobre o fortalecimento dessa temática, o Ministério da Saúde (2016, pg. 42 e 43) elenca a necessidade de ações que atendam:

> A. Construção de agenda de formação entre a equipe da CGMAD e DAB para temáticas correlatas.
> B. Promover intercâmbio entre o campo da saúde mental na atenção básica com países com os quais o Brasil mantenha cooperação técnica.
> C. Promover agendas que envolvam as equipes e gestores da Saúde Mental juntamente com a Atenção Básica nos estados e municípios em que se deve abordar o tema dos CnaRua, com enfoque na qualificação do cuidado à população em situação de rua.
> D. Construção de agenda sobre o planejamento e práticas do cuidado à população em situação
> de rua nos territórios.
> E. Inclusão de temas sobre discriminação (LGBT, racismo, imigrantes e refugiados, mulheres etc.) nas pautas e ações de educação permanente para Atenção Básica, uma vez que esses temas exercem papel importante, em relação à discriminação, na Saúde Mental dos usuários do SUS.
> F. Promover debates para superação da prática medicamentosa e ambulatorial exacerbada e ainda predominante no conjunto das ações observadas na rede.
> G. Retomar o debate sobre a viabilidade de implementação dos Centros de Convivência.
> H. Prosseguir na construção de consensos conceituais e práticas convergentes em coerência ao que é preconizado nas políticas de saúde.
> I. Fortalecer junto aos Grupos Condutores Estaduais da RAPS as discussões sobre atenção à saúde mental na atenção básica e desenvolver estratégias junto aos territórios para difusão dessas ações.
> J. Retomar discussão sobre cuidados em saúde mental no pré e pós-natal, articulando com a Coordenação de Saúde da Mulher, da Saúde da Criança, da Saúde do Adolescente e com Departamento de Atenção Básica.

Entretanto, a atual conjuntura política prejudica o desenvolvimento dessas demandas, haja vista, a falta de compromisso com a defesa dos direitos sociais e o cumprimento das garantias postas na Constituição Federal de 1998. Mencionando inclusive a perspectiva excludente do atual governo, que não investe em políticas públicas para a população. Colocando em xeque a Política de Saúde do Brasil.

3 SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo ponderou uma análise histórica sobre o Serviço Social e a Política Nacional de Saúde Mental situando a atuação do Assistente Social na respectiva área.

Primeiramente, foi realizado um resgate histórico sobre o Serviço Social, com o objetivo de entender a sua dimensão política atual voltada para o projeto societário democrático, visto a viabilização do direito social.

Posteriormente, a atuação profissional do Assistente Social na Política Nacional de Saúde Mental foi destrinchada, elencando a atuação na política de saúde por meio dos aparatos legais que regulamentam o Serviço Social.

3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

O Serviço social é compreendido no seio do Sistema Capitalista e no processo de produção e reprodução das relações sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012). Isto, consequentemente, implica na discussão da relação capital-trabalho e "questão social", visto o aspecto de intervenção do Serviço Social na realidade.

> A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p.77 apud NETTO, 2007, p. 17)

Observa-se que a "questão Social" faz parte do processo constitutivo do Sistema Capitalista, haja vista, as expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura. (IAMAMOTO, 2012)

Nesse aspecto, a "questão social" na década de 1930 foi abordada por um conjunto ideário de cunho conservador, ao responsabilizar o indivíduo. O serviço Social se constituiu aqui como um mecanismo de controle, por meio de um ajustamento social, moral e educacional do indivíduo.

As atividades práticas de ensino do Serviço Social foram orientadas por um veículo de doutrina e propaganda do pensamento social da igreja. Desse modo, o espaço sócio-ocupacional do Serviço Social foi reorientado, o aproximando do positivismo através de uma apreensão imediata do ser social por meio de uma ação manipuladora e instrumental.

No entanto, com o surgimento das grandes entidades assistenciais, o trabalho do assistente social passou a ser solicitado, o que possibilitou a legitimação e a

institucionalização do Serviço Social pelo Estado, porém ainda mantendo o caráter de “enquadramento.”

O Serviço Social já instituído com o intuito de garantir os direitos sociais a população com caráter de organização e intervenção possibilitou o rompimento da neutralidade profissional. No entanto, a década de 1960 retrata o retrocesso desse processo, visto a exclusão dos projetos democráticos, mediante a instauração da Ditadura- Militar.

> O autoritarismo implantado em 1964, apoiado pela coalização civil-militar que reunia liberais e autoritários, tinha dois objetivos políticos básicos.
> O primeiro objetivo era destruir uma elite política e intelectual reformista cada vez mais encastelada no Estado. As cassações e os inquéritos policial-militares (IPM) foram os instrumentos utilizados para tal fim. Um rápido exame nas listas de cassados demonstra o alvo do autoritarismo institucional do regime: lideranças políticas, lideranças sindicais e lideranças militares (da alta e da baixa patente) comprometidas com o reformismo trabalhista. Entre os intelectuais, os ideólogos e quadros técnicos do regime deposto foram cassados, enquanto os artistas e escritores de esquerda foram preservados em um primeiro momento, embora constantemente achacados pelo furor investigativo dos IPM, comandados por coronéis da linha dura.
> O segundo objetivo, não menos importante, era cortar os eventuais laços organizativos entre essa elite policial intelectual e os movimentos sociais de base popular, como o movimento operário e camponês. Aliás, para eles, não foi preciso esperar o AI-5 para desencadear uma forte repressão policial e política. Para os operários já havia a CLT, talvez a única herança política de tradição getulista que não foi questionada pelos novos donos do poder. A partir dela, diretorias eleitas eram destituídas e sindicatos eram postos sob intervenção federal do Ministério do Trabalho. Para os camponeses, havia a violência privada dos coronéis dos rincões do Brasil, apoiados pelos seus jagunços particulares e pelas polícias estaduais. (NAPOLITANO, 2014)

Mas, em contrapartida esse cenário foi imprescindível para o Serviço Social, ao se aproximar com a defesa da Classe Trabalhadora. Ocasionando uma reformulação com a tentativa de romper com o conservadorismo profissional.

Destaca-se nesse período o desvelamento do processo de renovação profissional. A realização dos Seminários de Teorização executado pelo CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviço Social foram o marco desse processo com a formulação dos seminários de Araxá (1967),[1] Teresópolis

[1] O Seminário de Araxá possibilitou a discussão da teorização do Serviço Social , ao questionar as bases da profissão por intermédio da elaboração de um documento. A profissão se modernizando do ponto de vista das técnicas profissionais, no entanto, apresentando sua matriz conservadora. (NETTO, 2005)

(1970), [2] Sumaré (1978) e alto da Boa Vista (1984)[3] entendidos como um processo de influências ideopolíticas e culturais.

Contata-se, portanto, uma ampla direção para explicar o desvelamento do processo da renovação profissional. Segundo Netto (2005) esse processo é fundamentado nas três direções: 1) perspectiva modernizadora que buscou a adequação dos processos sócio-políticos. Tornando o profissional funcional ao regime; 2) perspectiva de reatualização do conservadorismo, marcada pela base teórica da fenomenologia, através de uma metodologia compreensiva, ou seja, psicossocial. 3) perspectiva de intenção de ruptura de oposição ao regime autocrático burguês, buscando uma análise crítica.

Nesse contexto de fortalecimento ético político, a profissão fortaleceu o seu campo prático-teórico ao se aproximar do marxismo nos anos de 1980. Contudo, a leitura crítica da realidade social só foi realizada com a aproximação do pensamento ontológica de Karl Marx.

> A década de 1980 é um marco no debate sobre os fundamentos do Serviço Social no Brasil inspirado na teoria social crítica, que norteia um projeto acadêmico-profissional do Serviço Social brasileiro expresse na renovação da legislação profissional (1993), na normalização ética (1993) e nas diretrizes curriculares nacionais. (IAMAMOTO, 2014, p. 615)

MOTA et al (2006, p. 149) reitera esse pensamento ao mencionar:

> A primeira metade dos anos 80 assistiu à irrupção, na superfície da vida social brasileira, de demandas democráticas e populares reprimida por largo tempo. A mobilização dos trabalhadores urbanos, com o renascimento combativo da sua organização sindical; a tomada de consciência dos trabalhadores rurais e a revitalização das suas entidades representativas; o ingresso, também na cena política, de movimentos de cunho popular (por exemplo, associações de moradores) e democrático (estudantes, mulheres, “minorias” etc.); a dinâmica da vida cultural, com a reativação do protagonismo de setores intelectuais; a reafirmação de uma opção democrática por segmentos da Igreja Católica e a consolidação do papel progressista desempenhado por instituições como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira da Imprensa (ABI) – tudo isso pôs na agenda da sociedade brasileira a exigência de profundas transformações políticas e sociais.

[2] O seminário de Teresópolis retrata a cristalização da perspectiva modernizadora. A centralidade desse seminário perpassou a necessidade da criação de uma metodologia para o Serviço Social. A atuação profissional pautada na intervenção imediatista, mas com cientificidade. A discussão ainda voltada para o papel sócio técnico do Serviço Social. (NETTO, 2005)

[3] Os seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista representam o afastamento com a perspectiva modernizadora. Trabalhando a relação Serviço Social e cientificidade, a fenomenologia e a aproximação com a dialética, retomando as bases tradicionais da profissão, a reavaliação do conservadorismo. (NETTO, 2005)

O Serviço Social passando a ser construindo dentro de uma perspectiva ampla da implantação de políticas sociais. Logo, a profissão passou a se legitimar, visto a prestação de serviços assistenciais mediante a abordagem dos direitos sociais.

Contudo, a consolidação dessas políticas sociais enfrenta questões, especialmente o tripé (assistência, saúde e previdência), haja vista, os dilemas que a democracia, os direitos sociais e a cidadania colocam a prática social.

Yazbek (2009) elenca que o assistente social assume uma postura de gestor e executor de políticas sociais, operando sob diversas perspectivas: da gestão social à prestação de serviços e a ação socioeducativa e político-ideológica.

É diante desse entendimento que a profissão nesse período debate a reformulação curricular apreendendo a realidade acadêmica, política e social.

Desse modo, a formação profissional fica expressa na nova concepção curricular:

> 1. O Serviço Social se particulariza nas relações sociais de produção e reprodução da vida social como uma profissão interventiva no âmbito da questão social, expressa pelas contradições do desenvolvimento do capitalismo monopolista.
> 2. A relação do Serviço Social com a questão social – fundamento básico de sua existência – é mediatizada por um conjunto de processos sócio-históricos e teórico-metodológicos constitutivos de seu processo de trabalho.
> 3. O agravamento da questão social em face das particularidades do processo de reestruturação produtiva no Brasil, nos marcos da ideologia neoliberal, determina uma inflexão no campo profissional do serviço Social. Esta inflexão é resultante de novas requisições postas pelo reordenamento do capital e do trabalho, pela reforma do Estado e pelo movimento de organização das classes
> trabalhadoras, com amplas repercussões no mercado profissional de trabalho.
> 4. O processo de trabalho do Serviço Social é determinado pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social e pelas formas históricas de seu enfrentamento, permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado, através das políticas e lutas sociais (CRESS, 2007, p.29).

Todavia, nos anos de 1990 o cenário histórico é marcado por um grande desequilíbrio no âmbito econômico, político e na garantia de direitos sociais, justificando assim, o avanço neoliberal. Disposto explicitamente no governo de Fernando Henrique Cardoso, mediante a implementação do Plano real, visto que, ele teve decisivas implicações para o Estado e para as classes, como o equilíbrio da inflação, entretanto por outro lado, gerou um alto índice de desemprego, pouco

investimento e flexibilização dos direitos, ou seja, novas expressões da questão social foram postas a sociedade.

Nesse viés, o Serviço Social assume um novo caráter na regulação das relações sociais e na divisão sociotécnica do trabalho, como exposto no art° 4 da lei 8.662/1993:

> I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
> II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
> III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

Desse modo, o exercício profissional exige competência para propor e defender seu campo de trabalho, por meio de uma prática transformadora. (PIANA, 2009)

Observa-se os desafios que a profissão apresenta atualmente, e Iamamoto (2000, p.113) afirma:

> desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. O perfil predominante do assistente social historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais e atua na relação direta com a população usuária. Hoje exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com a sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado.

Portanto, a construção coletiva do Projeto Ético- Político da profissão, da Lei que Regulamenta a Profissão (8.662/1993), o Código de Ética Profissional, e as Propostas das Diretrizes Curriculares para a formação profissional dão materialidade para a atuação profissional atual.

> I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
> II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
> III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

> IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
> V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
> 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;
> VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
> VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
> IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
> X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
> XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL. LEI 8.622/93 DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, 2012)

Portanto, o assistente social ao viabilizar o acesso aos direitos socais, bem como, superar a lógica produtivista do sistema capitalista se legitima profissionalmente, isto é, se articula de forma crítica enquanto categoria, mesmo diante dos desafios conjunturais posto à profissão.

3.2 ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Ao entender a constituição do Serviço Social como bem expresso no item 2.1 desse referencial teórico, pode-se enfatizar que o assistente social é um profissional habilitado para atuar nas mais diversas expressões da questão social o que na contemporaneidade é constatado através da atuação nas políticas sociais. Logo, considerando a atuação profissional, cabe nesse momento fazer um breve resgate histórico das políticas sociais e sua trajetória no Brasil a partir da década de 1960 – antes de adentrar propriamente na discussão das particularidades da atuação na Política Nacional de Saúde Mental, para compreender qual sua gênese e seu percurso até a contemporaneidade.

No Brasil, no fim dos anos 1960, as políticas sociais foram expandidas, embora os direitos civis e políticos estivessem sendo restritos. Segundo Behring e

Boschetti (2014), este período ditatorial onde se via o crescimento do fordismo a brasileira e o incremento das tecnologias na fabricação de automóveis, a modernização conservadora, mudou a forma de enfrentamento da questão social, que agora em meio a repressão do governo, passa a ser enfrentada por políticas sociais que são elaboradas de forma mais tecnocrática.

Neste sentido, a política social brasileira entra num estado de perda de direitos, portanto, sua função passa a ser de controlar os ânimos da classe trabalhadora, assim, a ditadura militar reeditou a modernização conservadora como via de aprofundamento das relações sociais capitalistas no Brasil, agora de natureza claramente monopolista, para Behring e Boschetti apud Netto (2014, p. 136).

Mesmo num contexto neoliberal, que defende o individualismo e o estado mínimo, as políticas sociais, compreendidas como um conjunto de medidas e instituições que tem por objetivo o bem-estar social e os serviços sociais, conforme Laurell (2009, p. 153), e tem no ano de 1988 um grande avanço, pois o que antes era tido como direito dos que contribuem, agora passa a ser direito para todos garantido por lei, independentemente de ser contribuinte ou não, como afirma Costa (2007, p.86):

> O contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e das lutas por eles travadas. Com o fechamento dos canais tradicionais de participação – sindicatos e partidos – as insatisfações de segmentos da população encontraram outros pontos de vazão.

Ao analisarmos as décadas de 1960 até 1980, observamos que a seguridade era contributiva, ou seja, só tinha direito a saúde, assistência e previdência quem estava contribuindo. Tais direitos eram acessados através das contribuições dos próprios trabalhadores ao estarem vinculados através da carteira de trabalho ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

> Assim nos anos 80, por força da pressão organizada dos trabalhadores, novas mudanças são realizadas no âmbito das políticas de proteção social, mudanças estas que vieram, inclusive, a ser institucionalizadas, no final da década, com a Constituição de 1988. Relativamente à proteção social, o maior avanço da Constituição de 1988 é a adoção do conceito de seguridade social, englobando as áreas da saúde, da previdência e da assistência. (MOTA, 1995, p.142).

Com a Constituição de 1988, que tem como marco histórico o processo de redemocratização, onde no Governo Sarney, ainda se mantém o caráter clientelista como bem latente no Programa do Leite, mais que foi nesse período em que se deu um grande passo em rumo a uma sociedade mais justa e igualitária.

Com a Constituição de 1988, vários direitos são assegurados por lei como responsabilidade do Estado, e assim é desenhado no texto constitucional a seguridade social brasileira, constituída pelas políticas de a saúde (em caráter universal), a assistência social, (para quem dela necessitar) e a previdência social (caráter contributivo)

Esse marco legal de ampliação do conceito de saúde, foi incorporado ao texto constitucional das propostas do Movimento da Reforma Sanitária da concepção ampliada de saúde, com ênfase na melhora das condições de vida dos usuários. Tendo em vista que os determinantes sociais, como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais interferem diretamente no processo saúde e doença da população

> ‘Saúde’ compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde [...]. (BAHIA, 2019, n.p.)

Nessa direção políticas foram criadas para materializar os preceitos constitucionais, e a prática do assistente social nessa política, que já era expressiva passa a ser ainda mais importante, pois esse é o profissional habilitado para atuar frente aos determinantes sociais de forma crítica.

Com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 218, de 6 de março de 1997, a resolução do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, de 29 de março de 1999 e a resolução nº. 196 de 1996 tratam da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos, e o Assistente Social é reconhecido como um profissional da saúde.

Apesar da existência de especificidade no fazer profissional de cada política social, seja ela saúde, previdência ou assistência social, a atuação desse profissional precisa traspor as ações meramente burocráticas e caminha para uma atuação em caráter crítico. Que segundo o CFESS:

> A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2010, p. 35).

Contudo é importante considerar que as fragilidades encontradas na política de saúde de modo geral, como já mencionamos nos capítulos 1, no qual versamos elementos históricos e atuais da assistência à saúde no Brasil, tem seus rebatimentos na política de saúde mental.

Os Assistentes Sociais vão se deparar com uma realidade complexa e que exigirá desse profissional criticidade ao analisar a realidade dessa política e do público atendido por ela. Tendo em vista a marginalização, preconceitos e estereótipos que sofrem os indivíduos em situação de adoecimento mental.

Segundo Martinelli (2011) sobre a atuação na saúde, revela que “trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade” (MARTINELLI, 2011, p.499). Pois as adversidades e problemas enfrentados na atuação profissional não podem nos deixar endurecer e tornamos insensíveis para com a dor do outro.

Vamos agora pontuar algumas legislações de relevância para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde Mental. A primeira delas é a própria Política Nacional de Saúde Mental (lei 10.216/02) que apresenta um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária e fortalecimento dos vínculos com a família. Temos também a Política Nacional de Saúde, Lei n. 8080/90 que tem como princípio a luta pela vida, isto é, o compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do Ministérios da Saúde (2006), que em suma retoma os princípios da saúde previstos constitucionalmente no artigo 196, mostra que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

A Política Nacional de Humanização – PNH, não pode deixar de ser mencionada. Lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, a PNH tem como princípios: a transversalidade, inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Seu objetivo foi de avançar na qualificação do sistema nacional de saúde. Este documento define a humanização como uma aposta ético-estético-política. Ética, pois, envolve usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética por se referir ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política, pois está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (PNH,2013).

Além desses marcos legais e normativos é imprescindível ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, lançado pelo CFESS no ano de 2010 com o objetivo de:

> fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil. (CFESS, 2010, p.15).

Apesar das várias orientações técnicas, apontadas nas legislações anteriores o Assistente Social não pode instrumentalizar uma atuação tecnicista que se distancia dos preceitos do Código de Ética, pois esse, como enfatiza Vasconcelos (2007), é mais que uma normativa jurídica:

> Como explicitado no Código de Ética, é uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo e, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero. (VASCONCELOS,2007, p. 253)

Igualmente deve ser levado em consideração a Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social (Lei 8.662/1993) e as Diretrizes Curriculares (1996) que aglutinadas constituem o Projeto Ético Político dos Assistentes Sociais. Pois assim como aponta Martinelli a atuação profissional exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, “pela via da pesquisa e da intervenção profissional

competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social" (MARTINELLI, 2011, p.500)

A saúde mental é uma área com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que está ligada ao Assistente Social enquanto trabalhador social que também luta pelas causas defendidas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Nesta área da saúde mental, vem sendo dirigidos aos assistentes sociais o trabalho com famílias, apesar de, esse tipo de trabalho não ser atribuição exclusiva do Serviço Social, contudo, é o Assistente Social o profissional que tem um imenso acúmulo de conhecimento e operacionalidade nessa área. Nesse sentido, faz-se necessário que o Assistente Social conheça o perfil sócio, econômico, cultural, político das famílias usuárias dos equipamentos sociais ligados a saúde mental. Também é importante conhecer a rede de apoio, as políticas sociais que podem ser acionadas para suportes dessas famílias; orientá-las sobre o seu fundamental papel no tratamento dos seus familiares.

Para Robaina (2010), o Serviço Social tem acúmulo teórico e prático para realizar o mapeamento e a articulação com as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros, ou seja, todo um trabalho que considera imprescindível conhecer e atuar a partir da realidade socioterritorial. Tudo isso pode favorecer a construção de uma cultura antimanicomial, sem preconceitos, discriminações e de valorização da pessoa humana, independente do seu estado de saúde.

No campo do controle social, o Assistente Social tem grande experiência no nível dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), capaz de provocar o protagonismo das famílias e dos usuários da Política de Saúde Mental, ao promover assembleias e fóruns para discussões e decisões coletivas sobre as melhores formas de tratamento humanizado.

Segundo Robaina (2010), os assistentes sociais podem nas reuniões de equipe, nos grupos, nas oficinas com os usuários, nas supervisões, da forma mais criativa que puder, pode conduzir ao protagonismo esses atores sociais. Para tanto, a autora afirma:

> penso que temos que dar conta de algumas questões: a primeira é mantermos uma permanente análise crítica da política de saúde mental e sua

> articulação com o projeto da Reforma Sanitária e os princípios inscritos no SUS, porque, para ser substitutivo, o acesso ao serviço tem que ser universal, e o número reduzido de CAPS e sua distribuição desigual entre as regiões estão longe de condenar à morte o hospital psiquiátrico; para ser integral, além de funcionar 24 horas, os serviços devem estar abertos à pluralidade de saberes na sua condução; para ser equânime, teremos que estreitar a relação com a política e equipamentos de saúde em geral de forma a sustentar a oferta de serviços de atenção básica em saúde mental, superando o foco na neurose e psicose grave, nos espaços dos postos de saúde, assim como a emergência psiquiátrica em hospitais gerais. Além disto, permanece outra questão: se os manicômios são depósitos do exército de sobrantes e os serviços substitutivos passam a acolhê-los, onde estão os portadores de sofrimento psíquico da outra classe? Nas clínicas privadas de melhor hotelaria, mas sobre o paradigma da psiquiatria clássica? Ou segregados em seus quartos, vigiados por profissionais, em domicílio? Além disto, se a crítica central da Reforma ao modelo psiquiátrico clássico é a redução da loucura a sua dimensão de doença, é imperioso corresponsabilizar as demais políticas sociais nos processos de atenção às pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Ou seja, instituir ações em rede intersetoriais passa a ser horizonte de intervenção também para os assistentes sociais... (ROBAINA, 2010, p. 348).

A integralidade da atenção à saúde é imprescindível e isso se aplica à saúde mental também, e, para isso, o Assistente Social precisa trabalhar em rede, buscar a intersetorialidade e a interprofissionalidade sempre mais, e a capacitação profissional continuada nessa área da saúde mental também se faz muito importante.

4 SERVIÇO SOCIAL NA PSIQUIATRIA DO HULW: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL

Neste capítulo o foco foi no Serviço Social na Clínica médica e na Psiquiatria do Hospital Universitário, mediante o relato de experiência do estágio supervisionado em Serviço Social.

Portanto, o perfil da instituição foi retratado para compreensão do *lócus* do estudo, bem como, o relato da constituição do Serviço Social no HULW, para posteriormente descrever a experiência do estágio.

4.1 PERFIL DA INSTITUIÇÃO *LÓCUS* DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW)

Fundado no dia 12 de fevereiro de 1980, o Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado no bairro Castelo Branco, tem como finalidade o ensino, pesquisa e extensão, aliado a uma assistência integral e de qualidade, o hospital escola é vinculado a Universidade Federal da Paraíba, e desde o ano de 2015 passa a ser gerido pela EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), com o modelo de governança de gestão compartilhada.

O HULW oferece à população de toda a Paraíba atendimento de média e alta complexidade, o acesso a seus serviços é através de encaminhamentos provenientes das Unidades de Saúde da Família, que são portas de entrada para o atendimento especializado, e sua regulação é feita pela Central de Regulação do Município.

Sua importância se dá não só no campo da assistência médica, mais também na aprendizagem dos estudantes que por ali passam, através da Residência Multiprofissional e Residência Médica, e do Estágio Supervisionado, proporcionando experiência profissional ampliada e interdisciplinar.

Tendo como objetivo a assistência integral, ética e humanizada à comunidade, o HULW é referência e está em consonância com as diretrizes do SUS, primando pela excelência do cuidado, no esclarecimento do diagnóstico, e em ações preventivas e curativas.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley está dividido em atendimento ambulatorial e hospitalar.

> No Ambulatório são oferecidos os Serviços Assistenciais em Consultas Especializadas de: Alergia e Imunologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Homeopatia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia, Mastologia. Como também as Cirurgias Ambulatoriais e as Consultas Paramédicas de: Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Fisioterapia. É realizado também o atendimento de pré-natal-natal para acompanhamento das gestantes de Alto Risco. A área hospitalar de internação oferece assistência em diversas clínicas, buscando, garantir aos usuários um atendimento humanizado. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, 2019)

O HULW também disponibiliza uma gama de exames de média e alta complexidade, tornando o serviço prestado à prevenção e promoção à saúde ainda mais eficaz, contribuindo para a comodidade do usuário.

4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HULW

A atuação do Serviço Social no HULW está presente desde sua fundação, na perspectiva da garantia de direitos dos usuários que ali são assistidos, desenvolvendo uma prática profissional sociopolítica voltada para a realização da cidadania através da democratização dos serviços. Por estar inserido em uma instituição de ensino, o Serviço Social também contribui na formação de novos profissionais através do estágio supervisionado obrigatório e de residentes multiprofissionais através da preceptoria, agindo de uma forma crítica e propositiva, respaldado no Projeto Ético e Político que norteia a profissão.

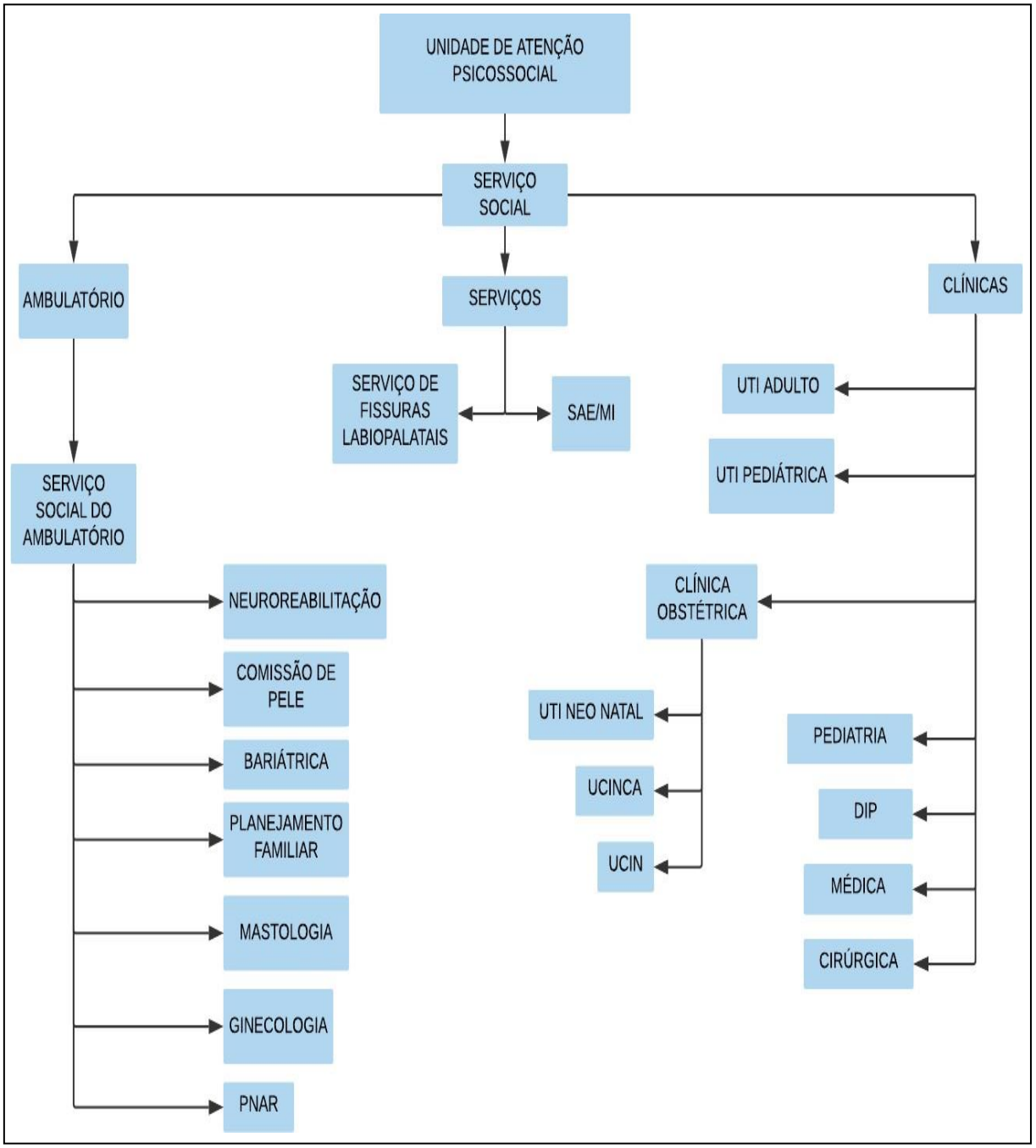
Por estar inserido num contexto hospitalar, o/a assistente social se depara com uma variedade significativa de demandas, onde em suas ações, ficam evidentes suas habilidades de enfrentar as expressões da questão social ali encontradas.

> Na instituição hospitalar, articula-se com profissionais técnico-administrativos, na implementação de normas e ações que atendam às demandas dos usuários, expressas em doenças e vulnerabilidades socioeconômicas, bem como às demandas institucionais, relativas à organização do hospital. Na área de planejamento, na instituição hospitalar, o Serviço Social se articula com a equipe de profissionais. (MANUAL OPERACIONAL 2019)

O objetivo principal do Serviço Social está baseado no desenvolvimento de uma prática profissional ideopolítica, ambicionando a construção do exercício da cidadania dos usuários.

> Para viabilizar este objetivo, o Serviço Social utiliza-se de vários meios: democratiza as informações para facilitar o acesso dos usuários aos serviços; humaniza as relações sociais; defende os direitos dos usuários contra a normatização autoritária; realiza a prática da informação e formação política, com vistas ao exercício de cidadania; articula a relação multiprofissional e interdisciplinar para atender integralmente os usuários; realiza estudos e pesquisas, contribuindo para a redefinição das ações institucionais e profissionais, pautadas no atendimento das demandas dos usuários; contribui para a formação dos residentes multiprofissionais e estagiários de Serviço Social, por meio do processo de discussão teórico-prática, voltada para uma compreensão do usuário enquanto sujeito histórico; opta por um projeto de educação continuada na perspectiva da competência profissional comprometida com a qualidade dos serviços prestados. (MANUAL OPERACIONAL, 2019)

O Serviço Social no HULW está inserido na Unidade de Atenção Psicossocial, assim como a psiquiatria e a psicologia, atuando nas áreas indicadas na figura a seguir:



Fonte: Manual Operacional HULW, 2019

Com uma equipe composta por 19 assistentes sociais o Serviço Social do HULW prima por exercer seu ofício em defesa da garantia de diretos, na busca por integralidade e equidade na prestação dos serviços.

4.3 RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO HULW: IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

O presente texto relata as experiências vivenciadas no estágio supervisionado I e II, no período de 10 de dezembro de 2018 a 26 de setembro de 2019, sendo esse um componente curricular obrigatório, cujo a carga horária é requisito para aprovação e aquisição de diploma, como expresso na Lei Número 11.788, de 25 de setembro de 2008, no

> Art. 1º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.
> § 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.
> § 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.
> Art. 2º O estágio poderá ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso.
> § 1º Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.

Sendo assim, a experiência do estágio supervisionado deve ser aproveitada em sua totalidade, considerando a relevância dele, na formação profissional.

O estágio supervisionado em Serviço Social segue em consonância com as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996:

> Estágio Supervisionado: É uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço socioinstitucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio,

> elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar.

Como instrumento político e pedagógico temos a Política Nacional de Estágio (PNE), que apresenta, de forma meticulosa, a concepção do estágio supervisionado presente nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS:

> Nesta perspectiva, conectada ao contexto socioeconômico e político contemporâneo e comprometida com essas, (dentre outras) finalidades, a ABEPSS delibera por traçar uma política nacional de estágio na área do Serviço Social, entendendo-a como fundamental para balizar os processos de mediação teórico-prática na integralidade da formação profissional do assistente social.

E assim, levando como bagagem todo o referencial teórico e metodológico adquirido durante as disciplinas que são pré-requisitos para o estágio supervisionado, bem como observando e tendo como base as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, iniciamos o estágio supervisionado I, na Clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), no período de 10 de dezembro de 2018 a 11 de maio de 2019, e o estágio II no período de 10 de junho de 2019 a 26 de setembro do mesmo ano.

Vale ressaltar que a proposta deste relato é apresentar uma experiência de estágio no setor de Psiquiatria do já mencionado Hospital, contudo, anterior a essa experiência, a Clínica Médica, deste mesmo Hospital, foi o primeiro espaço de contato com a realidade concreta do estágio, que no decorrer deste relato será melhor explicitada como se deu a mudança de setor desta estagiária que vos relata, que migrou desta Clínica para o setor de Psiquiatria, no qual tive uma imensa atração e identificação com o serviço desenvolvido neste último. Portanto, inicialmente irei apresentar a experiência que vivenciei na supracitada Clínica Médica.

A atuação do Serviço Social na Clínica médica abrange o entendimento de que o cuidado aos usuários da referida clínica, está relacionado ao conhecimento do seu contexto social, e não somente considera a sua realidade de adoecimento como algo isolado que se dá durante sua permanência na instituição, mas intenciona compreender esses usuários dos serviços da clínica, em seu cenário social de vida, no qual está inserido, objetivando uma compreensão mais ampla de suas necessidades, para auxiliar na resolutividade de seu estado de carências, que,

por sua vez, está ligado à sua saúde, que sofre todos os determinantes sociais que permeiam sua vida de modo integral. Portanto, o seu modo de vida interfere em sua saúde, e quanto mais qualidade de vida mais possibilidade de saúde equilibrada e quanto menos qualidade de vida mais probabilidade de adoecimentos.

O Serviço Social ao considerar o conceito ampliado de saúde, posto na Constituição de 1988 e expresso no parágrafo anterior, entende que usufruir de bens e serviços de qualidade, bem como, usufruir de direitos garantidos em lei, promove qualidade de vida e favorece o estado da boa saúde. E coloca-se como profissional habilitado para repassar informações qualificadas que colaboram com o bom atendimento dos serviços e encaminham à busca destes direitos, orientando sobre todo o processo de acesso aos mesmos.

A rotina do assistente social na Clínica Médica se dá mediante a uma intensa correlação de forças, no que se refere às competências do Serviço Social, cabendo assim ao profissional do Serviço Social está preparado para enfrentar esses embates, atentando sempre ao que está disposto nos artigos 4º e 5º da Lei nº 8.662 que regulamenta a profissão, que trata das competências e atribuições privativas do Assistente Social.

Nesse contexto a/o Assistente Social faz a entrevista simplificada e a entrevista ampliada, onde é possível ter uma melhor visão da necessidade do usuário, escuta qualificada, visita ao leito, orientações junto ao usuário e familiares no que se refere à permanência no ambiente hospitalar e informações sobre direitos previdenciários, socioassistenciais, entre outros, no qual, de acordo com as demandas, o Serviço Social poderá estar viabilizando estes encaminhamentos e orientando sobre tais direitos, previstos em lei.

A ação do Serviço Social na Clínica Médica não é isolada, e sim conta com a participação de uma equipe multiprofissional, que juntos, cada um com suas particularidades, agem em prol da resolutividade das questões demandadas. Neste sentido, temos as reuniões multiprofissionais, que promovem interação e troca de comunicações e informações, com objetivos comuns.

Uma das ações do Serviço Social na Clínica Médica é a reunião semanal com os acompanhantes dos internos, onde mensalmente é definido uma temática para ser trabalhada, tal ação conta com a cooperação de outros profissionais convidados, e neste espaço é possível a socialização de informações e a escuta das demandas

dos familiares, que vê neste momento uma oportunidade de compartilhar suas dúvidas e anseios.

Na Clínica Médica também é feito, de acordo com a demanda e o tempo de permanência do usuário, o acompanhamento social, registrado na Ficha de Acompanhamento Adulto, e este acompanhamento permite uma melhor aproximação com a realidade do usuário, e leva, muitas vezes, a identificar outras necessidades de intervenção, como acionar outras instituições ou até mesmo uma possível visita na residência do usuário, a fim de compreender e agir de uma forma mais eficaz na recuperação, e, por sua vez, na preparação de sua alta hospitalar. Algo recorrente também é a necessidade de articulação com as demais políticas sociais, promovendo um trabalho em rede.

Atendendo usuários com a faixa etária a partir dos 18 anos, em sua maioria de baixa renda, a Clínica Médica conta com o apoio dos residentes de medicina, residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), que atua na ênfase da saúde do idoso e dos residentes da RESMEN (Residência Multiprofissional em Saúde Mental).

A Clínica Médica é dividida em duas alas, sendo elas A e B, e pela manhã o atendimento é feito por duas assistentes sociais, cada uma responde por uma ala, já a tarde as duas alas são atendidas por apenas uma assistente social.

A assistente social que supervisionou este estágio, foi a que atendia no período da tarde, e assim foi possível observar mais precisamente as consequências da lógica privatista inerente ao projeto neoliberal, onde mesmo sendo nítida a necessidade de contratação de mais profissionais do Serviço Social, a mesma não é realizada, e esse agravo na falta de contratação gera uma série de problemas, tais como sobrecarga de trabalho dos profissionais, e atraso na resolutividade das demandas dos usuários. Além de que são cobrados pela Instituição um quantitativo considerável de atendimentos periódicos, com vistas a atender as exigências de produtividade. E, na maioria das vezes, esta Instituição não considera a complexidade de um atendimento social, que, a depender do caso, pode ser bastante complexo e demorado, o que dificulta o aumento do quantitativo de atendimentos em um único dia, por exemplo.

A falta de contratação expressa uma negligência para com os usuários do serviço de saúde, e vai no sentido contrário do que está exposto na Carta dos

Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em junho de 2009:

> 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
> 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
> 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
> 4. Todo cidadão tem direito a atendimentos que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
> 5. Todo cidadão também tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça da forma adequada
> 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Sendo o lócus deste relato um hospital escola, o prejuízo advindo da falta de contratação de novos profissionais, também pode vir a interferir na formação profissional dos alunos, pois o assistente social além de ter que dar conta das demandas dos internos, (aqui se referindo a clínica médica) ainda tem que ter disponibilidade para cumprir com o que está posto como atribuição privativa do assistente do social, como está no artigo 2º da Resolução CFESS 533/2008:

> A supervisão direta de estágio em Serviço Social é atividade privativa do assistente social, em pleno gozo dos seus direitos profissionais, devidamente inscrito no CRESS de sua área de ação, sendo denominado supervisor de campo o assistente social da instituição campo de estágio e supervisor acadêmico o assistente social professor da instituição de ensino.

Já no último mês do estágio supervisionado I, mais precisamente no dia 15 de abril de 2019, foi acordado que, devido uma necessidade da supervisora de campo, Iris Cunha da Silva[4]. e a necessidade de se ter um profissional do Serviço Social na psiquiatria, o estágio passaria a ser cumprido também no ambulatório psiquiátrico, onde ali nós estaríamos de forma pioneira implementado o Serviço Social na psiquiatria.

O ambulatório de psiquiatria compreendia a necessidade de se ter um profissional do núcleo de Serviço Social fazendo parte da equipe, mas até então não tinha um profissional do Serviço Social para atender exclusivamente suas demandas, e foi nessa oportunidade que o serviço socioassistencial foi inserido no referido setor.

[4] A assistente social Iris Cunha da Silva autorizou a menção de seu nome no presente trabalho.

De início os atendimentos eram feitos em salas improvisadas, em que se aproveitavam as salas que não estavam sendo utilizadas pela equipe multiprofissional do setor, que era composta, por técnico de enfermagem, psicólogos infantil e adulto, psiquiatras infantil e adulto e terapeutas ocupacionais. Depois foi reservado, ainda que de modo provisório, uma sala, com birô e um arquivo, onde podiam ser feitos os atendimentos com mais comodidade e privacidade, no que se refere não só ao usuário mais também ao assistente social, que passa a ter um local um pouco mais adequado, para planejar suas ações, fazer os atendimentos e arquivar seus documentos, mantendo o sigilo necessário, assim como expresso na Resolução CFESS nº 493/2006:

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

Compreende-se que neste caso por ser um hospital de grande porte, a disponibilidade de uma nova sala, com as características necessárias para atendimento do assistente social não é tarefa fácil, mas cabe aqui a expertise do profissional em saber lidar com tais dificuldades, sem deixar que elas interfiram na qualidade do serviço prestado.

Aos poucos o Serviço Social na psiquiatria foi se aproximando e se inteirando das demandas advindas dos usuários da área de saúde mental, possibilitando assim o desenvolvimento de ações para atender as demandas destes usuários.

A atuação profissional do assistente social na psiquiatria do HULW, constitui-se entre outros, em: caracterizar as demandas sociais, identificar quais ações podem ser desenvolvidas pelo Serviço Social, quais instrumentos técnicos-operativos serão utilizados e sistematizar os dados dos prontuários sociais.

Cabe aqui elencar alguns dos instrumentos utilizados nos atendimentos do assistente social no ambulatório de psiquiatria: entrevista, visita domiciliar e institucional, ficha social, relatório social, acompanhamento social, parecer social, registro de dados de forma reflexiva, buscando apreender o contexto do usuário, entre outros.

Fez-se necessário também uma articulação com a rede de serviços, na perspectiva da efetivação de direitos dos usuários, onde, logo nos primeiros dias de atuação, percebemos que muitos dos usuários não conheciam os serviços disponíveis aqui em João Pessoa, da Rede de Atenção Psicossocial, ou não tinham informações de como acessá-los. Através da escuta qualificada e das observações dos atendimentos feitos na psiquiatria, chegamos à conclusão que era necessário ter um instrumento que facilitasse o acesso à informação.

Com base nesse entendimento, e no que consta a detenção do conhecimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial, faz-se necessário elencar que a equipe multiprofissional que atendia no ambulatório de psiquiatria do HULW, não deixa a desejar no que se refere a detenção do saber, porém, tais informações adquiridas, nem sempre são passadas de forma eficaz ao usuário, ocorrendo assim a burocratização da informação, como já expresso no item 1.2 desse referencial.

Indo além nessa abordagem, pode-se elencar que o próprio cenário hospitalar, inserido num contexto neoliberal de produtividade, como relata Bravo, (2006, p.100) dificulta e acelera o tempo de atendimento, tornando, assim, ainda mais difícil o compartilhamento de informações, tendo em vista a dinamicidade do trabalho e a rotina de excesso de trabalho posta a esses trabalhadores, que além de atender os usuários encaminhados pela Central de Regulação do Município, atendem também os usuários internos do HULW.

E foi por meio das observações das demandas recorrentes que chegam até ao Serviço Social implementado naquele período na psiquiatria, onde os usuários necessitam de informações de como funciona a rede de atenção à saúde mental, de como usufruir de seus direitos enquanto cidadão, bem como, considerando a garantia de direito e do acesso às informações de forma efetiva, como preconiza na **Lei de Acesso à Informação** nº 12.527/2011 de 18 de novembro de 2011, que foi elaborado o projeto de intervenção exigido no Estágio Supervisionado II.

Desse modo, sendo o assistente social um profissional que integra valores e escolhas teóricas e interventivas, que optamos por desenvolver um projeto de intervenção que propôs criar e confeccionar folders informativos sobre o fluxo da rede de saúde mental em João Pessoa, informando e orientando o usuário e a equipe multiprofissional do setor de Psiquiatria do HULW, de onde e como acessar a rede de atenção adequada e específica à saúde mental no município, como mostra a figura a seguir:

Figura 2redehumanizasus.net

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Serviço Social

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE JOÃO PESSOA

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Folder elaborado através do Plano de Intervenção do Estágio Supervisionado II.
Estagiária: Ednalva Pereira
Supervisora de Campo: Iris Cunha
Supervisora Acadêmica: Maria das Graças Miranda

João Pessoa
Agosto, 2019

- CAPS III – Gutemberg Botelho. Rua Minas Gerais, 409 Bairro dos Estados, (83) 3211-6700. A unidade é responsável pelo atendimento e tratamento de transtornos mentais severos e persistentes, ofertando acolhimento, tratamento com medicamentos, atividades comunitárias, oficinas culturais e visitas domiciliares.
- CAPS III – Caminhar. Rua Paulino Santos Coelho s/n, Bairro Bancários. (83) 3218-7008. Atende e trata os portadores de transtornos mentais ofertando tratamento com medicamentos, atividades comunitárias, oficinas culturais e visitas domiciliares.
- CAPS AD III – David Capistrano. Rua José Soares s/n. Bairro Rangel. (83) 3218-5244
- O CAPS AD álcool e drogas, é um espaço para acompanhar as pessoas através de uma clínica ampliada, ampliando as possibilidades de participação social dos usuários em se processo de reabilitação psicossocial e no seu direito à cidadania.
- CAPS i – Infanto Juvenil Cirandar. Rua Golveia Nóbrega, s/n, Bairro Roger (83) 3214-6079. É o centro de atendimento e tratamento de crianças e adolescentes que apresentam transtornos psicóticos, neuróticos e usuários de substâncias psicoativas ofertando atividades socioculturais, comunitárias e terapêuticas, visitas domiciliares e tratamento com medicamentos.
- CAPS AD III Jovem Cidadão. Rua Sinésio Guimarães, 163 Torre. (83) 3218-5902 Atendimento 24 horas a demandas espontâneas.
- PASM (Pronto Atendimento em Saúde Mental), Complexo Hospitalar de Mangabeira – Ortotrauma; (83)3218-9725 / 3218-9727. Rua Agente Fiscal José Costa Duarte s/n, Mangabeira. Atende casos de ideação suicida, distúrbios psiquiátricos em fase aguda e descompensação dos tratamentos psiquiátricos com aparecimento de sintomas patológicos agudos.

Figura 1al.sp.gov.br

- FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência. Rua Dr. R. Orestes Lisboa, s/n Pedro Gondim. Referência no Serviço de Habilitação e reabilitação nas quatro áreas da deficiência – CER IV (física, intelectual, visual e auditiva). 3234-8763, 3244-2451, 3243-8446.
- CRMIPD (Centro de Referência Municipal de Inclusão para pessoas com Deficiência). Rua Otto Feio da Silveira, 161. Pedro Gondim. Acompanhados por profissionais de Serviço Social, os usuários participam de encontros, rodas de diálogos e atividades de lazer, para fins de promoção de inclusão da pessoa com deficiência. O CRMIPD atende a pessoas com deficiência, moradores de João Pessoa e seus familiares. Para acesso, por meio de encaminhamento do sistema de saúde, da rede de assistência e/ou demanda espontânea.
- Centro de Formação de Educadores de João Pessoa. Rua: Coronel Benevenuto Gonçalves da Costa, s/n- Mangabeira. Obs.: O centro é o instrumento pelo qual o usuário pode solicitar um cuidador para acompanhar a criança/adolescente na escola estadual.

Fonte: Ednalva Pereira

A importância desse projeto se deu, não só como um instrumental que auxilia a equipe multiprofissional no momento de orientar o usuário, mas também como um meio de garantir o protagonismo dele, que terá em mãos um material que o deixará ciente de onde procurar assistência psicossocial, facilitando o trabalho em rede.

Para a elaboração dos folders e como forma de aproximação dos serviços demandados no Ambulatório de Psiquiatria do HULW, foram feitas visitas institucionais à Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência - FUNAD, ao Centro Municipal de Referência da Pessoa com Deficiência - CRMIPD, e ao Centro de Formação de Educadores de João Pessoa, e contato via telefone com a Secretaria Municipal de Saúde no setor de saúde mental.

Ainda no que se refere ao acesso à informação, percebemos o descaso com a atualização de informações nas plataformas digitais, endereços e números de telefones, pois, na maioria das vezes, não correspondiam com a realidade, desse modo, para a confecção dos folders, foi preciso ser feita uma pesquisa e contato prévio com os serviços que seriam ali descriminados.

A desatualização dos dados de endereços e números de telefone, causou transtorno aos usuários e descredibilizou o profissional da saúde, que passou a ser culpabilizado pela situação.

O Projeto de Intervenção intitulado ‘’Informar para Cuidar’’, da minha autoria, foi apresentado por mim, inicialmente em uma reunião à equipe multiprofissional e alunos do ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley, para só depois o material impresso ser apresentado e distribuído aos usuários. Nesta reunião foram apresentadas, oficialmente, as contribuições do Serviço Social para o referido setor, e a importância histórica da profissão ao campo de saúde mental, intervindo, segundo Appel (2017, p.9), na busca por garantia e efetivação de direitos.

> As expressões da Questão Social na Saúde Mental são vivenciadas na exclusão social dos usuários com transtorno mental, inviabilização dos direitos sociais, privação de seu convívio social e do sistema sócio-ocupacional no mercado de trabalho e a não inserção dos mesmos nas redes intersetoriais, sendo essa uma realidade que coloca o usuário como se fosse uma pessoa incapaz e estigmatizando-o, para o mundo do trabalho em uma sociedade capitalista preconceituosa e conservadora. (APPEL, 2017, p.7)

REUNIÃO PARA A APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PSIQUIATRIA E APRESENTAÇÃO DOS FOLDERS A EQUIPE DO REFERIDO SETOR

Fonte: Iris Cunha

APRESENTAÇÃO DOS FOLDERS AOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

Fonte: Iris Cunha

Por toda essa realidade excludente e discriminatória na qual sofrem os usuários dos serviços da área da saúde mental, na qual o Assistente Social enfrenta essa realidade desafiadora e repassa informações e orientações sobre como reivindicar e acessar direitos, mostrando que esses direitos precisam ser cada vez mais democratizados, e ainda com a intenção de fazer compreender a dignidade da pessoa humana, independente da sua condição de saúde, fez com que eu me identificasse com essa área de atuação profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou uma análise conjuntural da política social de saúde e da política social de saúde mental brasileira. Ficou perceptível no recorte temporal aqui analisado, as mudanças negativas no que se referem à garantia e efetivação de direitos.

Este presente trabalho monográfico conseguiu atender o seu objetivo de descrever uma experiência de ensino e aprendizado na Cínica Médica e no setor de Psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderlei (HULW). Ou seja, conseguiu-se apresentar a experiência desenvolvida durante o estágio supervisionado obrigatório neste Hospital. Tal estágio foi exigência do Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba.

Alguns resultados foram percebidos referentes a assistência à saúde pública e a Política de Saúde Mental brasileira, e constatou-se um constante retrocesso na efetivação de direitos promulgados na Constituição Federal de 1988, pois os direitos garantidos, na maioria das vezes, não são efetivados. E toda essa realidade foi legitimada principalmente pelo atual governo do Presidente da República Jair Bolsonaro, que segue de modo radical a perspectiva política ideológica neoliberal, do sistema capitalista, assumindo características extremamente conservadoras, que são expressas nos imensos desmontes das políticas públicas sociais e dos direitos socioassistenciais e trabalhistas, portanto, não investe em políticas públicas sociais para a população.

Nessa direção, as mudanças sociopolíticas, determinadas pelas estratégias de governo, de redução de gastos públicos para com os serviços e políticas públicas sociais, devido ao avanço de um projeto de governo ultraconservador, interferem na classe trabalhadora brasileira, que tem seu acesso a direitos básicos negados, que levam a atingirem níveis muito elevados de pauperização.

No que diz respeito ao Serviço Social brasileiro e sua inserção na Política Nacional de Saúde Mental, observou-se sua luta pela humanização dos serviços e em defesa dos tratamentos antimanicomiais e pela democratização de direitos socioassistenciais, historicamente defendidos pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Confirmou-se também o enfrentamento do assistente social para com a lógica mercantilista e privatista do sistema capitalista, legitimando-se

profissionalmente de forma crítica enquanto categoria, mesmo diante dos desafios conjunturais e estruturais postos à profissão. E isso se dá porque esse profissional assumiu as diretrizes do seu Projeto Ético Político, construído a partir de uma Teoria Social Crítica.

No que se refere ao relato de experiência, observou-se a importância do estágio supervisionado na formação acadêmica, como forma de uma aproximação para com a prática profissional, confirmando e legitimando todo o necessário acúmulo do referencial teórico-metodológico adquirido no decorrer da formação graduada e proporcionando um avanço ímpar no aprendizado profissional. Inclusive a dimensão técnica- operativa da instrumentalidade do Serviço Social foi muito bem vivenciada nessa experiência de estágio.

Conclui-se que, no tocante ao Serviço Social no HULW, atualmente, o assistente social continua no desafio do enfrentamento dos impasses de uma conjuntura de governo imensamente adversa aos direitos sociais, que incluem o ataque aos direitos conquistados na política de saúde pública em geral e na política de saúde mental. Esse profissional tem em vista a socialização das informações qualificadas, que conduzem a busca pela viabilização de direitos.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

ABEPSS.ORG.BR/. **Os fundamentos históricos e teórico•-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/yazbek-20160806040139587362O.pdf . Acesso em: 9 dez. 2021.

ABEPSS.ORG.BR. **POLÍTICA NACIONAL DE ESTÁGIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS** . Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311145368198230.pdf . Acesso em: 9 dez. 2021.

ABEPSS.ORG.BR/. **Os fundamentos históricos e teórico•-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/yazbek-20160806040139587362O.pdf . Acesso em: 9 dez. 2021.

ABEPSS. **Política Nacional de Estágio da ABEPSS**. Disponível em: https://www.abepss.org.br/politica-nacional-de-estagio-da-abepss-11 . Acesso em: 9 dez. 2021.

_____. **A formação acadêmica-profissional no Serviço Social Brasileiro**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.120, p. 609-639,2014.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Cad. Saúde Pública 2019. Disponível em < SciELO - Saúde Pública - Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso (scielosp.org). Acesso em outubro de 2021.

BAHIA, Lígia**. Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html Acesso em: 09 de Julho de 2019. Não paginado.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008, cap. 3, 4 e 5.

BEHRING, Elaine Rossetti; Boschetti, Ivanete**. Política Social Fundamentos e História.** São Paulo. Cortez, 2014.

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

BRASIL. Lei n° 8142/1990. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. **Lei n° 8080/1990.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____Lei n° 8.662. Planalto, 1993

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argum. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BURIOLLA, Marta A. Feiten**. Estágio Supervisionado** . São Pauto: Cortez, 1995.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko**. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios.** Cadernos de Saúde Pública. 2019.
Disponível em:
https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=pt

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10º ed. Revista atualizada. PDF.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CFESS.ORG.BR. **RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf . Acesso em: 9 dez. 2021.

_____.**Conselho Federal de Serviço Social. Resolução Nº 273, de 13 de março de 1993**. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993

COSTA, Mônica Rodrigues. **A trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária.** Sociedade em Debate. Pelotas, p.86, jul-dez./2007.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade / Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, Rj: Vozes, 2002.**

EBSERH. **Hospital Universitário Lauro Wanderley.** Disponível em: www.ebserh.gov.br Acesso: 14 de Abril de 2019.

FREITAS, Maria José Leite de**. História do Hospital Universitário Lauro Wanderley,** 2016. PDF.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. **O Projeto Terapeutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Família (NASF).** Ciências e Saúde Coletiva. Guarulhos- SP, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico - metodológica**. 36.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

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

JOINPP. **O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NA SAÚDE MENTAL E SUAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf?. Acesso em: 6 dez. 2021.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo. Cortez, 2009.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BOPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. **Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cadernos de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Rio de Janeiro, 2017, p. 143 -161.

MANUAL OPERACIONAL. **Hospital Universitário Lauro Wanderley**, 2015. PDF.

MANUAL OPERACIONAL. **Hospital Universitário Lauro Wanderley**, 2019. PDF.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares**: desafios cotidianos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça as RAPS- Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília- DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 1.028 de 1° de Julho de 2005.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial.** Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília- DF, 2016.

MOREIRA, T. W. F; CAPUTI, Lesliane. As Diretrizes Curriculares da ABEPSS e os valores éticos e políticos para a formação profissional em Serviço Social. **temporalis**, Brasilia, v. 16, n. 32, p. 97-121, fev./2017. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/14006. Acesso em: 8 dez. 2021.

MOTA, Ana Elizabete**. Cultura da Crise e Seguridade Social. Um estudo sobre tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** São Paulo. Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elisabete [et al.]. **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde – Cortez, 2006.

NAPOLITANO, Marcos. **1964: história do regime militar brasileiro**. São Paulo: Contexto, 2014. 370 p.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo. Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Das Ameaças à Crise**. In: Revista Inscrita nº 10. Brasília, CFESS, 2007

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 8.ed - São Paulos: Cortez, 2005.

PIANA, MC**. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p.

_____. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília – DF. 2013.

_____Lei 10.216/01. Planalto. Presidência da República.

Política Nacional de Saúde Mental (lei 10.216/02)

PLANALTO. **LEI Nº 11.788, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008.**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 8 dez. 2021.

PLANALTO. **LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011.**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 9 dez. 2021.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz**. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010

VASCONCELOS. A. M**. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In:

VEIGA, Larissa Cristina Clemente. **Políticas de Saúde Mental no Brasil Contemporâneo: a retomada da internação como dispositivo de controle das pessoas portadoras de transtornos mentais.** Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho." Marília- SP, 2020.
Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/194522/veiga_lcc_me_mar_sub.pdf?sequence=7&isAllowed=y

WANDERLEY. Apresentação. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/nossa-historia>. Acesso em 14 de abril de 2019.

YASBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Curso de Especialização à distância. CFESS. 2009