



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GEORGIA KESSIA CAVALCANTI DA SILVA
CRISTIANE DANTAS

SAÚDE MENTAL: AS INTERFACES E OS DESAFIOS DE UM ESPAÇO HÍBRIDO
PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

JOÃO PESSOA/PB
JUNHO/2017

GEORGIA KESSIA CAVALCANTI DA SILVA
CRISTIANE DANTAS

SAÚDE MENTAL: AS INTERFACES E OS DESAFIOS DE UM ESPAÇO HÍBRIDO
PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso, para
obtenção do título de graduação em Serviço
Social apresentado a Universidade Federal da
Paraíba.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Erlane Bandeira de
Melo Siqueira

JOÃO PESSOA/PB

JUNHO/2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade Federal da Paraíba.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Dantas, Cristiane.

Saúde Mental: As interfaces e os desafios de um espaço híbrido para a atuação do serviço social/Cristiane Dantas, Georgia K. Cavalcanti da Silva
João Pessoa, 2017.

93 f.il:

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.

Orientadora: Prof.^a . Dr^a Erlane Bandeira de Melo Siqueira.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3.Serviço Social.I. Cristiane Dantas. II. Título.

BSE-CCHLA

CDU 364

GEORGIA KESSIA CAVALCANTI DA SILVA

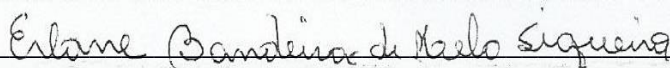
CRISTIANE DANTA

SAÚDE MENTAL: AS INTERFACES E OS DESAFIOS DE UM ESPAÇO HÍBRIDO
PARA A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

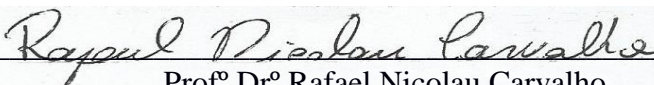
Trabalho de Conclusão de Curso, para
obtenção do título de graduação em Serviço
Social apresentado a Universidade Federal da
Paraíba.

Aprovado em: 12/06/2016

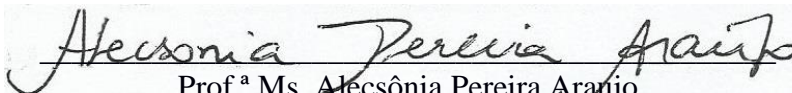
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Erlane Bandeira de Melo Siqueira
(Orientadora) – Universidade Federal da Paraíba – DSS



Prof.^o Dr.^o Rafael Nicolau Carvalho
(Examinadora) - Universidade Federal da Paraíba – DSS



Prof.^a Ms. Alecsônia Pereira Araújo
(Examinadora) - Universidade Federal da Paraíba – DSS

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a população usuária do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, aos meus irmãos Marcos Paulo e Gawaeine, ao meu filho Igor, a querida “Zoé” Kellen Barros, a minha mãe Conceição e a minha avó Edite Medeiros de Lima (in memória) - por representarem, em meu processo de feitura humano e social, os principais responsáveis pelo aprofundamento dos valores éticos e humanitários, e pelos laços de comprometimento e solidariedade com que delineio a minha vida.

Georgia Kessia Cavalcanti da Silva

Dedico o meu trabalho de conclusão de curso aos meus pais, em especial D. Marcionila (In memória), aos meus irmãos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio acompanhou toda a trajetória da minha graduação.

Cristiane Dantas

AGRADECIMENTOS

Nessa fase final de minha graduação, venho aqui agradecer primeiramente a DEUS, por permitir que eu chegasse até aqui. Ao meu pai, Pedro, que mesmo longe me ajudou financeira e psicologicamente. A minhas irmãs, Patrícia e Poliane, as quais sempre me deram força para seguir em frente. A todos os meus sobrinhos que sentem o maior orgulho em dizer que tem uma tia que está se formando. A minha tia querida D. Vianês a qual sempre representou o papel de mãe em minha vida, e a minha mãezinha D. Marcionila (In memória).

Agradeço também a minha segunda família, - a turma de serviço social 2012.1 (UFPB) que acompanhou toda minha trajetória, conquistada durante o longo período de graduação, logo, meus amigos e irmãos: Andreia Karla, Alexandra Carmo, Emmanuelle Thays, Fábio Cavalcante, Geane Araly, Hugo Gomes, Juliana Nascimento, Laysi Brito, Leticia Santos, Jaciara Lima, Priscilla Ferreira, Mayara Araújo e não esquecendo da mais linda amiga e irmã Georgia Kessia a qual tenho o maior carinho. Agradeço ao corpo profissional do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e mais precisamente a Sra. Sonia Pereira a qual nos acolheu no período de estágio supervisionado. Agradeço também aos meus professores, especialmente a Erlane Bandeira de Melo Siqueira, nossa professora/orientadora e amiga.

Cristiane Dantas

Os meus agradecimentos têm a importância de um compromisso e lealdade. A conclusão desse trabalho é a consagração daqueles que contribuíram efetivamente para minha formação superior acadêmica, - os de longe, e os de perto.

Portanto, agradeço a população usuária do Hospital Psiquiátrica do Juliano Moreira, e aos seus familiares, que na dimensão da produção social também contribuíram para que eu tivesse acesso a uma universidade pública. A equipe multidisciplinar, representada na pessoa de Ana Isabel, e a inestimável supervisora de campo Sônia Pereira, - um ser humano ímpar que, para além dos processos técnicos e instrumentais, sempre nos recomendou a humanidade.

Agradeço aos amigos Nildo e Valmir, Silene Rodrigues, Jam Miranda, Helena Nunes, Walber Lima, Edme Lima, Fabiano Silva, Amanda Freitas, Genecléide Dias, Anatil Maux, Wamberto Santos, Fátima e Pedro Rocha, Ana Paula Xavier, Laysi Brito (Lalá), Fábio Cavalcante (Fafá), Paula Teixeira (Paulinha), Hugo Gomes (Gugu), Maria de Lourdes (Lourdinha), Samara Vicente, Laíse Medeiros, Wellington de Medeiros, Ana Paula Rosales,

Carla Roberta (Carlinha) e a minha turma original de ingresso na UFPB (turma de Serviço Social 2011.1), por todo o apoio que me deram no momento em que eu mais precisava, - pessoas que quando não financeira, me ajudaram afetuosamente e psicologicamente para que eu não desistisse do meu sonho.

Agradeço aos professores Wécio Pinheiro, Ana Paula Sales, Rafael Nicolau, Elisângela Inácio, Luciana Batista, Luziana Ramalho, Ana Lúcia Aurino, Bartolomeu, Pequeno, Patrícia Barreto, Nívia Cristiane, Marcelo Sitcovsky, Nazaré Zenaide, Valéria Costa, Cida Ramos e Ednalva Maciel pela direção crítica e propositiva com que praticam a docência e delimitaram minha formação acadêmica.

Em especial a Erlane Bandeira, minha querida orientadora (para quem o magistério tem alma), e a Cristiane Dantas (grande amiga e parceira na tecitura desta monografia que o campo acadêmico me deu), - pessoas humanas e singulares com as quais tive a oportunidade de construir uma relação de respeito às nossas histórias e integridade, balizada pela compreensão e afeto mútuo.

E, não menos importante, *meus principais pilares e de onde vem a minha força*, agradeço a minha mãe Conceição, ao meu amado e querido filho Igor, a Kellen Barros (por todos os dias, noites, madrugadas e horas insones que ficou ao meu lado), a meu irmão Gawaeine, a minha madrinha Penha Aguiar, e aos meus tios Rosineide e Roberto, e Lúcia, pelo apoio incomensurável que me deram, tanto material quanto subjetivo e sem os quais eu não teria conseguido finalizar essa trajetória. Meu pequeno núcleo familiar, - onde nos momentos tristes busquei consolo, amparo, esperança, alegria, e confraternização, e na dificuldade encontrei apoio e solidariedade.

Todos esses núcleos me refletem melhor do que sou, e por isso, me incentivam a ser uma pessoa melhor no e para o mundo, já que o conhecimento racional só nos leva até uma parte: sempre chega um momento em que você precisa continuar com o que sente e não com o que sabe.

Georgia Kessia Cavalcanti da Silva

“Toda pessoa tem a liberdade de não reconhecer nenhum valor moral. Mas [...], isso não a ajuda a ser livre. [...]. A liberdade é sempre liberdade para algo, e não apenas liberdade de algo. Se interpretamos a liberdade apenas como o fato de sermos livres de alguma coisa, encontramos-nos no estado de arbítrio, definimo-nos de modo negativo [...] O próprio conceito de liberdade contém o conceito de dever, o conceito de regra, de reconhecimento, de intervenção recíproca. Com efeito, ninguém pode ser livre se, em volta dele, há outros que não o são”. Agnes Heller

RESUMO

Este trabalho surgiu das inquietações e inconsistências que foram percebidas entre o que preconiza a Reforma Psiquiátrica e o modo como o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira tem operacionalizado o que foi pactuado, através de sua equipe multidisciplinar (híbrida). As lacunas de uma assistência que prevê um trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, voltado para proteger, manter e recuperar a saúde mental das pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental, para a transformação do antigo modelo manicomial. Portanto, tendo a loucura como fenômeno emblemático para apreender aspectos relacionados ao campo da saúde mental, o objetivo é investigar os limites e avanços, concretos, da Lei 10.216/2001, para captar e refletir sobre as questões que envolvem o adoecimento mental no contexto social Paraibano. Para isso, pretendemos caracterizar historicamente a Política Nacional de Saúde Mental; identificar as expressões da questão social e sua relação com o adoecimento mental, e, o cuidado oferecido na instituição; apontar os desafios que o Serviço Social enfrenta para estabelecer relações horizontalizadas e a possibilidade em mediar direitos sociais. Alia-se um estudo teórico e empírico de natureza quali-quantitativa, exploratória-descritiva, tomando como base o método histórico dialético. Metodologicamente fez-se revisão bibliográfica e documental, busca por dados epidemiológicos e sóciodemográfico no Datasus, adotando o relato de experiência para apreciá-los e confrontá-los com o que foi obtido na observação e diário de campo. A análise de informações apontou que ainda são prementes os desafios apontados pelos autores na literatura, tais como a redução do processo da reforma psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial, a superação do modelo clínico, a reflexão da saúde mental como um processo social complexo, e a relação da sociedade com a “doença mental”, recolocando problemas como a dificuldade de acesso ao tratamento e a qualidade da atenção.

Palavras chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Serviço Social.

ABSTRACT

This workpaper came from restlessness and inconsistencies that were noticed between what advocates the psychiatric reform and the way how the Juliano Moreira Psychiatric Complex have operationalized what was agreed upon, through its multidisciplinary team (hybrid). The gaps in an assistance that provides for multidisciplinary, interdisciplinary, transdisciplinary and intersectorial work, turned to protect, keep and recover the mental healthiness of persons with disorder and/or mental suffering, faced to transformation of the old asylum model. Therefore, having madness as an emblematic phenomenon to apprehend aspects related to the field of mental health, the goal is to investigate the limits and advances, factual, from law 10.216/2001, to capture and reflect about the questions that involve the mental sickness on Paraíba social context. Thereunto, we look to characterize historically the national policy of mental health; identify the expressions of the social question and its relation to mental illness, and, the care offered on institution; aim at the challengers that the social service challenges to keep horizontalized relations and the possibility at mediating social services. A theoretical and empirical study of qualitative and quantitative nature, exploratory-descriptive, taking as reference the dialectical history method. Methodologically, a bibliographic and documentary review was done, a search for epidemiological and sociodemographic data at Datasus, adopting the experience report to appreciate them and confront them with what was obtained in observation and field diary. The analyses of information has pointed out that still premente the challengers signalized by the authors at literature, such as the reduction of the process of psychiatric reform to a mere change of care model, the overcoming of the clinical model, the reflection of mental health as a complex social process, and the relationship of society to “mental illness”. Restoring problems such as the difficulty of access to treatment and the quality of care.

Keywords: Psychiatric Reform, Mental health, Social service.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – 1 Diminuição gráfica dos recursos destinados às AIH.	58
Gráfico 2 – Quantidade de AIH (Novas internações e longa permanência)	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo sistemático da história da loucura: uma perspectiva epistemológica	19
Quadro 2: Resumo cronológico do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, até a consolidação da Lei 10.216: uma perspectiva dialética.	22
Quadro: 3 Síntese resumida do antes e depois da Política Nacional de Saúde Mental.	44
Quadro 4: Objetivos da Lei 10.216 (Lei da RPB)	46
Quadro 5: Diretrizes da reforma Psiquiátrica	48
Quadro 6: Rede de Atenção Psicossocial	50
Quadro 7: Atividades EAC – Estratégias de Cuidado Multidisciplinar	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Média de permanência de AIH	64
Tabela 2: Quantidade de CAPS no Estado da Paraíba (2011/2017)	64
Tabela 3: Cor da população usuária do CPMJ, conforme SIH	69
Tabela 4: Faixa etária da população usuária do CPMJ, conforme SIH	69
Tabela 5: Sexo da população usuária do CPMJ, conforme SIH	70
Tabela 6: Região de origem da população usuária do CPMJ, conforme SIH	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Autorizações de Internação Hospitalar – AIH
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES
Centro de referência da Assistência Social - CRAS
Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS
Centros de Atenção Psicossocial – CAPS
Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira – CPJM
Conferência Nacional de Saúde – CNS
Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM
Consultório médico – CO
Enfermaria Ulisses Pernambucano – UP
Espaço de Atenção a Crise – EAC
Espaço Inocência Poggi – IP
Instituto Nacional de Previdência Social – INPS
Luta Antimanicomial – LA
Movimento Antipsiquiátrico Brasileiro – MAB
Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira – MRPB
Movimento da Reforma Sanitária – MRS
Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM
Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA
Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS
Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASFs
Organização Mundial de Saúde – OMS
Organização Pan-americana da Saúde – Opas
Postos de Saúde da Família – PSFs
Programa de Atenção à Saúde Mental – Pasm
Projeto Ético Político do Serviço Social - PEPSS
Pronto Atendimento – PA
Rede de Atenção Psicossocial – RAPS
Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB
Residências Terapêuticas – RTs
Serviços residenciais terapêuticos – SRT
Sistema de Informações Hospitalares – SIH
Sistema único de Saúde – SUS
Unidades Básicas de Saúde – UBSs
Unidades de acolhimento, adulto ou infanto-juvenil – UA

LISTA DE FIGURAS

Figura nº. 1 - The Scream – o grito - , 1893 - oil, tempera & pastel on cardboard - (1863-1944) de Munch, Edvard.

Figura 2- Matriz de Atendimento da demanda externa do CPJM

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	RESGATE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DO ESTIGMA DA DOENÇA AO CAMPO DE SAÚDE MENTAL.....	18
2.1	Um ‘não lugar’ para a “loucura”: entre a reclusão, colônias e asilamento.....	26
2.2	O lugar da loucura sob debate: saúde, sociedade e cultura e a crítica ao modelo médico-psiquiatra.....	33
2.3	Um novo paradigma: o campo da saúde mental e a síntese da RPB.....	38
3	LEI Nº 10.216/2001: SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	44
3.1	Saúde mental como direito.....	45
3.2	Serviços Substitutivos de qualidade contínua: em rede, território, acolhimento e clínica psicossocial.....	48
3.3	Inclusão social como finalidade permanente de tratamento.....	51
4	A EXPERIÊNCIA DE CAMPO NO COMPLEXO PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA: UMA ANÁLISE SÓCIO INSTITUCIONAL E AS PERCEPÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	55
4.1	Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira: uma incursão entre dados empíricos e estatísticos.....	56
4.1.1	Estrutura geral do (CPJM).....	57
4.1.2	Recursos Institucionais (CPJM).....	57
4.1.3	Finalidade da Instituição (CPJM).....	58
4.1.4	Serviços Prestados: as estratégias adotadas que orientam o serviço na organização (CPJM).....	59
4.2	Descobrimo a realidade pessoal e familiar dos usuários do CPJM.....	67
4.2.1	Perfil Sóciodemográfico da população usuária do CPJM.....	68
4.2.2	Demandas da População Usuária do CPJM e as expressões da questão social do adoecimento mental.....	71
4.3	Entre jalecos e saberes: os desafios de um espaço híbrido para a atuação do serviço social na instituição.....	72
4.3.1	A função social do Serviço Social na instituição e os instrumentos técnico-operativos que legitimam a profissão.....	73
4.3.2	Os desafios que o Serviço Social enfrenta no CPJM para efetivar a Política Nacional de Saúde Mental aos que dela necessitam.....	79
4.3.3	Possibilidades de intervenção do Serviço Social na instituição e sua relação com o Projeto Ético Político da Profissão.....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	88

1 INTRODUÇÃO

Produzir um trabalho acerca de um campo híbrido, a rigor multidisciplinar, que expresse paixão pela diferença e que cultue respeito a excentricidade é um desafio acadêmico, ético, político e ideológico que transpõe a burocracia e/ou o *seco e áspero* produtivismo que tem tentado se estabelecer e tomar conta da universidade. Penetra fundo na exposição dos processos que se passam entre o estado das coisas e as formas instituídas, atravessadas historicamente por vetores que as determinam, e, nas subjetividades humanas, - aquela parte inconsciente individual e coletiva que modelam nossas ações e práticas cotidianas, sem que percebamos a sua presença.

Inclui produzir um conhecimento que transcenda a hierarquização de saberes, e as implicações que lhes são próprias, - a disputa pela hegemonia e reconhecimento do cuidado, no sentido de desconstruir e reconstruir novos conceitos que tangenciem outros caminhos para a realidade. Supõe demolir não apenas barreiras sociais, mas sobretudo os preconceitos e resistências institucionais. Emitir, ainda que de maneira afirmativa ou denunciante, as imbricações técnicas, ideológicas, econômicas, políticas, sociais e culturais que afetam os segmentos menos favorecidos da sociedade brasileira, comprometidos com o reposicionamento de uma produção do conhecimento a partir de uma compreensão histórica, sociológica e cultural para o estabelecimento de novas instituições e mentalidades.

Foi essa a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e foi ela quem nos motivou a desvendar o campo da saúde mental, quando do nosso estágio supervisionado para a formação em Serviço Social. A razão, cumpre-nos informar ao prezado leitor, foi tecida na complexidade das nossas próprias experiências e comportamento humanos produzidos socialmente, quando ainda éramos assistentes sociais insuspeitas: os dramas e dilemas de dois casos distintos de sofrimento mental que tivemos contato, experienciado por pessoas de nossas relações, e que, em certa medida fora acompanhado por nós, deram a tônica para descobrirmos por que o que vem sendo aplicado nas instituições que oferecem atendimento em saúde mental não condiz com o que propunha a RPB.

A permanência do estigma das pessoas com transtorno e/ou em sofrimento mental perante a sociedade, o abandono destes pelos familiares, a hipossuficiência dos serviços substitutivos, os casos reincidentes que culminam em situações crônicas de internamento, o considerável número de pessoas que ainda necessitam dos serviços psiquiátricos e de um

acompanhamento especial devido a sua situação de vulnerabilidade social, e por fim a incompreensão do fenômeno em sua totalidade anuncia que o tema discutido tem grande relevância, já que aborda a dificuldade para a efetivação de uma política tão ampla e necessária como é a de saúde mental.

Ao identificar essa problemática, com base na experiência acadêmica, e suportadas pelo acúmulo teórico-metodológico da nossa formação em Serviço Social, nos interessa saber: qual o problema na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental? Queremos descobrir o que de fato mudou no tratamento a loucura após o movimento psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização, como vem se dando o cuidado multidisciplinar do usuário com transtorno mental e com à família, e, óbvio, qual o papel do Serviço Social frente a essa realidade. Tendemos a pressupor que o processo da desinstitucionalização enfrenta dificuldades no atendimento as diretrizes da reforma psiquiátrica em decorrência de fatores tanto estruturais quanto culturais. A rigor, por determinantes econômicos, políticos e sociais.

O presente trabalho “Saúde Mental: as interfaces e os desafios de um espaço híbrido para a atuação do Serviço Social”, portanto, surgiu de inquietações internas individuais apresentadas e pelas percepções exteriores suscitadas no campo de estágio no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, pertencente a rede pública de saúde de João Pessoa, no estado da Paraíba, ocorrido durante os meses de fevereiro a novembro de 2016.

Trata-se de uma proposta de pesquisa bibliográfica e documental do tipo quali-quantitativa, exploratória-descritiva, analisada sob o método histórico dialético, tomando o relato de experiência para apreciar e confrontar com o que foi obtido na observação e diário de campo, para darmos continuidade as reflexões que perpassam a realidade cotidiana daquele hospital, voltada para o estudo das relações entre saúde, sociedade e cultura, refletindo a partir do processo da desinstitucionalização, visando compreender os fatores que contribuem para a problemática das pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental.

Como objetivo geral pretende investigar quais os limites e avanços, concretos, da Lei 10.216/2001, para confrontar o que diz a literatura e o que é praticado na realidade em relação ao atendimento em Saúde Mental após o movimento psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização.

Em termos de objetivos específicos propomos:

- caracterizar historicamente a política nacional de saúde mental;
- identificar as expressões da questão social e sua relação com o adoecimento mental, e as estratégias de cuidado adotadas no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira;

- apontar os desafios que o Serviço Social enfrenta dentro do campo de saúde mental para instituir ações horizontalizadas, e mediar os direitos sociais em saúde aos usuários.

Nesse sentido, no primeiro capítulo abordaremos questões teóricas e metodológicas em torno da construção do objeto de pesquisa, apresentando ao leitor um resgate histórico do processo da reforma psiquiátrica e as questões com ela envolvida, para nos apropriarmos de como se deu a transformação do estigma da loucura enquanto “doença mental” para sua compreensão enquanto fenômeno social, culminando na instituição do campo da saúde mental.

No capítulo dois faremos uma sistematização e análise da política de saúde mental para observarmos com mais acuidade a síntese do movimento psiquiátrico: a Lei 10.216/2001. Essa análise tem a importância de nos evidenciar os principais aspectos que a diferenciam das legislações anteriores, e, os conceitos básicos elementares para a sua pactuação, implementação e efetivação nas instituições que oferecem serviços e atendimento em saúde mental.

O terceiro, tendo como principal elemento relacional com a literatura o relato da experiência de campo vivenciada em estágio, através de uma análise sócio institucional pretendemos mostrar como as determinações econômicas, políticas, e sociais interferem na implementação e efetivação da Lei 10.216/2001 e, por conseguinte na operacionalização daquilo que foi pactuado. Particularmente no que diz respeito ao Serviço Social.

Portanto, no quarto e último, entre jalecos e saberes, essencialmente em relação a prática do Serviço Social naquela cotidianidade, queremos expor as dificuldades postas num campo multidisciplinar para o Assistente Social, e discutirmos o alcance e as possibilidades de seus instrumentos e do seu Projeto Ético Político para intervir nessa realidade.

2 RESGATE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DO ESTIGMA DA DOENÇA AO CAMPO DE SAÚDE MENTAL

Nesse primeiro capítulo, para que o leitor compreenda o movimento da reforma psiquiátrica como uma construção em que o consenso foi delineado a partir da articulação de uma determinada correlação de forças e do dissenso presentes, resolvemos conceber o método dialético para pensar e refletir as forças contraditórias que remontam a esse período e conformaram o campo de saúde mental tal como a realidade se apresenta.

Por campo de Saúde Mental, entendemos a unidade entre vários saberes distintos que formam uma grande área do conhecimento, tais como: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos, todos, corresponsáveis pela produção teórico-prática que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde mental.

Partindo de uma pesquisa bibliográfica, constatamos que o movimento dialético da reforma psiquiátrica contém em sua propositura a superação do modelo médico psiquiatra, ou, como queira, de sua epistemologia. Quer dizer, de um saber e conhecimento específico que sobremaneira, conforme nos informa Schneider (2009, p. 63) “[...] acabou por se tornar a tese hegemônica até nossos dias atuais: [...] sustentado no conceito de *doença mental*” [grifo da autora]. Nas palavras de Benoski:

A psiquiatria é a área científica que vai definir o que entendemos por loucura. Ela é o instrumento que a sociedade utiliza para se relacionar com a doença mental. A origem da palavra vem do grego *psykhé*, alma, sopro de vida; e *iatreía*, cura, tratamento. Não é, contudo, uma ciência neutra. Ela é governada pela visão de mundo, mentalidade e ideologia da sociedade (BENOSKI, 2004, p.31)

Assim, quando Schneider (2009) diz que o modelo médico-psiquiatra se tornou hegemônico, e Benoski (2004) que essa direção é dada por uma visão, mentalidade e ideologia da sociedade, cumpre-nos, pois, observar, que a partir de cada período histórico da humanidade presume-se uma convenção para a concepção e compreensão dos fenômenos da realidade: é o que Schneider (2008) chama de dimensão epistemológica. Essa por sua vez, vai determinar uma forma de lidar (dimensão técnica-prática), e a normatização dentro de uma estrutura social (dimensão técnica-política). Somando a isso o desdobramento das condições

¹ De acordo com Schneider (2009), doença mental é a definição para os “transtornos mentais”. Com a saúde Mental o termo “doença mental” deixa de existir.

políticas, econômicas e ideológicas de cada sociedade vigente, convém ressaltar: o fenômeno da loucura carrega em sua gênese uma compreensão histórica, epistemológica e dialética, em que não há linearidade. A construção daquele consenso é um processo invariavelmente constituído por forças frequentemente antagônicas, na cotidianidade das relações sociais. Dito de outra maneira, é um processo antagônico porque envolve a complexidade da problematização de um conceito (AMARANTE, 2009) entre saberes, a deliberação de decisões, a instituição de alternativas e, não menos importante, a participação da sociedade, uma vez que amplia o espaço do fenômeno da ordem particular para um caráter mais coletivo. (AMARANTE, 2009)

Ressaltamos que embora não seja objeto deste estudo tecer a história da loucura, por motivações didáticas (pensando naqueles a quem interessar possa), ainda que na superfície, faremos uma breve apresentação acerca da compreensão epistemológica da loucura, a partir do quadro 1, para que possamos focar na trajetória histórica do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), a partir de uma perspectiva dialética.

Quadro 1: Resumo sistemático da história da loucura: uma perspectiva epistemológica

A EPISTEMOLOGIA DA LOUCURA				
PERÍODOS	GRECO-ROMANA	IDADE MÉDIA	MODERNO (XV-XVIII)	CONTEMPORÂNEA
CONHECIMENTO	Filosófico mítico-clássico	Teológico	Racionalismo	Ciência
LOUCURA (Dimensão Epistemológica)	- Sobrenatural (sagrado e malévolo); - Delírios: privilégio; - Hipócrates: desordem natural orgânica (teoria humoral); - Primeira classificação das doenças mentais: doentes da mente	Sobrenatural (possessão demoníaca)	- Desrazão; - Alienação mental (alienismo); - Patologia natural orgânica; - Doença Mental (classificações psicopatológicas); - Anormalidade	- Movimento Antipsiquiátrico; - Doença mental como mito; - Questionamento do modelo manicomial; - Perspectiva Psicossocial: loucura enquanto fenômeno social; - Campo da Saúde Mental

CUIDADO (Dimensão técnica-prática)	- Intervenção Sacerdotal: - Recolhidos nos templos; - Magia, castigos físicos, punições; - Formas de Psicoterapia e Terapia Ocupacional (ouvir música, atividades recreativas, passeios, interpretação de sonhos, cura balsâmica, e trabalho)	- Intervenção Eclesiástica: - Exacerbação do exorcismo: prisões e morte	- Intervenção Sanitária: - Médico-asilar (psiquiatria); - Hospitais e casas de saúde; - Era manicomial (segregado, reclusão, colônias e asilamento); - Internação dos improdutivos (mendigos, pobres, bêbados, loucos, deficientes) - Tratamento moral; - Fármacos, tratamentos desumanos	- Intervenção administrativa: - Clínica ampliada; - Reinserção social; - Rede de Saúde Mental;
RELAÇÕES SOCIAIS (Dimensão Técnica-Política)	- Autoridade Sacerdotal	- Autoridade eclesiástica (inquisição)	- Autoridade médica: psiquiatrização do social, objeto da psiquiatria	- Equipes multiprofissionais e relações horizontalizadas; - Despsiquiatrização do social
SUJEITO (Dimensão Política)	- Ambígua	- Condenação e culpa	- Sem cidadania	- Reconhecimento da cidadania
SOCIEDADE (Dimensão Cultural)	- Ambígua	- Insano, demente, desviado	- Indivíduo incapaz, anormal e diferente	Sujeito capaz e desconstrução dos parâmetros da normalidade e da diferença

Fonte: Primária/2017

A história registra que em todas as épocas da humanidade, a loucura, tal como o fenômeno se nos apresenta - aqui entendido como a alteração da manifestação comum do comportamento humano tido enquanto normal- sempre esteve presente. Na Grécia antiga, período Greco-romana, tomando como base parte do pensamento mágico, e outra do conhecimento filosófico clássico, podemos aferir uma relação ambígua da sociedade em relação a causa da loucura, que a concebiam como uma manifestação malévola e/ou sagrada. Na vertente mágica, “a doença mental era atribuída à ação de deuses e causas sobrenaturais”

(BENOSKI, 2004, p.32): os delírios eram um privilégio sobrenatural concebido pela divindade. Os doentes ora eram considerados sagrados, ora possuídos por espíritos malévolos. A intervenção era sacerdotal, e “os tratamentos provinham da magia, da invocação dos poderes celestiais e do exorcismo de demônios, utilizando-se castigos físicos e outras punições” (NETO. Et al. 2003, p. 25). Também surgiram nesse mesmo período algumas formas análogas a psicoterapia e a terapia ocupacional como ouvir música, atividades recreativas, entre outros, e o trabalho como processo de cura.

Na vertente filosófica clássica por sua vez, quando passaram a pensar e a questionar a realidade que os cercava, “Hipócrates (460-380 a.C.) [...] foi o primeiro a tentar libertar a medicina dos ritos mágicos [...] o pioneiro na classificação das doenças mentais” (NETO. Et al. 2003, p. 25). Notório pai da medicina, considerou a loucura pela primeira vez como uma desordem de natureza orgânica, causada por um desarranjo no sistema de humores (teoria humoral).

Baseando-se em Neto (2003), na idade média, entretanto, o conhecimento religioso comprometeu significativamente o avanço da ciência, pautado em doutrinas de proposições valorativas, inspiracional, infalíveis e exatas. Por ocasião das justificativas da inquisição, as formas de distorções comportamentais - como a insanidade mental - eram legitimadas como possessão diabólica, quer por obra dos demônios ou da divindade, trazia consigo a marca da condenação e da culpa. No medievo o exorcismo brutaliza e torna punitivo o tratamento psiquiátrico. O ranço dessa forma de tratamento remonta até o século XVIII. Daí em diante, todas as pessoas que apresentavam comportamento desviante, inclusive dementes, eram mortos ou levados à reclusão.

Em tempos modernos, a partir do século XV, até o século XVIII, o racionalismo, através da observação científica e do raciocínio foi a linha de pensamento que se ocupou em formular um conhecimento mais formal e factual da realidade através de vários pensadores. Num primeiro momento, dependendo da corrente filosófica em questão a loucura foi tida como Desrazão, já na aurora ufanista da ciência e das grandes teorias, de alienismo. Essa foi a denominação dada por Pinel (reconhecido como o pai da psiquiatria), à ciência dedicada ao estudo da alienação mental.

Nesse momento, fundam-se os primeiros hospitais e casas de saúde psiquiátrica, restabelece-se o caráter científico da psiquiatria, o “doente mental” é reconhecido como objeto da psiquiatria e “paciente” de patologia natural orgânica com efeitos psíquicos, considerado incapaz (primeira revolução psiquiátrica). Período esse marcado pelas internações dos improdutivos (mendigos, pobres, loucos, bêbados e deficientes), a era

manicomial (reclusão, colônias e asilamento), e das classificações psicopatológicas. Os tratamentos foram desde o acorrentamento, a aplicação de banhos quentes e frios, ao tratamento moral, lobotomia, choques insulínicos e elétricos, até a administração generalizada e indiscriminada de psicofármacos (SCHNEIDER, 2009).

Na contemporaneidade verificamos que as características do conhecimento científico (contingente, infinita, falível), traz consigo a possibilidade de questionar o paradigma da psiquiatria. A epistemologia neutra, centrada na etiologia (causa, tipos, formas e manifestações) não responde mais as necessidades de explicação para a loucura do homem contemporâneo: nasce o movimento Antipsiquiátrico, e o campo da saúde mental, - a doença mental passa a ser vista como um mito para dar a loucura uma tônica de problema social e sociológico, de ordem psicossocial. Enquanto fenômeno social, como terapia ideal (mas que não se efetivou), a técnica-prática deixa de ser apenas a do tratamento para dar lugar ao “cuidado” multidisciplinar, visando restituir ao sujeito o direito de cidadão.

A partir daqui, seguindo a sistematização do quadro 2, explicaremos a correlação de forças e o dissenso presentes do movimento antipsiquiátrico no Brasil, para enfim deprendermos as causas, motivos e razões que culminaram no movimento da reforma psiquiátrica brasileira, - as particularidades que se não transformaram, pelo menos modificaram a condição do Estado da arte da loucura em nosso país, superando assim, aquilo que chamaremos de o estigma da doença mental: o legado das marcas da alienação mental (“paciente” alienado, incapaz, anormal e igualmente improdutivo, portanto desimportante, segregado em um “não lugar” na sociedade, destinado a reclusão, colônias e asilamento).

Quadro 2: Resumo cronológico do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, até a consolidação da Lei 10.216: uma perspectiva dialética.

ANO	TESE	ANTÍTESE	SÍNTESE
	Psiquiatria	Antipsiquiatria	Pós-Psiquiatria
	Um não lugar para a “loucura”	O lugar da loucura sob debate	O campo da Saúde Mental
1808	Transferência da corte Portuguesa	-----	-----
1830	Primeiro diagnóstico da situação dos loucos da cidade: doentes mentais, espaço próprio para	-----	-----

	reclusão e tratamento		
1835	José Martins da Cruz Jobim: Primeira denúncia das condições em que vivem os loucos na cidade.	-----	-----
1841	Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841 – Expectativa para fundar o Hospício de Pedro II	-----	-----
1852	“O Palácio dos loucos”: inauguração do Hospício de Pedro II	-----	-----
1856	Hospício de Pedro II em foco: superlotação e entrada indiscriminada de “paciente”s	-----	-----
1890	- De Hospício de Pedro II a Hospício Nacional de Alienados; - Decreto nº 206, de 15 de fevereiro de 1890: Assistência Médica e Legal aos Alienados - Instituição das colônias de São Bento e Conde de Mesquita	-----	-----
1903	Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903: primeira lei de assistência aos “alienados” e alienação mental	-----	-----
1911	Decreto nº 8.834, de 11 de julho: primeira colônia de alienados para mulheres.	-----	-----
1940-1950	- Predominância modelar da configuração asilar	-----	-----
1964-1970	- Capitalização do Setor de saúde – privatização; – Hospitais e clínicas particulares: expansão dos leitos privados	-----	-----
1976	-----	- Reforma Sanitária; - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)	-----
1978		- Primeira denúncia formal de condições aviltantes dos “paciente”s” da Divisão Nacional de Saúde Mental (maus tratos, violência e violação dos	

	-----	<p>direitos e dignidade humanos): a “crise da Dinsam”;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); - O “Congresso da Abertura”: V-Congresso Brasileiro de Psiquiatria; - O “Congresso do Ibrapsi” I-Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições 	-----
1979	-----	<ul style="list-style-type: none"> - I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental; - I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados/Cebes-SUS; - III Congresso Mineiro de Psiquiatria 	-----
1986	-----	A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) – Diretrizes emenda popular para a Saúde/Constituinte	-----
1987	-----	<p>I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM): Cidadania, falência do modelo hospitalocêntrico, serviços extra hospitalares;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O “Congresso de Bauru” - II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – rupturas fundamentais: <p>Composição plural (saúde, sociedade) e caráter social (cultura): “Por uma sociedade sem manicômios”; Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira 	-----
1988	-----	Constituição Federal de 1988: Saúde “Direito de Todos e dever do Estado”	-----

1989	-----	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira Intervenção em um hospital psiquiátrico privado: Clínica Anchieta “Casa dos Horrores”; - Desconstrução dos manicômios; - Construção dos serviços substitutivos; - Emergência psiquiátrica; - Projetos culturais para conscientização; - Residências para ex-internos; - Cooperativa de trabalho; - PL 3.657/89: Deputado Paulo Delgado 	-----
1990	-----	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração de Caracas; - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; - Centros de vivência, hospitais-dia, programas de atenção psicossocial e inclusão 	-----
1991	-----	Portaria n.º 189, de 19 de novembro de 1991: primeira normatização para destinação de recursos aos centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	-----
1992	-----	<ul style="list-style-type: none"> - II Conferência Nacional de Saúde Mental – Tônica dos “lares abrigados” - Portaria SAS/MS nº 224/92: regulamenta e normaliza os (NAPS) e (CAPS). 	-----
1993	-----	- Mudança do MSTM: para Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA)	-----
1999	-----	- Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999	-----
2000	-----	-----	<p>Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000</p> <p>Portaria nº 1220/GM de 7 de novembro de 2000 que trata de incluir nas tabelas de serviços o serviço residencial terapêutico em</p>

			saúde mental.
2001	-----	-----	- Organização Mundial da Saúde (OMS): “Cuidar, sim, Excluir, não”; - Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - III Conferência Nacional de Saúde Mental

Fonte: Primária/2017

2.1 Um ‘não lugar’ para a “loucura”: entre a reclusão, colônias e asilamento

O alienismo, doravante psiquiatria tal qual conhecemos, em seus primórdios foi a ciência dedicada ao estudo da alienação mental, pelo até então reconhecido pai da psiquiatria, Philippe Pinel. Nesse sentido, a rigor, considera o sujeito alienado (alheio a realidade), motivo pelo qual esse distúrbio da razão o torna incapaz de exercer cidadania (AMARANTE, 2006). “O conceito de alienação se refere a ideia de um distúrbio das paixões que ocasiona um distúrbio moral” (AMARANTE, 2008, p.736).

Dessa maneira, partindo do princípio de um distúrbio moral, a resposta para o tratamento da alienação mental, de acordo com Schneider (2009), divide as origens da psiquiatria tradicional em dois momentos distintos que implicaram na apropriação da loucura pelo saber e práticas médicas, logo, pelo desenvolvimento do saber psiquiátrico: o **primeiro**, reconhecido como a primeira reforma psiquiátrica, trata-se do princípio do isolamento e do tratamento moral iniciado por Pinel (doença mental como de ordem moral). A ideia era criar um espaço próprio para a loucura, em que se pudesse:

[...] retirar o alienado do meio confuso e desordenado e incluí-lo em uma instituição disciplinar regida por [...] mecanismos vários de gestão da vida cotidiana que, em tese, reordenariam o mundo interno do alienado e o resgatariam para a razão. [...] [através de um] conjunto de medidas que submeteriam o alienado ao jugo da ordem e da norma (AMARANTE, 2006, p.32)

O autor supracitado afirma em outra obra,

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de política interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando, dessa forma o espaço asilar, a divisão objetiva da

loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas [...] (AMARANTE, 1995, p. 25-32)

Assim que se iniciou, o “movimento de fundação dos hospitais e casas de saúde psiquiátricos e o reconhecimento do doente mental como objeto da psiquiatria [...] *paciente* de patologia natural, acima de tudo orgânica [...]” (NETO. et. al. 2003, p. 26), [grifo nosso] usando a terapia do trabalho como a principal estratégia para aplicação do tratamento moral, ao que chamaremos do binômio trabalho-moral, é importante ressaltar, adquire relevância privilegiada no momento e contextualização sociocultural das mudanças emblemáticas que ocorreram nas relações sociais básicas do modo de produção feudal (trabalho compulsório e servil), após o advento da revolução industrial (XVII-XVIII).

A revolução industrial foi um marco nas mudanças dos modos de produção por que passou o homem em sua relação com o trabalho. A transição do modo de produção feudal para o capitalista modificou profundamente as relações sociais básicas daquelas sociedades, transformado não apenas a natureza do trabalho em prover apenas o que era necessário a subsistência do homem: ao transformar o trabalho como a única e exclusiva fonte de renda para a reprodução social, transformou também ao homem em mercadoria, ao que todos dependeriam da sua força de trabalho para sobreviver. Esse processo ocorreu dos séculos XIV ao século XVIII e Marx o chamou de acumulação originária, primeira ou primitiva do capital (BEHRING,2008).

A partir desse processo histórico, como vimos, se formaram os dois pilares do capitalismo: o capital e o trabalho assalariado. Uma forma de relação social de produção que é suportada com base na propriedade privada, na qual a riqueza produzida é apropriada de maneira privada. Isso nos leva a um dos limites do modo de produção capitalista que está intimamente ligado ao nascimento da aplicação do tratamento moral (BEHRING,2008).

A organização da produção em bases capitalistas, suportada na propriedade privada, assentada no trabalho assalariado, e na divisão acentuada do trabalho nas cidades, produziu um efeito migratório exponencial do campo para a cidade, tal que esse fluxo de massa de operários gerou a sociedade de classes: essa relação determinou a existência de uma classe econômica produtora (explorada), e de uma classe econômica possuidora dos meios de produção (exploradora). E não apenas isso, expressões diretas da relação capital/trabalho, aquele êxodo também produziu um contingente humano que era maior que a oferta de trabalho do momento; as zonas de contrastes sociais; e por consequência, o recrudescimento da pobreza e da desigualdade de grande parcela da população (NETTO; BRAZ, 2006).

Em resumo, o fato é que além de criar as condições necessárias para o ressurgimento da vida urbana, da arte e da ciência, o modo de produção capitalista também produziu uma grande quantidade de pessoas que viviam em condições precárias e miseráveis: desempregados, mendigos, vagabundos, incapazes, deficientes, velhos, prostitutas, loucos e criminosos. Todos esses, indistintamente, eram considerados improdutivos, quando não perigosos, porém, não porque não tinha trabalho para todos, mas por questões de ordem moral e particular do próprio indivíduo. Sobre isso, diz a literatura:

Nos séculos XVII e XVIII acreditava-se que todos indivíduos que suscitavam repulsão ou temor – indigentes, vagabundos, preguiçosos, incapazes, velhos, prostitutas, loucos, deficientes -, considerados como ameaças a sociedade, deviam ser afastados e confinados num espaço isolado do convívio social. Eles eram recolhidos para serem cuidados, mas, na verdade, o que se praticava era o isolamento e exclusão, para proteger a sociedade contra a desordem dos loucos e dos diferentes e dos perigos que eles representavam (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 20).

A consequência direta disso, num primeiro momento, a todos que não pudessem depender de sua força de trabalho para sobreviver, era a aplicação de leis que tinham um caráter punitivo e repressor e não protetor, e como principal função manter a ordem social e punir a vagabundagem, ao invés de estabelecer o bem comum. A exemplo disso, as legislações seminais e a Poor law amendment act – nova lei dos pobres, de 1834 (BEHRING, BOSCHETTI, 2008). Quer dizer:

Os loucos, propriamente ditos, eram colocados nas cadeias, com vagabundos, criminosos ou indiciados. Essa promiscuidade de nenhum modo foi privativa [...] Era universal. Contra ela é que se gravou o artigo 24 da Lei Francesa de 1838, que foi e continua a ser a matriz de toda a legislação sobre alienados. É bom repeti-la ‘Em caso algum, os alienados poderão ser misturados com condenados ou indiciados, nem depositados numa prisão’ (LOPES, 1966, p.1)

Não por acaso, presumimos, foi justamente por isso que a pretensa epistemologia neutra e objetiva da psiquiatria - ao encobrir valores e poderes no cotidiano dos atores sociais - criou o princípio do isolamento, o tratamento da moral e a terapia do trabalho, para manterem a ordem e a norma em sociedade (SCHNEIDER, 2008). Assim, é importante destacar: o tratamento moral iniciado por Pinel para que os loucos fossem observados e tratados de modo mais adequado por intermédio das primeiras terapias ocupacionais (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001), embora tenha possibilitado a retirada dos loucos dos

hospitais-prisão² separando-os dos indiciados, permitiu a legitimação de um novo grupo de indesejáveis e de mais um estigma para os doentes mentais: o parâmetro da normalidade. Ou como diria Lopes (1966, p.1), “[...] a reunião de doidos e seus próximos parentes, os deficientes mentais e as personalidades anormais com conduta fortemente desviada”. Isto é, além do aspecto conceitual e de suas práticas, o modelo tradicional da psiquiatria consolidou no ideário social a associação da diferença como elemento da anormalidade (AMARANTE, 2009).

O segundo momento, de acordo com Schneider (2009), precedido pelo desenvolvimento da racionalidade da medicina mental (descrição de sintomas e classificações psicopatológicas) iniciada por Pinel e levadas a exaustão por ele e seus sucessores Jean-Étienne Dominique Esquirol, e Emil Kraepelin, dentre outros, contribuiu significativamente para o reconhecimento da psiquiatria como especialidade dentro dos parâmetros da medicina. A psiquiatria, portanto, tornou-se um instrumento de ordenação dos sujeitos e higienização social³, fundamentada na orientação das ciências naturais, com predomínio da medicina biológica. Trocando em miúdos, a tese do modelo psiquiátrico tradicional era asilar, tomava a loucura enquanto transtorno individual (doença mental de natureza patológica orgânica), com ênfase dada ao tratamento moral, quando não de técnicas desumanas até a administração indistinta e universal de drogas, com uma relação de poder centrada no médico, assim, negando ao alienado qualquer direito e de mesma maneira o reconhecimento de sua cidadania.

A realidade brasileira em relação as respostas que foram dadas a questão da loucura não foram diferentes do panorama internacional, envolve justificativas econômica, técnica, política, social e cultural, muito embora, de acordo com a bibliografia estudada, preserve algumas particularidades em sua síntese após a crítica ao modelo asilar predominante, como poderemos verificar mais adiante.

Contrário ao contexto Europeu, que como vimos, no século XIX já acumulava um conhecimento avançado da ciência e medicina, o Brasil ainda era um país de economia colonial, baseada na relação social do trabalho escravo. Aqui, a aplicação do acúmulo daquele

² Termo usado para referenciar o aspecto e os métodos de prisão dos asilos e hospitais em que os doentes mentais eram mantidos a ‘sorte de indesejáveis’ da sociedade moderna, literal e simbolicamente: acorrentados (BRASIL, 2017).

³ Apropriada pelo movimento higienista e/ou sanitarista brasileiro (XIX-XX), a rigor, é um termo que designa o estado e a manutenção da saúde tomando a educação pública como veículo para o ensino de hábitos higiênicos. A ideologia de um povo educado e com saúde, pautado em critérios da ordem particular dos indivíduos, mascarava o caráter coletivo dos problemas de saúde pública, especificamente, os determinantes sociais do processo saúde-doença. Pejorativamente, é um termo que designa a higienização (limpeza) dos problemas do corpo social, na busca por uma sociedade e/ou nação saudável e perfeita (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2008).

conhecimento para o desenvolvimento da nossa conjuntura econômica, técnica, política, social e cultural teve início com a mudança da Corte Portuguesa para o Brasil (1808), a abertura dos portos e a migração de artistas, cientistas e intelectuais (BRASIL, 2017). Isto é, particularmente no campo da medicina, um fato que alavancou, ou obrigou o desenvolvimento de medidas e critérios estruturantes no aspecto sanitário, foi a vinda da família real para o Brasil.

De modo geral, a assistência à saúde nesse período se apresentava de forma muito limitada e se apoderava de recursos próprios da natureza ou através dos conhecimentos empíricos, desenvolvidos por curandeiros. Era o saber popular que se apresentava como conhecimento, técnica e tratamento fundamental de assistência, tendo em vista que existiam poucos médicos e as intervenções médicas se davam basicamente por boticários, ou seja, especialistas que indicavam tratamentos médicos com a utilização de substâncias desenvolvidas por eles próprios, curandeiros ou através de medicamentos importados de outros países (POLIGNANO, 2001).

Conforme o país se desenvolvia e com isso também os problemas que lhes são próprios do desenvolvimento, ainda no período colonial, em 1830 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza o primeiro diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade (BRASIL, 2017). Seguindo a tradição Europeia, os reflexos que a psiquiatria produz aqui passa a reconhecê-los enquanto doentes mentais. A resposta para o atendimento a essa demanda dá início ao primeiro modelo assistencial para “os loucos”, - um ‘não lugar’ para o tratamento da loucura: um espaço próprio para a reclusão. Por conseguinte, o não reconhecimento do “louco” enquanto sujeito, dentro de um mundo estrutural, tornando-o desmerecedor dos preceitos da dignidade humana e de uma cidadania. Pensamos, foi justamente esse ‘não lugar’ que por mais de dois séculos construiu história, insidiosa e pejorativamente o estigma da doença mental. Ou como queira, a relação social perceptiva do louco e da loucura.

Nesse sentido, o primeiro ‘não lugar’ que fora destinado ao louco no Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia. Lá eles viviam em enfermarias ou trancafiados em seus porões quando agitados (LOPES, 1966). Em 1835, José Martins da Cruz Jobim foi o primeiro denunciante das condições em que viviam os loucos na cidade (BRASIL, 2017). Essa atitude determinou a criação do Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, que previa a expectativa para fundar a primeira estrutura asilar do país: o Hospício de Pedro II. “O Palácio dos loucos” como era mais conhecido, foi inaugurado em 1852. Entretanto, a superlotação e a entrada indiscriminada de “pacientes”, supomos aqui todos aqueles que eram considerados diferentes

e perigosos, também se tornou alvo de críticas: o mesmo ainda estava vinculado a Santa Casa de Misericórdia e não oferecia as condições adequadas para a aplicação daquela terapêutica moderna propugnada por Pinel, para o tratamento da alienação mental.

Em 1890, agora em tempos da Proclamação da República, da transição do modo de produção colonial (fim da escravidão), para a economia primário – exportadora (trabalho assalariado), o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e transformado em Hospício Nacional de Alienados (AMARANTE, 2008). Nesse mesmo período o Decreto nº 206, de 15 de fevereiro de 1890 regulamenta a Assistência Médica e Legal aos Alienados, e a criação das primeiras colônias masculinas (São Bento e Conde de Mesquita).

Em 1903 o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903 cria a primeira lei específica de assistência aos “alienados” e alienação mental, e em 1911 o Decreto nº 8.834, de 11 de julho a primeira colônia de alienados para mulheres (BRASIL, 2017). Já no período de transição da república velha para o Estado Novo, em que pese o aquecimento da industrialização e o regime de capitalização da previdência para aumentar a massa de recursos e o financiamento da indústria, Amarante (2008) informa que as criações daquelas primeiras colônias foram determinantes para a predominância modelar da configuração asilar entre 1940-1950. “A ideia era levar os alienados para os hospitais-colônia, onde pudessem trabalhar, principalmente na lavoura, pois o trabalho os recuperaria” (AMARANTE, 2006, p.32). Esse regime de capitalização, iniciado na era Vargas, no contexto da ditadura (1964-1970) é reconhecido como o processo de privatização da assistência médica previdenciária social: “[...] ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a da assistência médica, [...] sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Isto é, através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o governo militar teve que manter uma relação de dependência com a rede hospitalar privada que prestavam serviços aos usuários do INPS, sustentando os contratos e convênios que já existiam. As palavras de Amarante ratificam essa situação:

A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em ‘enfermarias’. A ‘indústria da loucura’, como ficou conhecida fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo

que os investimentos no setor público começavam a diminuir (AMARANTE, 2006, p. 33).

Esse momento foi marcado pelo modelo privatizante da saúde, e pelo aumento exponencial de leitos, porém, não diferente do contexto internacional, estabelecido sobre o paradigma da psiquiatria: um ‘não lugar’ para os doentes mentais alienados, insalubre e precarizado, para submetê-los ao tratamento moral, técnicas desumanas, e a administração ambígua de medicamentos sem levar as diferenças em consideração, sob a tutela e poder da medicina, negando-lhes qualquer direito e de mesma maneira, como já assinalamos, o não reconhecimento de sua cidadania. E não apenas isso! Em tempos do governo militar, os velhos galpões também se transformaram em porões da ditadura: os presos políticos eram ali internados e torturados. A exemplo disso alguns casos da realidade brasileira:

Ainda estudante de medicina, trabalhei como estagiário em um hospital-colônia de uma cidade na Grande Vitória, Espírito Santo. Lá fui marcado definitivamente pela trágica experiência: centenas de pessoas nuas, imundas, fétidas. Imagem e odor do abandono, do descaso, da miséria e da solidão. [...] para minha tristeza, constatei mais tarde, que o modelo era quase universal, predominantemente asilar e manicomial, com milhares de pessoas abandonadas em macroinstituições financiadas pelo poder público, fossem elas públicas ou privadas. [...] Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, reforçando nossas denúncias de maus-tratos e violência (AMARANTE, 2006, p.33)

Em suma, foi um período em que a economia brasileira visando lucrar com a nova fase da assistência a doença mental, busca “associar a lógica do capital (lucro) à lógica do modelo manicomial, não ficando difícil perceber que a “assistência” se limitava ao mínimo que fosse preciso para manter os loucos sob dominação, sem precisar gastar muito” (BRAGA E SILVEIRA, 2005, p.594).

Destarte, até aqui, pedimos ao nobre leitor observar que em toda a trajetória da loucura, a exceção do período Greco-latino (devido a relação ambígua da sociedade com o fenômeno da loucura), o lugar para o tratamento da loucura foi sempre um espaço de negação do sujeito e de suas necessidades. O louco e a loucura eram tidos, vistos e legitimados, inclusive institucionalmente, como algo amorfo, disforme e repugnante. Segregados, que quando não submetidos as mais perversas formas de torturas, eram degredados em espaços próprios para a reclusão, quer seja na prisão, em colônias ou em asilamento: mas sempre um ‘não lugar’. É essa percepção que cria as condições para aquilo que Schneider (2008) informa como as reformas da reforma, e que tinham como principal objetivo a antítese da velha

psiquiatria. Isto é, questionar o papel e a natureza da estrutura asilar e do saber psiquiátrico. Ou seja, um período histórico que possibilitou pôr a questão da loucura sob debate.

2.2 O lugar da loucura sob debate: saúde, sociedade e cultura e a crítica ao modelo médico-psiquiatra

Como vimos, o reconhecimento da loucura como doença mental constituiu-se como um processo patológico concebido por um determinado paradigma que foi institucionalizado como próprio da medicina: o modelo médico-psiquiatra. A pretensa garantia da objetividade e da neutralidade do método científico, e o reconhecimento dos agentes sociais habilitados na sua utilização, foram determinantes para a construção de uma autoridade dominante na relação médico-“paciente” (NEVES, 2008). A legitimação dessa autoridade foi responsável pela construção social perceptiva e conceitual da loucura, e pela aplicação de todas as respostas que lhe fora dada em sociedade. Transformou o doente mental em objeto cativo do saber psiquiátrico, reduzindo e isolando a complexidade das experiências e comportamento humanos produzidos socialmente, a problemas médicos (medicalização e Psiquiatrização do social⁴), exclui-o de qualquer possibilidade de ascenso à cidadania e foi responsável pelo sequestro de sua dignidade.

Esse estado de subordinação do sujeito a objeto da psiquiatria, somado a negligência do Estado e aos interesses do mercado, reciprocamente foram responsáveis pela estigmatização da pessoa com transtorno mental e por todas as condições aviltantes por que estes passaram entre a reclusão, colônias e asilamento, mas também propiciaram os elementos necessários para a antítese a tese do modelo psiquiátrico tradicional: o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em virtude desse levante,

[...] no Brasil e no mundo, grandes mudanças ocorreram em relação aos dispositivos de tratamento oferecidos a essa população. As comunidades terapêuticas, a psiquiatria comunitária, a psiquiatria preventiva e a psiquiatria democrática italiana configuram uma série de reformas que

⁴ Em síntese, a partir das leituras feitas em Schneider (2008) e TESSER (2006), concluímos que embora cada termo seja usado para a determinação ampla de cada saber específico, respectivamente, a biomedicina e a psiquiatria, ambas, se correlacionam: as duas tratam da redução e isolamento do ser humano a um marcador biológico, destituído da compreensão e complexidade social concreta em cuja realidade está inserido. Ou simplesmente, da influência dos determinantes ambientais.

contribuíram para a mudança do paradigma teórico-prático no campo da saúde mental (MELO, 2011, p. 4)

No Brasil, o mérito da crítica ao modelo asilar predominante, fortemente inspirado na tradição Basagliana⁵, “[...] que defende formas diferenciadas de tratar, acolher, atender, acompanhar e cuidar do sujeito, em sua existência concreta de vida” (MELO, 2011, p.4), consiste em colocar sob perspectiva a questão da loucura enquanto doença (perspectiva organicista), para ao invés disso ampliarmos a discussão em termos de saúde, sociedade e cultura: desconstruir o mito da “doença mental”, compreendê-la enquanto fenômeno social, e para que com base numa perspectiva psicossocial (dimensão epistemológica)⁶, “[...] tratar de sujeitos concretos, pessoas reais [...] com questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade e, por isso, não é um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais”. (AMARANTE, 2006, p. 35)

Em tal caso, oferecer um tratamento clínico ampliado, integral, em rede, em que pese a reinserção social da pessoa (dimensão técnica-prática), com base em equipes multiprofissionais e relações horizontalizadas que garantam a despsiquiatrização do social (dimensão técnica política), e o reconhecimento de sua cidadania (dimensão política).

Sendo assim, a partir de todas as leituras feitas e alguns esclarecimentos em Sá Junior (2007), chegamos a compreensão de que a práxis da reforma psiquiátrica no Brasil, foi a construção dialética de um consenso que se configurou enquanto um processo dual, antagônico, entre forças correlatas e contraditórias, para a tomada de decisões e o estabelecimento de alternativas possíveis dentro das possibilidades concretas. A saber: as vozes dissonantes da corporação médica-representada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); a reação antipsiquiátrica-protagonizada tanto por inúmeros agentes da saúde pública, como pelo Movimento da Reforma Sanitária e a Sociedade Civil que incorporam a luta da peleja pelo direito a saúde daquele período⁷; e pôr fim a plêiade

⁵ Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática e liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste”. (AMARANTE, 2006, p. 33).

⁶ A perspectiva psicossocial contraria a orgânica (patológica), por não isolar o homem da complexidade de suas experiências e comportamento humanos produzidos socialmente. Ver na expressão da loucura a cristalização do sofrimento psíquico. Este por sua vez, causado pelos mais díspares transtornos psicológicos (o arrependimento, a culpa, o inconformismo, o ódio, o vazio).

⁷ O movimento da Reforma Sanitária Brasileira caracteriza-se pela resistência e luta de um grupo heterogêneo (profissionais de saúde, acadêmicos, sindicatos, sociedade civil) contra a ditadura, que se uniram para propor alternativas na construção de um sistema de saúde democrático. O tema “Saúde e Democracia” firmou-se na 8ª Conferência de Saúde (1986) com a garantia de uma emenda popular na Constituição Federal de 1988, que foi adotada e criou o Sistema único de Saúde (SUS) (AROUCA, 2017).

burocrática-correspondente aos dirigentes do serviço público, todos - contra a Federação Brasileira de Hospitais, “que sustentava a manutenção do quadro existente” (SÁ JUNIOR, 2007, p.158). Senão vejamos:

A história do Movimento Antipsiquiátrico Brasileiro (MAB) começa no final da década de 70, quando a busca desenfreada pelo lucro dos empresários da saúde esgota suas possibilidades e a previdência social entra em crise. A evidência da ineficiência e dos limites daquele modelo privado é exposta criando a necessidade de reformulação do modelo de saúde (BRAGA E SILVEIRA, 2005).

Em 1976, pleno contexto do processo de redemocratização do Brasil, propiciou a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e do Movimento da Reforma Sanitária (MRS). Certamente, motivados pela conjuntura, em 1978 é feita a primeira denúncia formal contra as condições aviltantes (maus tratos, violência e violação dos direitos e dignidade humanos) a que eram expostos os “pacientes” da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) (BRAGA E SILVEIRA, 2005)

A “crise da Dinsam” como ficou conhecida, devido a demissão de mais 260 profissionais que ousaram ratificar aquelas denúncias, propiciou a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e deu a tônica do MRPB: teve início o processo de reflexão crítica acerca da constituição do saber e prática da psiquiatria tradicional, ou como queira, de sua epistemologia. Dali em diante, o “Congresso da Abertura” (V Congresso Brasileiro de Psiquiatria) propiciou que o MTSM se organizasse em âmbito nacional, e o “Congresso do Ibrapsi” (I-Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições), a aproximação com Franco Basaglia, que como já citamos, influenciou fortemente o MRPB. Em 1979, tanto o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental quanto o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados (organizado pelo Cebes para apresentar a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS)), e a visita de Basaglia ao Hospício de Barbacena, por ocasião de sua participação no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, concorreram para desencadear um fluxo de denúncias sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, e para condensar ainda mais o consenso de que, a modificação do sistema de atenção à saúde só seria possível com a associação coletiva de distintos atores e seguimentos sociais pela busca de uma democracia plena e a organização de uma sociedade mais justa e igualitária (AMARANTE, 2008).

A década de 70, portanto, foi o primeiro momento do MAB. Nascido, da maturidade intelectual e político-organizativa, própria do período, foi forjado no bojo do processo de redemocratização, do MRS, e da criação do SUS. Preconizou a antítese da tese ao

paradigma psiquiátrico, colocando em questão a dimensão epistemológica no tratamento a loucura, a dimensão técnica-prática e, por conseguinte as dimensões técnica-política e política, como também, a admissão de uma nova dimensão que dessa conta da expressão do fenômeno em sua totalidade: a dimensão cultural.

Seguindo esse percurso, tendo agora como conjuntura o palco da nova república, a instituição de uma Constituição Federal mais ampla e democrática e, pôr fim a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o segundo momento do MAB é caracterizado pela trajetória literal do MRPB: a ruptura definitiva e indiscutível com o modelo médico-asilar. Em 1986 a “oitava” como ficou conhecida (8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)), garantiu as diretrizes de uma emenda popular para a Saúde na Constituinte de elaboração da Constituição Federal. Esse momento defluiu significativamente a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, com temas que versavam sobre conjuntura e impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Psiquiátrica e a falência do modelo hospitalocêntrico; e Cidadania: direitos, deveres e legislação para a saúde mental. Essa foi a principal agenda do MRPB desde então, no sentido da luta pela desconstrução do modelo hospitalocêntrico.

Ainda em 1987, tencionando e seguindo a linha de resistência, o “Congresso de Bauru” (II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental) é digno de memória pelo estabelecimento de duas rupturas fundamentais no processo do MRPB: o primado por uma composição mais democrática, garantindo uma participação mais plural de outros seguimentos e atores sociais na construção de novas políticas de saúde para a saúde mental, e a transformação de caráter mais social, voltado para a ressignificação do ideário social em sua relação com a saúde mental. Essas justificativas endossaram e marcaram as primeiras conquistas do MRPB: o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, a criação do dia Nacional da Luta Antimanicomial (LA) e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Depois disso, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o reconhecimento da saúde como “Direito de Todos e dever do Estado”, em 1989, repercute na primeira intervenção em um hospital psiquiátrico privado: a Clínica Anchieta, mais conhecida como a “Casa dos Horrores”.

Daí então a história passa a presenciar a robustez com que o MPR cresce, e a sua avidez na elaboração de propostas que conformassem a integralidade de um projeto rumo a desconstrução dos manicômios; alternativas para a construção de uma rede de novos serviços, estratégias e dispositivos (serviços substitutivos); emergências psiquiátricas; projetos culturais para conscientização; residências para ex internos, e cooperativas de trabalho. Dessa experiência foram criados os primeiros cinco Núcleos de Atenção Psicossocial, uma

emergência psiquiátrica num hospital geral; o projeto cultural TAM-TAM, uma residência para ex internos do hospital e uma cooperativa de trabalho, para geração de renda. Além disso, a PL 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, que sobretudo versava sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços – mas que nunca foi aprovada. Entretanto, serviu de base para a criação das futuras leis básicas estruturantes da assistência em saúde mental: a fase que denominaremos de a síntese da RPB.

Contudo, somando esses avanços a Declaração de Caracas, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (implementação do SUS), o ano de 1990 foi marcado pela criação vários novos Centros de vivência, hospitais-dia, programas de atenção psicossocial e inclusão. Todos esses fatos que precederam o ano de 1991, confluíram para a criação da primeira legislação para destinação de recursos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como, para a regulamentação dos novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial: Portaria n.º 189, de 19 de novembro de 1991, e em 1992, pela Portaria SAS/MS nº 224/92. Esse ano também foi cenário da II Conferência Nacional de Saúde Mental, da qual, a principal agenda do MRPB era a objetivação da necessidade de dispositivos residenciais para os internos desmanicomializados. Por fim, tendo em vista o horizonte da luta “Por uma sociedade sem manicômios”, os enfrentamentos da década dos anos 90 do MRPB é simbolizado pela Mudança do MSTM para o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e pela criação da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos.

Isto posto, em termos teóricos é importante pontuar que o segundo momento do MRPB foi sustentado sobre a unidade de duas vertentes que compuseram e suportaram a práxis do MRPB: desinstitucionalização e complexidade. A desinstitucionalização como instrumento de transformação dos limites e condições *sui generis* da institucionalização, do reconhecimento da cidadania, do resgate da liberdade, e da condição humana de sociabilidade, para o fortalecimento da autonomia, passando a exigir uma maior complexidade das ações no cuidado, e outras formas de tecnologia (DUTRA; ROCHA, 2010). Nas palavras de Schneider (2009) “desconstruindo a lógica manicomial e promovendo a desinstitucionalização da loucura”, “ a clínica deixaria de ser o *isolamento terapêutico ou o tratamento moral* pinelianos, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades” (AMARANTE, 2009, p. 1). [grifo do autor].

Braga e Silveira (2005) foram categóricas ao afirmarem que o modelo de desinstitucionalização brasileiro foi baseado no modelo italiano de Franco Basaglia. Ele defendia a vertente de desconstrução do conceito, no que o termo saúde mental saía de cena

para dar lugar a uma nova concepção de loucura: o sofrimento psíquico, pois o indivíduo vivia em sofrimento constante no que dizia respeito a sua relação social. Dessa maneira, partindo dos princípios da desinstitucionalização e complexidade, o MRPB foi um processo complexo que abrangia uma modificação integral e simultânea em quatro dimensões que formam a unidade basilar para a superação do modelo manicomial. Quais sejam: epistemológica (perspectiva psicossocial); técnico-assistencial (clínica ampliada, rede, reinserção social); jurídico-política (cidadania, direitos humanos e sociais) e cultural (transformação do ‘não lugar’ da loucura, baseada nos estigmas da doença mental). Todas elas, fundamentadas, acima de tudo, nos conceitos de rede⁸, território, acolhimento e clínica psicossocial.

Melhor dizendo, na substituição do modelo médico-asilar para a criação de uma rede de serviços territoriais, baseadas na transição dos centros da atenção da instituição para a comunidade, possibilitado, assim, trazer o cuidado das ações de saúde mental para um contexto mais comunitário, dando um novo direcionamento aos espaços para o sofrimento psíquico, e resignificando a cultura da sociedade como um todo na relação saúde e doença mental, através de uma abordagem quadrilátera que articule tratamento, reabilitação psicossocial, Clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados (HIRDES, 2009). Para atender a essa demanda complexa sai da cena a centralidade e autoridade médicas da epistemologia psiquiátrica tradicional, no tocante a compreensão e tratamento da loucura, para dar lugar ao campo da saúde mental.

2.3 Um novo paradigma: o campo da saúde mental e a síntese da RPB

Como havíamos proposto, partindo do entendimento epistemológico do termo loucura, e através do método dialético, pudemos depreender que o sentido da desconstrução do termo da loucura enquanto um problema individual, foi também o movimento da construção, percepção, entendimento e aceção da loucura em termos de saúde mental – uma nova saúde mental - que como foi demonstrado, compreendeu dois momentos históricos distintos, tanto ideológica, quanto política, social e, cultural. Foram eles: o reconhecimento da

⁸ A Rede de Atenção à Saúde Mental: pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Postos de Saúde da Família (PSFs); Unidades Básicas de Saúde (UBSs); Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs); Residências Terapêuticas (RTs); Instituições de Defesa dos Direitos do Usuário; Centros Comunitários; Hospital Geral; e o Núcleo Comunitário (família, escola, associação de bairro, trabalho, associações e/ou cooperativas, esportes, praças e vizinhos (Schneider, 2008).

tese psiquiátrica tradicional, e a antítese do movimento antipsiquiátrico. Esses ciclos que perpassaram a trajetória de transição de um termo a outro foram responsáveis pela unidade do Campo da Saúde mental tal qual o conhecemos atualmente, ao nosso ver, forjado a partir de três dimensões que o compuseram. Sendo uma histórica, outra psicossocial e pôr fim a revolucionária (LANCETTI, AMARANTE, 2009).

A *dimensão histórica* é aquela da doença em si mesma, e da construção do estigma da doença mental: o legado das marcas da alienação mental. Do reconhecimento e apreensão da loucura como mera condição biológica (doença mental). Do “paciente” alienado, objeto cativo da psiquiatria, incapaz, anormal (delinquentes e desajustados) e igualmente improdutivo (pobres), portanto desimportante, segregado em um ‘não lugar’ na sociedade, destinado a reclusão, variando entre prisões, colônias e asilamento, que tinham um forte caráter social de disciplinar, vigiar e controlar, submetidos as mais perversas formas de torturas e tratamentos desumanos. Sobretudo, é a história do recorte e isolamento da loucura da complexidade social concreta em cuja realidade a pessoa está inserida, do não reconhecimento de sua cidadania e, do sequestro de sua dignidade e subjetividade.

A *dimensão psicossocial*, por sua vez, é justamente o inverso da primeira. Histórica e dialeticamente, se trata do início do processo de reflexão crítica acerca da constituição do saber e prática da psiquiatria tradicional, logo, em detrimento da perspectiva orgânica (patológica). Preconiza a discussão no tocante à loucura em termos de saúde e doença, sociedade e cultura, por não isolar o homem da complexidade de suas experiências e comportamento humanos produzidos socialmente, como por exemplo o agravamento da pobreza e da desigualdade, próprios das sociedades modernas, industriais e complexas. Ao contrário de doença em si concebem a loucura como uma expressão cristalizada dos sofrimentos psíquicos causados por vários transtornos psicológicos, como também, pelos elementos estressores das condições a que são submetidos nessas sociedades, ou seja, tomam a loucura na qualidade de fenômeno social. Portanto, visa a desconstrução do mito e dos estigmas da doença mental. A epistemologia neutra, determinista e positivista, para tratar dos que eram estigmatizados como loucos, como um dado a priori, portanto, não responderia mais a complexidade total do homem contemporâneo, que não era! Mas estava ficando louco por conta do elemento empírico da sua trajetória de vida, e da multiplicidade das suas experiências humanas e sociais. Vale o esclarecimento:

[...] nos últimos anos, este modelo redutor, de quem vê a doença, o órgão e desvaloriza as ramificações pessoais, familiares, sociais e culturais foi sendo

contestado fazendo emergir um modelo holístico (biopsicossocial) em que os sintomas são importantes em si mesmo, em que a doença é vista como pertencente a uma pessoa que é parte integrante de um sistema de unidades organizadas hierarquicamente, do átomo à célula, do órgão ao sistema, do corpo ao indivíduo, do indivíduo à família; da cultura ao universo, unidas por um sistema de regulação (GONÇALVES, 2006, p. 164).

Quer dizer, a partir desse prisma, o homem como um ser integral, mudam-se as relações em torno das concepções de saúde e doença, que deixam de ser vistos isoladamente para serem compreendidos enquanto um processo heterogêneo de ordem multicausal, admitindo-se tanto as variáveis biológicas individuais, como de mesmo modo, em grau e importância, as variáveis socioculturais. É dentro desse contexto que a loucura deixa de ser vista apenas como uma doença, para também ser compreendida como um constructo social, matizada pela interação particular de elementos e valores externos: tanto sociais, quanto culturais, tal como por interesses de ordem política, econômica e ideológica. (GONÇALVES, 2006),

Assim, toma proporção a reivindicação por um sistema de Saúde também integral, voltado para promover, proteger e recuperar a saúde, já que o consenso construído não vê mais apenas pessoas doentes, mas enxergam e admitem as circunstâncias que propiciam e afetam o processo saúde-doença para o estabelecimento da saúde mental. De acordo com a definição de Saúde Mental publicada pela Secretária de Saúde do Estado do Paraná,

A organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição ‘oficial’ de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a ‘saúde mental’ é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (PARANÁ, 2017, p.1)

Concordando com o conceito apresentado, o conceito de Saúde Mental, é amplo porque envolve a disputa teórico-prática entre saberes, e a discussão não apenas sobre em como manter e equilibrar esse estado de bem-estar cognitivo-emocional, mas da capacidade de oferecer estratégias de proteção, reparação e, acima de tudo, de sua promoção. Foram essas inferências, - da compreensão do processo saúde-doença e da nova roupagem dada ao termo da saúde mental, imbricadas no processo da dimensão psicossocial – que desencadearam a

práxis da dimensão revolucionária, tendo como vértice, a ruptura com o paradigma psiquiátrico e a admissão da perspectiva psicossocial. Essa dimensão foi estruturada sobre dois pilares essenciais - desinstitucionalização e complexidade - que deram teor e vigor ao complexo processo de modificação integral e simultânea da assistência em saúde mental, pois,

O que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Neste sentido, desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e histórico (AMARANTE, 1995, p. 49)

Em outras palavras, a desinstitucionalização, via de regra foi posta como instrumento de desconstrução teórico-prática do modelo manicomial, e o conceito de complexidade, na problematização da construção do campo do conhecimento de um novo paradigma entre saberes: O campo da Saúde Mental. Uma vez que,

Desinstitucionalização não se restringe à re-estruturação técnica de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso é acima de tudo, um processo [...] de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE. 2009, p.1)

Quer dizer, é um processo que ao reconhecer a natureza múltipla do fenômeno da loucura, reivindica/aposta em um novo modo de fazer entre equipes multiprofissionais que estabeleçam relações horizontalizadas, tendo em vista a proteção, promoção, o reconhecimento da cidadania, a reinserção social da pessoa, e acima de tudo, a criação de políticas públicas de saúde que atendam às necessidades dessas novas demandas. “[...] é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogo ” (LANCETTI, AMARANTE, 2009, p.615).

Portanto, como unidade de um processo dialético, o campo da saúde mental na qualidade “de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu

caráter amplamente Inter e transdisciplinar e intersetorial” (LANCETTI, AMARANTE, 2009, p.618), historicamente congrega em si a construção de um novo paradigma para a aceção da loucura: o modelo da pós-psiquiatria. A síntese desse modelo, baseada na antítese da reforma psiquiátrica, é a política de Saúde Mental, ou como queira, a criação, implementação e efetivação das leis estruturantes da política de saúde mental. Algumas, como vimos, foram criadas na efervescência do RPB, ainda na década de 90. Nos anos 2000, o movimento alcançou a promulgação da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que versa sobre a introdução de Serviços residenciais terapêuticos, e a Portaria nº 1220/GM de 7 de novembro de 2000, que dispõe sobre a regulamentação da primeira, mas atingiram o ápice da política contemporânea após a campanha mundial da OMS que tinha como lema “Cuidar, sim, Excluir, não”, com a publicação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: a política específica que orienta os serviços de Saúde Mental na organização (AMARANTE, 2008). As diretrizes dessa política, tendo como base o processo de desinstitucionalização, são:

Redução progressiva dos de leitos; Expansão, qualificação e consolidação dos CAPS; inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; expansão das residências terapêuticas; Consolidação do Programa de Volta para Casa; Formação e qualificação de recursos humanos; Promoção dos direitos dos usuários e familiares e incentivo a participação no cuidado a saúde; Reorientação dos Manicômios Judiciários; Consolidação da Política para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas; Inclusão da Estratégia de Redução de Danos nas ações de saúde mental (SCHNEIDER, 2008, p.27)

Nesse mesmo ano, a III Conferência Nacional de Saúde Mental expressou a maioria social e política do movimento da RPB, e tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS), como Organização Pan-americana da Saúde (Opas), reconheceram o caráter inovador da política nacional de saúde no Brasil, em relação aos aspectos da participação, controle social, pluralidade de experiências assistenciais e culturais, e a transformação do modelo de saúde mental pelo Estado (AMARANTE, 2008). Entretanto, essa é uma realidade incompleta. Com base na experiência de campo, tentaremos confrontar o que diz a literatura e os fatos observados, como por exemplo o gerenciamento e aplicação desse novo paradigma, os dilemas, a questão da complexidade e sua utilização entre atores tão dispares, e por fim, esse ‘novo’ lugar em sociedade, bem como os principais desafios assinalados por Amarante (2006) e Schneider (2008), não reduzir o processo de reforma psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial, garantir o acesso ao tratamento e, principalmente a qualidade da atenção. Em suma, com base em cada explanação demonstrada, podemos afirmar que o resgate

histórico da reforma psiquiátrica, é também a história da transição do estigma da doença ao campo de saúde mental.

3 LEI Nº 10.216/2001: SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Após a caracterização histórica da Política Nacional de Saúde mental, dando continuidade ao trabalho de pesquisa bibliográfica, tomando como base a expressão da síntese da RPB - a Lei 10.216/2001, a escolha pela sistematização e análise da Política de Saúde mental visa trabalhar os principais aspectos que a diferenciam das legislações anteriores, e, os conceitos básicos que tem a importância elementar para a sua pactuação, implementação e efetivação nas instituições que oferecem serviços e atendimento em saúde mental.

Pretendemos que com essa caracterização mais específica possamos delinear seus avanços, e, posteriormente, no capítulo seguinte, identificar quais os fatores que a limitam em face da realidade, mostrar seu alcance, dentro das possibilidades concretas, considerando as questões com ela envolvida: a conjuntura socioeconômica e política, a realidade pessoal e familiar dos usuários e a cotidianidade das relações entre atores sociais tão heterogêneos quanto a demanda que imprime ao campo da saúde mental legitimidade.

Assim, apresentado na forma de um resgate resumido do antes e depois da Política Nacional de Saúde Mental, utilizaremos o quadro – 3 abaixo para revisitar a síntese do arcabouço teórico-metodológico da RPB, e balizar nossa análise nos tópicos seguintes.

Quadro – 3 Síntese resumida do antes e depois da Política Nacional de Saúde Mental.

ANTES DA LEI 10.216/2001	DEPOIS DA LEI 10.216/2001
Fenômeno da loucura como doença mental de determinação individual, - estigmatização da doença.	Como fenômeno de construção social de determinação multicausal, - desestigmatização da doença.
Prática de intervenção sanitária, de caráter fortemente privado: modelo médico-asilar, manicomial, de cunho higienista, com base no tratamento moral, técnicas desumanas e uso exacerbado de fármacos químicos (medicalização do social).	Assistência Social como política pública de intervenção administrativa: programa social público de qualidade contínua, serviços sociais em rede, e território, com base no acolhimento de perspectiva biopsicossocial, e clínica ampliada, orientada para a reinserção social (inclusão).
Autoridade médica, a loucura como objeto-sujeito da psiquiatria, - psiquiatrização do social.	Equipes multiprofissionais, relações horizontalizadas, - despsiquiatrização do social.

O louco não tinha cidadania	A pessoa com doença e/ou sofrimento mental é um cidadão que tem acesso aos bens e serviços. Direito assegurado por lei, que o cidadão pode reclamar e exigir. Transforma e dá autonomia para os usuários, respeitando-os como cidadãos que agem, pensam e participam.
-----------------------------	---

Fonte primária/2017

3.1 Saúde mental como direito

Antes da Lei 10.216/2001, embora não nos detivemos na análise das legislações seminais que apontamos (decretos n.º 82, 206, 1.132, 8.834) e que a precederam, vejamos o que Brito e Ventura tem a dizer num estudo mais aprofundado e específico que fizeram em relação a evolução dos direitos das pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental:

No primeiro período analisado, os legisladores se preocupavam mais em excluir os portadores de transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem” do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do “paciente”. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico [...] (BRITO, VENTURA, 2012, p.60)

Esse primeiro período ao qual as autoras se referem, de acordo com nossos estudos compreende a época da *tese psiquiátrica* (1808-1975), ao que no Brasil o reconhecimento da loucura enquanto doença patológica, e, a subordinação da doença mental a objeto da psiquiatria aliada a conjuntura socioeconômica, política e cultural, somada a inexistência dos direitos corroboraram para a assistência excludente, ora caritativa, ora privada de tratamentos desumanos e indiscriminados dado à loucura e as pessoas com transtorno mental.

Vimos que esse cenário somado ao processo de redemocratização, e ao MRS precipitaram as forças revolucionárias da RPB, desencadearam o período da *antítese a tese psiquiátrica* (1976-1999), e ficou conhecido como o movimento da Antipsiquiatria. Nesse sentido, concluímos que as raízes da RPB foram a Reforma Sanitária Brasileira, e a criação e implementação do SUS. Logo, o berço dos instrumentos normativos que fundamentaram a Lei 10.216/2001 foram a Constituição Federal de 1988, e as leis 8.080 e 8.142. Vejamos o que isso tem a nos dizer.

Tendo como fundamento básico o art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e a partir das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi implementado no Brasil o Sistema Único de Saúde. O SUS tem como doutrina os princípios da universalidade e integralidade no atendimento aos usuários, a descentralização dos recursos e a regionalização, visando ao atendimento das peculiaridades de cada região.

Especificamente, dispõe o art. 3º da Lei 8.080:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p.1).

Isto é, a partir da Constituição e da implementação do SUS, segundo Fleury e Ouverney (2008) não só a questão da saúde, mas também o conceito de cidadania deixa de ser discutido sob o viés da assistência e/ou seguro social, para serem refletidos sob a perspectiva da seguridade. Em outras palavras, a saúde passa a ser objeto da política e torna-se uma política social, de acesso universal, direito de todos, reconhecendo que a manutenção, agravo e/ou recuperação da saúde depende de um conjunto de outras políticas, que por sua vez expressarão o comprometimento social e econômico do País em relação às necessidades individuais e coletivas.

Respaldado por esses instrumentos, vejamos o que diz o art. 1º da Lei 10.216/2001:

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

Para efeito do art. 1º, dispomos no quadro - 4 abaixo, os objetivos da Lei 10.216/2001.

Quadro 4- Objetivos da Lei 10.216 (Lei da RPB)

OBJETIVOS DA LEI 10.2016

- **Dar** acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde aos usuários, respeitando as necessidades de cada um;
- **Tratar** com humanidade e respeito, e no *interesse exclusivo* de beneficiar a saúde do usuário, tendo como principal meta a recuperação deste através da reinserção social na família, no trabalho e na comunidade;
- **Proteger** o usuário com transtorno e/ou sofrimento mental de qualquer forma de abuso e exploração;
- **Garantir** o sigilo das informações prestadas, no tocante as implicações sociais do adoecimento mental do usuário;
- **Conceder** o direito a presença médica, atemporal, quando da eventualidade de o usuário vir a julgar os motivos de sua internação, para que o médico possa lhe explicar esses fatores;
- **Viabilizar** meios de comunicação disponíveis;
- **Fornecer** orientações a respeito da doença em sua totalidade: fatores biológicos, clínicos, as implicações sociais e o tratamento adequado;
- **Tratar** o usuário em ambientes terapêuticos, primando pelos meios *menos* invasivos possíveis;
- **Preferencialmente**, tratar os usuários com transtorno e/ou sofrimento mental, nos CAPS/NAPS

Fonte: (BRASIL, 2001, p.1)

Conclui-se, portanto, que após o movimento da RPB, diferentemente das primeiras legislações que tinham como foco a regulamentação do espaço terapêutico, as novas legislações versam sobre a questão da saúde mental, o atendimento médico e o modelo assistencial não mais como “assistência a alienados e psicopatas”, mas como um *direito*, respeitando as suas *singularidades* e que visa sobretudo “a proteção às pessoas com transtornos mentais” (BRITO, VENTURA, 2012) [grifo nosso].

Com efeito, para a realização de que trata o art. 1º e 2º da lei 10.216/2001 como direito e proteção, é dever de todas as instituições que prestam serviços de atendimento em saúde mental, informar e assegurar aos usuários e aos seus familiares que esses direitos sejam efetivados. Nesse sentido, a saúde como direito do cidadão, e dever do Estado, política pública de seguridade social não contributiva, aponta para o primeiro avanço da Lei 10.216/2001 em relação a saúde mental: a evolução normativa.

Em face do processo da desinstitucionalização, a evolução normativa representa a realização da dimensão jurídico-política, uma vez que representa o reconhecimento da cidadania, dos direitos humanos e sociais, do resgate da liberdade, e, da condição humana de sociabilidade para o fortalecimento da autonomia das pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental.

3.2 Serviços Substitutivos de qualidade contínua: em rede, território, acolhimento e clínica psicossocial

Depois da Lei 10.216/2001, o desafio que se coloca para o processo da desinstitucionalização como instrumento de transformação da institucionalização médico-asilar, é exigir outras formas de tecnologia e uma maior complexidade das ações para o cuidado nos serviços de atendimento em saúde mental.

Sobre isso, notadamente, dispõe o art. 3º da Lei 10.216/2001,

É responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da 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 (BRASIL, 2001, p.1)

Isto é, após a realização da dimensão jurídico-política, o primeiro desafio que se apresenta para o processo da desinstitucionalização é o enfrentamento da questão manicomial. Esse processo envolve a criação de novas políticas, mecanismos e estratégias de assistência e promoção da saúde mental, de modo que garantam a participação da sociedade e da família.

Pensando nisso é que foram criadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Vejamos quais são no quadro 5 abaixo.

Quadro 5 – Diretrizes da reforma Psiquiátrica

DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
<ul style="list-style-type: none"> • Redução progressiva dos leitos; • Expansão, qualificação e consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); • Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; • Expansão das residências terapêuticas; • Consolidação do Programa de Volta para Casa; • Formação e qualificação de recursos humanos; • Promoção dos direitos dos usuários e familiares e incentivo a participação no cuidado a saúde; • Reorientação dos Manicômios Judiciários; • Consolidação da Política para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas; • Inclusão da Estratégia de Redução de Danos nas ações de saúde mental

Fonte: (SCHNEIDER, 2008, p.27)

A criação das diretrizes da Política Nacional de Saúde mental representa, portanto, a materialização de um instrumento que visa a desinstitucionalização como um processo de transformação das instituições hospitalares, tomada em seu sentido dinâmico, complexo e processual entre práticas e saberes que produzem, cada uma delas, formas de perceber, compreender, intervir e de se relacionar com os fenômenos sociais e históricos.

Neste sentido, é importante ressaltar, o processo da desinstitucionalização não deve ser confundido, tão pouco restringido a mera desospitalização, extinção e/ou redução de leitos, ou de mesmo modo com a diminuição do tempo de permanência dos internamentos. Essa forma de interpretação é apenas uma mudança de proporção microssocial.

Desinstitucionalizar significa a transformação macrossocial do processo saúde-doença mental, é enfrentar o modelo manicomial, porém, tendo como garantia a criação de novas políticas, mecanismos, estratégias e serviços de cuidado que contemplem a participação da sociedade e da família, voltados sobretudo para a transformação de mentalidades, bem como, para a regulamentação dessas relações com/para as pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental, quer seja na cotidianidade e/ou na utilização dos serviços.

Estão postas as condições para a realização simultânea das dimensões técnico-assistencial, epistemológica e cultural em que pese a criação de novos dispositivos, doravante chamados de serviços substitutivos (CAPS, unidades de acolhimento, adulto ou infanto-juvenil (UA), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos de saúde mental em hospitais gerais, emergências psiquiátricas), que ofereçam atendimento em saúde mental de qualidade contínua, articulados com outros pontos de atenção, sob os conceitos fundamentais de rede e território, com base no acolhimento e na perspectiva psicossocial (BRASIL, 2017).

Estes Serviços formam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que está organizada conforme a sua disposição no quadro 6, abaixo.

Quadro 6 – Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS é dividida pelos seguintes componentes:	
COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas 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	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL, 2017

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 a RAPS,

Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011, p. 1-2)

Essa direção, em primeiro lugar, prioriza o atendimento de saúde mental na atenção básica em saúde, com base num acolhimento de perspectiva psicossocial, de acompanhamento contínuo e intersetorial, em rede, que vise garantir um cuidado integral centrado no território.

A atenção básica se caracteriza por, preferencialmente, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, voltada para ações que visem “[...] a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2013, p.19), tendo por objetivo desenvolver uma atenção integral que modifique a situação de saúde, contribua para a autonomia das pessoas e transforme a situação das condições determinantes que contribuem para o seu agravo.

A lógica territorial, por sua vez, consiste em valorizar o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental voltado para preservar e fortalecer os laços

sociais do usuário na comunidade em que vivem, devendo para isso acionar a rede e os recursos comunitários como apoio (BRASIL, 2015).

Segundo Minoia e Minozzo (2015), o princípio do acolhimento deve ser entendido como uma estratégia que viabilize a integralidade em saúde mental, de modo que toda a equipe se aproprie dos casos, e criem espaços coletivos de troca entre saberes para a discussão dos casos complexos. Essa perspectiva corrobora para manter a união do grupo, estabelecer relações horizontalizadas, redimensionar a organização do trabalho, a criação de novos modos de ação e intervenção da equipe, e potencializa a corresponsabilização pelo adoecimento mental. Gerando assim, a necessidade de capacitação de uma equipe multidisciplinar para trabalhar com essa nova perspectiva de tratamento, orientada, acima de tudo, para reinserção social.

3.3 Inclusão social como finalidade permanente de tratamento

De acordo com Brito e Ventura, (2012, p.58) “[...] a lei também orienta que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do “paciente” em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa com transtornos mentais, por meio de uma equipe multidisciplinar”.

Portanto, conforme dispõe o art. 4º da Lei 10.216/2001, “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. (BRASIL, 2001, p.1).

Admitindo-se, porém, a sua necessidade, o §3º do art. 4º observa que não serão permitidas quaisquer “internações [...] em instituições com característica asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º do art. 4º e que não assegurem aos “paciente”s os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º” (BRASIL, 2001, p.1).

Nesse sentido, não será permitido qualquer internação que não assegure as pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental um atendimento integral, com base no acolhimento de uma equipe multidisciplinar, orientada pelos objetivos da Lei 10.216/2001.

Daí a importância da equipe multidisciplinar para a realização do processo da desinstitucionalização, em todas as suas dimensões, e para a reinserção social como finalidade permanente de tratamento. Não se trata apenas de mudança assistencial ou da transferência de um espaço para outros, ou como queira, do hospital para os serviços substitutivos. É uma

transformação dinâmica e complexa que envolve a participação de vários atores e seguimentos da sociedade.

Trazendo a memória, diria Amarante (2003, p. 58) que desinstitucionalizar significa: “[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade”.

Em suma, não se trata apenas de enfrentar a questão manicomial com a criação dos serviços substitutivos, ou de melhorar a qualidade no atendimento, mas de superar o modelo clínico, e transformar a relação da sociedade e das instituições com/para as pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental.

Efetivar a inclusão e a inserção comunitária exige, portanto, além da criação de novos mecanismos, estratégias, e espaços de tratamento, uma prática multidisciplinar comprometida com a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, e a transdisciplinaridade de modo que os profissionais envolvidos abandonem completamente a ideia do isolamento e da estigmatização daqueles que antes eram abandonados, para criarem possibilidades de um tratamento humanizado, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família e da sociedade, para transformar realidades.

Sobre isso, diriam os autores:

Intersectorialidade:

[...] processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004b, p. 747). Tirei a outra citação

Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade:

Enquanto a interdisciplinaridade busca integrar diferentes disciplinas, compreendidas como campos específicos do conhecimento científico, a transdisciplinaridade busca, além disso, a integração do conhecimento científico a outros modos de produção de conhecimento construídos historicamente pela humanidade, buscando um diálogo rigoroso não apenas entre ciências exatas e humanas, mas também entre ciência, arte, cultura, tradição, religião, experiência interior e pensamento simbólico. Contrária à neutralidade e objetividade da ciência tradicional, a transdisciplinaridade reconhece a importância da subjetividade humana na produção do conhecimento. Como o prefixo trans indica, transdisciplinaridade diz

respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das disciplinas e além de toda disciplina. Sua finalidade é a compreensão do mundo atual, e um dos imperativos para isso é a unidade do conhecimento. (NICOLESCU 2005, p. 52-53)

Portanto, o desafio para fazer da inclusão social uma finalidade permanente de tratamento envolve uma ação integrada, articulada e intersetorial com outras políticas sociais, envolve a complexidade dialógica-dialética entre saberes como uma unidade, justaposta, sem sobreposição de uma a outra. Consiste no acolhimento de outros conhecimentos que não a produção científica, reconhecendo, assim, a pessoa com transtorno e/ou sofrimento mental como um sujeito de direito.

Entretanto, esse desafio já repõe outras questões que foram problematizadas por alguns autores,

a) obstáculo epistemológico: uma vez que uma disciplina se emancipa da filosofia, está se reparte em setores autônomos. E dessa forma o especialista perde a noção de conjunto. b) obstáculo institucional: as instituições consagram suas disciplinas e a separação do seu saber, que leva a uma espécie de esclerose do pensamento – Entesouramento / Capitalismo Epistemológico; c) obstáculo psicossociológico: o espaço intelectual também se divide em compartimentos, guetos universitários, no qual o especialista transforma sua especialidade em sua fortaleza; d) obstáculo cultural: separação entre as áreas culturais / hermetismo da linguagem (JAPIASSU, 1976, p.7)

Quer dizer, mesmo com a integralidade de saberes comprometidos para a conquista de um bem comum, sabemos que não é tão simples, pois há inúmeras dificuldades a serem enfrentadas. Primeiro pelos profissionais, em face das relações de poder/saber, e segundo, as de natureza estrutural colocadas pelo próprio sistema, como por exemplo a burocratização dos serviços. Esses reveses são alguns dos impeditivos para ações exitosas do trabalho multiprofissional.

Com a sistematização e análise desse estudo chegamos ao entendimento que a lei 10.216/2001 como expressão da síntese do movimento *pós psiquiatria*, mediado primeiro pela experiência internacional da psiquiatria democrática Italiana e depois pela conjuntura nacional (redemocratização, MRS, SUS), representa um avanço **normativo** inegável, especialmente no que tange ao reconhecimento da cidadania das pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental, a criação dos serviços substitutivos e a questão da inclusão.

Os conceitos básicos e essenciais que norteiam a pactuação, implementação e efetivação da Lei 10.216/2001 que foram trabalhados, tais como desinstitucionalização,

desospitalização, direito e cidadania, rede, território, acolhimento e clínica psicossocial, multidisciplinaridade, intersetorialidade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade, irão balizar as nossas reflexões e inferências no próximo capítulo.

Com base num relato de experiência vivenciado em estágio curricular, confrontaremos o que diz a literatura com os fatos e relatos observados e apontados no diário de campo, como por exemplo o gerenciamento e aplicação desse novo paradigma, os dilemas, a questão da complexidade e sua utilização entre atores tão dispares. É o que veremos no capítulo seguinte.

4 A EXPERIÊNCIA DE CAMPO NO COMPLEXO PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA: UMA ANÁLISE SÓCIO INSTITUCIONAL E AS PERCEPÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A partir de agora adotaremos as situações concretas que foram percebidas e experienciadas em campo, mediadas pelo estágio supervisionado em Serviço Social, orientado pelo trabalho de campo consistente e sistemático, na tentativa de emitir as relações entre o que diz a literatura e o que foi observado empiricamente.

Através de uma análise sócio institucional este capítulo pretende dar ao leitor a oportunidade de ser conduzido ao cenário das experiências de campo - O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira – palco dos espaços de reflexão acerca do processo de Reforma Psiquiátrica onde o cuidado para as pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental deve adquirir novas nuances, para que possamos assimilar com concretude as imbricações técnicas, ideológicas, econômicas, políticas, sociais e culturais que fora discutido na constituição do campo da saúde mental e na análise da Política de Saúde Mental, para engendrarmos novos caminhos à compreensão da realidade.

Destarte, na primeira parte começaremos por expor um breve histórico, estrutura, objetivo, serviços prestados, e recursos institucionais do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Na segunda, apresentaremos o perfil, demandas e expressões da questão social da população usuária. Essa parte da análise será ancorada pelas informações e dados observados em campo, bem como, por alguns indicadores que foram por nós sistematizados, extraídos da base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na terceira e última, contextualizaremos o Serviço Social na instituição. Faremos um breve histórico, mostraremos sua função social e objetivos do trabalho do Assistente Social, - com indicação do instrumental, e por fim demarcaremos as possibilidades e desafios da intervenção do Serviço Social.

Para efeito da apreciação crítica-reflexiva, a fim de confrontarmos o que é concebido, em essência, como o processo de desinstitucionalização, e o que foi percebido, manteremos inalterado tudo aquilo que pode ser observado, anotado, inclusive a permanência de termos em desuso e inadequados como, “pacientes”.

Em suma, atravessado pelos vetores que o determinaram historicamente, queremos dispor como se dá o trabalho na cotidianidade entre uma equipe de ordem multidisciplinar, e descobrir como diferentes atores se relacionam entre si em função de uma

prática que por sua vez possui uma lógica que lhe é própria, nesse caso, o processo da desinstitucionalização, para expor a dinâmica coletivo-institucional, inconsciente da instituição, na intenção de lançar diversas linhas de caminhos para produção conceitual, sua problematização e quiçá a transformação da realidade (ROSSI e PASSOS, 2014), ou como queira, para descobrir as interfaces e os desafios de um espaço híbrido para a atuação do Serviço Social.

4.1 Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira: uma incursão entre dados empíricos e estatísticos

Nosso estágio curricular obrigatório realizou-se entre os meses de fevereiro a novembro do ano corrente de 2016, com intervalo de um mês entre as fases 1 e 2. Antes de começarmos o estágio curricular formal, nós fizemos uma primeira visita ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM). Nessa visita nós fomos recebidas pela Coordenadora do Serviço Social da instituição. Decidimos de forma democrática em que enfermaria nós gostaríamos de ficar. Éramos um total de oito estagiárias. Formamos quatro grupos, cada um com duas estagiárias: uma equipe escolheu ficar na enfermaria Clifford A (adolescentes); outra na Clifford B (mulheres); e as outras duas, respectivamente, no Espaço de Atenção a Crise (EAC – porta de entrada), e no Espaço Inocência Poggi (IP - álcool e/ou outras substâncias psicoativas). Nós, particularmente, escolhemos o EAC por este local nos oferecer a oportunidade de uma experiência mais heterogênea e panorâmica do contexto, já que é o espaço da porta de entrada dos usuários (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Após isso, fizemos uma incursão pelas áreas internas da instituição. O CPJM carrega o nome de um dos responsáveis pela proliferação de macrocolônias por todo o território nacional, entre as décadas de 1910-1940: o importante psiquiatra Juliano Moreira, à época, um dos diretores nacionais de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2006). Conforme a coordenadora ia nos apresentando a estrutura física daquele complexo, *ela emitia algumas informações sobre aquilo que ela reconhecia como o processo de desinstitucionalização por que vem passando o hospital*, e a organização do mesmo, os quais íamos anotando no diário de campo.

O Complexo psiquiátrico Juliano Moreira completou 88 anos, foi fundado em 23 de junho de 1928. Originalmente, foi criado para receber “pacientes” com crises agudas, e patologias nervosas de natureza leve, e em seguida, foi transformado num hospital-colônia. Com base na Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), segundo a coordenadora, iniciou o

processo que eles reconhecem como de desinstitucionalização em 2011, visando a promoção do retorno dos moradores da instituição ao convívio familiar (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Para a Coordenadora, desinstitucionalização toma o sentido de uma política atual de governo. Representa uma das ações de transformação do modelo manicomial de outrora, para um modelo de assistência à saúde mental que não termina no hospital, envolve a comunidade, a sociedade e outros serviços, já que exige, sobretudo, a prática da inclusão (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A instituição é balizada pela Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001), e pela Estadual (Lei nº 7.639/2004), que, segundo a Coordenadora, além de disporem sobre o processo da reforma psiquiátrica, prever também um trabalho que busque a diminuição do tempo de internação dos novos casos, para evitar, assim, a institucionalização de moradores. O marco simbólico do fechamento do Sanatório Clifford foi realizado em 18/12/2015, com a extinção de 52 leitos (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

4.1.1 Estrutura geral do (CPJM)

O CPJM conta com uma estrutura física de mais de 46 ambientes. Dentre eles: almoxarifado; ambulatório (farmácia); ambulatório (recepção); arquivo geral; biblioteca; enfermaria Clifford A; enfermaria Clifford B; Espaço de atenção a Crise (EAC); enfermaria Ulisses Pernambucano (UP); Espaço Inocêncio Poggi (IP); comissão de licitação; compras diretas; contas médicas; coordenação de Enfermagem; cozinha; direção administrativa; direção de ambulatório; direção técnica – núcleo de ações; enfermaria clínica; guarita; laboratório; manutenção; núcleo e patrimônio; nutrição; odontologia; psicologia; recepção Clifford; recepção central; rouparia; sala de motoristas; serviço social; setor de eventos; setor de limpeza; setor jurídico; setor pessoal; tesouraria; transporte e segurança; triagem de Pronto Atendimento (PA); acolhimento; consultório médico; praça de convivência; auditório; refeitório; campo; quadra; oficina de pintura; e oficina de artesanato (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

4.1.2 Recursos Institucionais (CPJM)

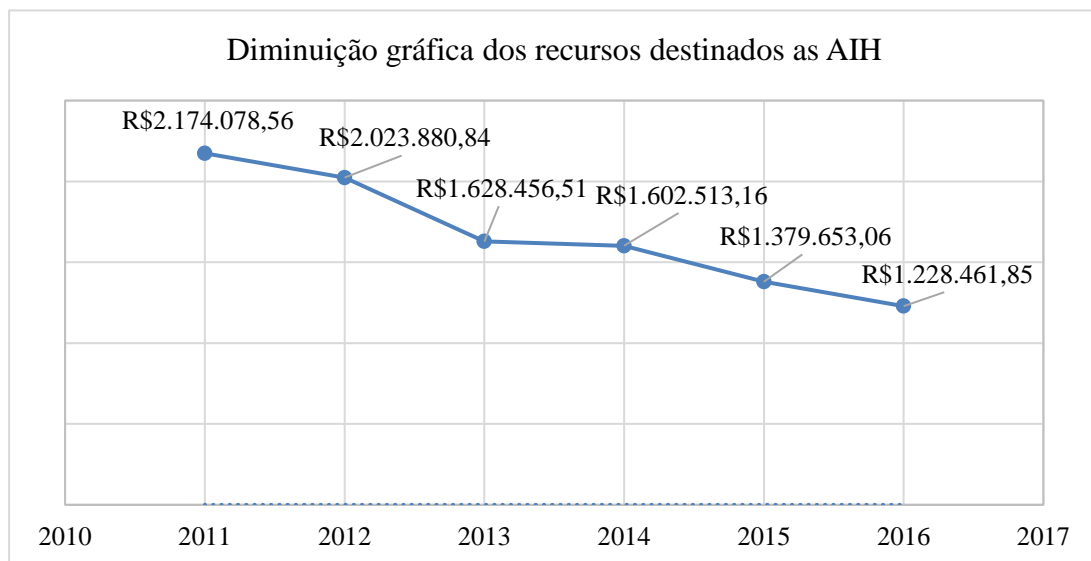
Tomando como base a informação do Diário de Campo (2016) sobre o início do - que a instituição reconhece – como processo da desinstitucionalização do CPJM, iniciado

em 2011, resgatamos entre 2011-2016 no SIH/SUS os dados do gráfico 1, abaixo, para que pudéssemos ter uma dimensão dos recursos que foram destinados a esta instituição.

Assim, o valor total dos recursos que foram repassados a instituição corresponde as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que foram aprovadas no período selecionado. Estas AIH, por sua vez, incluem tanto as novas internações como as de prorrogação - longa permanência - (BRASIL, 2014).

É importante observar que o valor total sofre um decréscimo durante o período analisado, o que deveria, no imediato, corroborar com a informação de que o hospital vem passando pelo processo que a instituição entende que é de desinstitucionalização. Contudo, sabemos que desinstitucionalizar não significa a diminuição simplista de leitos e/ou de recursos. Esta tabela, representa apenas a redução de investimento feita na instituição, ocasionada única e prioritariamente pela política da desospitalização. Vejamos o gráfico abaixo para visualizarmos melhor essa diminuição.

Gráfico – 1 Diminuição gráfica dos recursos destinados as AIH.



Fonte: SIH/SUS, 2017

4.1.3 Finalidade da Instituição (CPJM)

Atualmente, O Hospital Psiquiátrico é um dos serviços ofertados pelo CPJM, composto por uma equipe multiprofissional, formada por psiquiatras; psicólogos; assistentes sociais; enfermeiros; técnicos de enfermagem; cuidadores; nutricionistas; bioquímicos; odontólogos; médicos do trabalho e clínico geral. A instituição é orientada pela Política

Nacional de Saúde Mental, Lei 10.216/2001, e pela Lei Estadual 7.639/2004. Portanto, como objetivo privilegiado busca fazer um trabalho que vise a diminuição do tempo de internação e de leitos. Como missão prestar toda assistência necessária ao portador com transtorno e/ou em sofrimento mental. É dever da Instituição promover o bem-estar do usuário e encaminhá-lo ao convívio familiar e social (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

4.1.4 Serviços Prestados: as estratégias adotadas que orientam o serviço na organização (CPJM)

Considerando o caráter quadrimensional do processo de desinstitucionalização que foi preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRPB), não por acaso, identicamente, o caráter multiprofissional da Política Nacional de Saúde Mental, a multiplicidade das experiências humanas e sociais, o processo saúde-doença enquanto um fenômeno heterogêneo de ordem multicausal, o campo da saúde mental como uma área do conhecimento e de interações sociais que prescinde de ações essencialmente interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, pretendemos mostrar quais são as estratégias adotadas que orientam o serviço na organização voltadas para promover o bem-estar do usuário e encaminhá-lo ao convívio familiar e social.

Para expor os serviços da instituição, nós dividimos a disposição desses dados em dois grupos: primeiro iremos mostrar como a instituição se organiza para receber a demanda externa, - os usuários que procuram a instituição para ter acesso aos serviços que ela oferece. Depois, apresentaremos sua organização em torno da demanda interna, - voltadas para a população usuária que tiverem seu internamento admitido.

Queremos mostrar que o modo como a instituição se organiza - focada na diminuição do tempo de internação e de leitos desde o atendimento - influencia todo o trabalho – inconsciente – e a dinâmica coletivo-institucional da equipe multiprofissional, inclusive do Serviço Social.

Criamos uma figura para ilustrar essa dinâmica, a qual chamaremos de matriz de atendimento, em face do entrecruzamento das ideias que fundamentam o acolhimento e o apoio matricial: a ideia de que o suporte especializado entre vários profissionais conflua para ampliar a resolubilidade dos casos, produza maior responsabilização no acompanhamento e atendimento aos usuários. *Acima de tudo, para romper com a lógica indiscriminada de encaminhamentos, e promover a clínica ampliada* (MINOIA e MINOZZO, 2015). [grifo nosso]

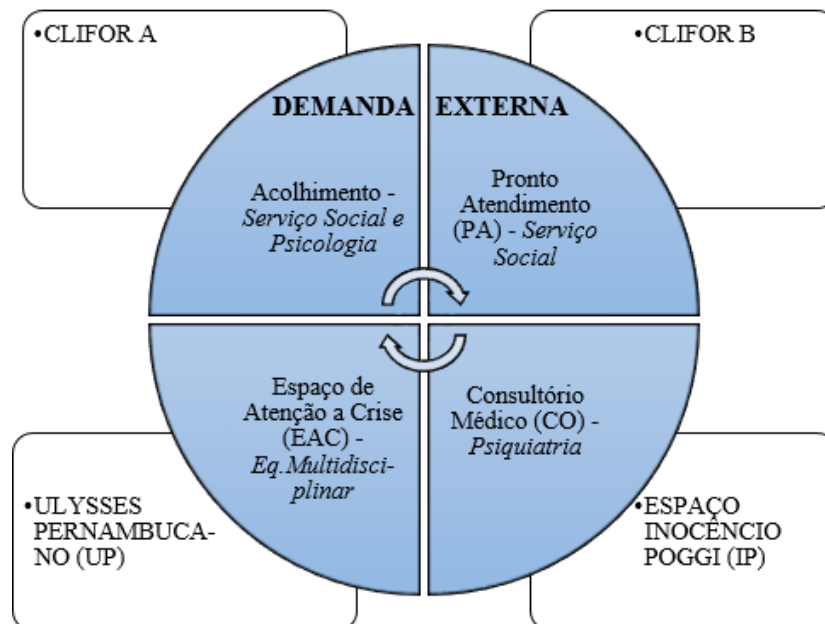
Sobre isso diz a literatura: Clínica Ampliada é,

Um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE; RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores. (BRASIL, 2007, p.12).

Ou seja, entendemos que a Clínica Ampliada aqui discutida nada mais é que a ideia de um trabalho cooperativo, em que ao invés da superposição de um saber e tecnologia a outros, exista uma complementaridade, baseada na interação e troca mútuas, recíprocas e colaborativa, visando sobretudo a corresponsabilização e um comprometimento integral para com as pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental.

Voltando ao pensamento, conforme prometemos segue abaixo a figura 2, a qual chamaremos de matriz de atendimento, para descrever como funciona o atendimento a *demanda externa* no CPJM em que estagiámos.

Figura 2- Matriz de Atendimento da demanda externa do CPJM



Fonte: Primária/2017

No primeiro período do nosso estágio o hospital ainda não havia implantado o acolhimento, somente no segundo período, ao que significa dizer que, a estratégia do

acolhimento nesse hospital teve início no segundo semestre de 2016. Inicialmente, até o dia em que encerramos nossas atividades de estágio acadêmico, quando perguntávamos sobre a finalidade do acolhimento aos profissionais que lá ficavam, as competências eram difusas entre as diferenças do que era um serviço de acolhimento e do pronto atendimento (PA).

Diferente da literatura observada, geralmente era uma atividade destinada unicamente ao serviço social, oferecida num espaço muito pequeno, e sem condições para garantir o sigilo das informações prestadas, conforme exposto no art. 1º da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Não se configurava como uma base de acolhimento. Assemelhava-se mais a um pré atendimento, em que era anotado em um livro de ocorrência os dados pessoais do usuário e de seus responsáveis, bem como algumas informações pela motivação de procura pelo serviço. Feito isso, o usuário é encaminhado para o PA, seguindo aos cuidados da equipe. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

O PA é de competência clara e definida como um espaço para a atuação profissional do serviço social. Funciona como uma espécie de núcleo especializado em burocratizar os serviços sociais para a saúde mental. Media a relação da família com o hospital e com as outras instituições da rede. Efetiva a entrada do usuário após o posicionamento médico, presta informações sobre os direitos e deveres dos usuários, a estes e aos familiares, faz escuta, oferece apoio e suporte nas admissões, visitas e saídas, “autoriza” consultas, exames e carros para atendimentos clínicos e/ou ambulatorial, bem como para visita domiciliar (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

O consultório médico (CO) é o espaço destinado a atuação profissional do médico psiquiatra. Este por sua vez, tem a função de admitir ou não o internamento da demanda espontânea e/ou compulsória dos usuários que procuram o hospital. Além da hipótese diagnóstica preliminar, esse profissional também exerce uma função seletiva e decisiva, podendo não permitir a entrada do usuário, recusar-se a recebê-lo e/ou devolvê-lo ao local de origem. Compreende uma prática institucional, com base em questões que evoluem desde a disponibilidade de leitos, ao tipo de manifestação daquela perturbação que o usuário apresenta, ou mesmo pela alegação de aquele caso não ser de competência do CPJM, corroborando assim com a prática indiscriminada de encaminhamentos (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Caso seja admitida a entrada do usuário no hospital, o mesmo é destinado ao Espaço de Atenção a Crise (EAC). O EAC é uma das enfermarias que compõe a parte do atendimento da demanda interna. Tem a responsabilidade de receber os usuários em surto para análise, observação, e estabilização do quadro. É um espaço estratégico que tem como

objetivo evitar o internamento de longa duração, admitindo a permanência dos usuários por até 15 dias. Dependendo da gravidade do caso e das avaliações multidisciplinares, o usuário poderá ser encaminhado para as outras enfermarias, podendo ter o seu tratamento prolongado por até mais 30 dias (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Em relação a *demanda interna*, o hospital conta com pelo menos 13 espaços para ações e estratégias que poderiam incrementar a efetivação do conceito da clínica ampliada. Sendo cinco enfermarias, uma clínica e um ambulatório, três salas para aplicação das terapias ocupacionais (oficina de pintura e arte, biblioteca, vídeo e artesanato), uma quadra e campo para práticas esportivas, a praça de convivência, um refeitório, e o auditório, - a propósito das terapias integrativas (Reiki, Cura Prânica e Ioga). Oferece ainda, algumas atividades terapêuticas, como passeios e caminhadas no campo, passeios externos, festas em datas comemorativas, e outras oficinas como danças, cozinha experimental, artes plásticas, manuseio de papel machê, artefatos de arte (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Não diferente, trata-se do seu quadro profissional. Todas as enfermarias possuem Médico Psiquiatra, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Psicólogo, e Assistente Social. Os Médicos Clínicos, a nutricionista e o Educador Físico, por sua vez, embora alocados em enfermarias específicas na estrutura organizacional, atendem a toda demanda do hospital. A equipe toda, em suma, é composta pela equipe multidisciplinar mais o apoio dos cuidadores, e dos facilitadores que ficam nas salas de práticas ocupacionais. Já as terapias integrativas, são oferecidas por grupos voluntários. Ou como queira, pela participação da comunidade, - o que atende, parcialmente, aos interesses da clínica ampliada, e a um dos objetivos do art. 1º da Lei 10.216/2001, - a inclusão social na comunidade (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Contudo, nos chamou a atenção a distribuição e quantidade desses profissionais. A quantidade mais expressiva da equipe multidisciplinar fica entre os Enfermeiros e Assistentes Sociais. Assim como a maior concentração das equipes multidisciplinares estão nas enfermarias femininas e masculinas, mesmo que, conforme percebemos, a maior quantidade de leitos esteja concentrada na enfermaria para problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias entorpecentes (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Aqui podemos relevar duas questões importantes para inferência e problematização: 1) a diminuição dos médicos psiquiatras apontados por Duarte e Garcia (2013), que segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) vê a demissão de funcionários como uma consequência da redução de leitos, 2) sobre as questões da complexidade das relações entre drogas, álcool e violência (DESLANDES, MINAYO, 1998).

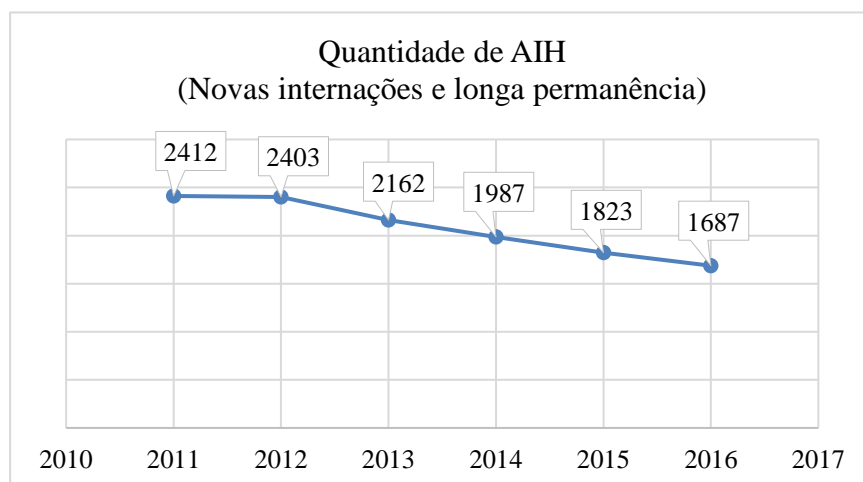
Primeiro, considerando a exclusão dos médicos e a demissão dos funcionários em relação a questão da redução dos leitos, sobre isso, não podemos afirmar se houve redução no quadro de médicos do CPMJ após o que eles reconhecem como a política de desinstitucionalização, porém, estamos evidenciando que a quantidade destes profissionais é insuficiente para atender a demanda existente, e muito inferior em relação aos profissionais da assistência social e enfermagem, não efetivando, assim, os incisos V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária e VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, da Lei 10.216/2001, Art. 1º, parágrafo único. (BRASIL, 2001).

Em relação aos leitos, a quantidade atual varia de acordo com cada enfermaria: 16 para o EAC, 10 para os adolescentes (Clifford A), 8 para mulheres (Clifford B), 16 para os homens (UP), e 25 para usuários que estão com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (IP). No total são 75 leitos (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Vamos problematizar um pouco essa questão dos leitos apresentando dados que foram colhidos no SIH/SUS sobre a quantidade de internações do CPJM psiquiátrico, entre 2011-2016, e a média de permanência. Em seguida, também demonstraremos a quantidade de CAPS.

O gráfico 2 abaixo, é referente a quantidade de AIH, que como já sabemos, incluem tanto as novas internações como as de prorrogação (longa permanência). Seguindo a tendência da análise dos recursos, o número de internações também diminuiu desde que a instituição começou o processo de desinstitucionalização.

Gráfico 2 – Quantidade de AIH (Novas internações e longa permanência)



Fonte: SIH/SUS, 2017

É discutível que a redução de internações pode ser um fator a si considerar na diminuição de médicos e funcionários em geral, e não apenas. A questão principal que esse dado suscita é que a lógica da desospitalização em si mesma compromete também a assistência integral e promove uma desassistência de boa parte da população que utiliza os serviços e seus familiares. A instituição ao invés de se converter em um equipamento de uma política que preconiza a clínica ampliada, sofre com a redução de funcionários, com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados, e um atendimento e cuidado que permanece individualizado.

Para completarmos as nossas considerações a respeito dessa problematização da redução dos leitos e do tempo de permanência nos novos internamentos, vejamos a tabela 1, abaixo,

Tabela 1: Média de permanência de AIH

Ano	Média
2011	45,80
2012	40,50
2013	31,90
2014	35,40
2015	31,70
2016	28,80
	35,80

Fonte: SIH/SUS, 2017

Embora nesse mesmo período analisado foram abertos 109 CAPS em toda Paraíba, conforme a tabela 2, abaixo, considerando a rotatividade de usuários que acessaram o serviço durante o nosso tempo de estágio na instituição, assim como o tempo médio de internação de 36 dias, inferimos que esses dados apontam para a necessidade do internamento especializado.

Tabela 2: Quantidade de CAPS no Estado da Paraíba (2011/2017)

Ano	Campina Grande	João Pessoa	Demais regiões	Total
2011/2017	8	5	96	109

Fonte: SIH/SUS, 2017

Como pudemos observar em campo, determinados tipos de crises demandam uma equipe especializada para estabilizar o quadro, e um tempo de internamento mais prolongado. A situação das famílias, além das expressões da questão social que veremos mais adiante, prescinde de um atendimento de média complexidade. A expressividade fluida da demanda constatada assevera que a RAPS está sendo hipossuficiente, do contrário não haveria uma procura tão relevante. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Some-se a isso a demanda que também é atendida no pronto atendimento municipal, o Programa de Atenção à Saúde Mental (Pasm). Exceto o CPJM em que estagiamos - é o único serviço que tem oferecido essa assistência de atenção a crise, disponibilizando atendimento 24 horas por dia, para estabilizar quadros instantâneos e/ou persistentes, por até 72 horas (apenas 3 dias), tanto para pessoas que buscam o serviço espontaneamente quanto para aquelas que são conduzidas por terceiros.

Segundo, em relação a questão da complexidade das relações entre drogas, álcool e violência, - que foi mais um dos vieses que suscitamos na questão da quantidade e ocupação da equipe multiprofissional, queremos sublinhar que, embora a dependência, necessariamente, não seja loucura, é discutível e aceitável que predispõe o usuário a outros agravos e doenças. O uso de álcool e outras drogas precipitam a violência, quer seja pelas condições sociais de estigmatização, ou pela lógica do mercado narcotraficante que potencializa e torna mais complexo o ciclo da violência (DESLANDES, MINAYO, 1998).

Essas duas linhas temáticas foram prementes e constantes em nosso período de estágio, pois muitas vezes fora discutido essas questões por ventura dos internamentos dos adolescentes que chegam a instituição com problemas da ordem do tráfico local de drogas ilícitas. Colocado dessa maneira, é importante que o CPJM reveja a distribuição do seu corpo multidisciplinar em relação as inferências apontadas, uma vez que se trata de uma demanda que envolve risco, estigma e violência. Além da complexidade que lhe é peculiar, no tocante a dependência (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Quanto as atividades meio do hospital, particularmente a do refeitório, e da limpeza, podemos dizer que embora o hospital sirva uma alimentação de boa qualidade, os horários são inflexíveis e generalizados: o café da manhã é servido entre as 7:15h e 08:35h, o almoço das 10:30h as 11:50, um lanche entre as 14:00h e 15:15h e o jantar das 17:00h as 18:15h. É importante pontuar que, tanto porque estarão sob efeito das medicações, quanto pela apatia, alguns não sentirão fome na hora estipulada. Ou ainda assim, sobre aqueles que serão admitido em horários diferente da norma, mas que poderão estar com fome. Além disso, é válido salientar o intervalo entre uma refeição e outra, especialmente entre o jantar e o café

da manhã. Consideramos que seria importante servir uma ceia, caso o hospital tivesse as condições objetivas necessárias e estruturais para isso (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A equipe da limpeza por sua vez, embora reduzida, limpavam e lavavam diariamente os leitos, corredores e banheiros (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Em linhas gerais, podemos dizer que o CPJM ainda não possui uma estrutura básica para atender aos objetivos da Lei 10.216/2001, visando *o cuidado* integral em saúde mental. De fato, não existe mais o depósito humano de pessoas com transtornos e/ou sofrimento mental, ou de mesma forma resquícios hospitalocêntrico e manicomial de um tratamento aviltante de outrora. O hospital atende alguns objetivos da lei, possui uma equipe multidisciplinar para o trabalho, oferece atividades terapêuticas e integrativas. Envolve a comunidade, e trabalha para a inclusão social. Mas a determinação pela lógica da desocupação de leitos e pela diminuição do tempo de permanência, assim como a pouca quantidade de médicos psiquiatras, deixam uma lacuna no trabalho da equipe, que por não captarem uma visão mais panorâmica das questões com ela envolvida, passam despercebidas na cotidianidade do trabalho.

Com o que foi apresentado, uma estrutura que não oferece a integração desde o acolhimento, e que tem por excelência ampliar e garantir a resolubilidade dos casos, a responsabilização destes por toda a equipe e o acompanhamento integral, o CPJM permanece trabalhando sob uma lógica de atendimento e encaminhamento individualizada, com base principalmente na política da desospitalização e redução do tempo de permanência. Não consegue operacionalizar aquilo que foi pactuado, efetivando apenas uma parte do que preconiza a Reforma Psiquiátrica, ou como queira, apenas um vislumbre do que poderia ser a Clínica Ampliada.

Quer dizer, esse tópico nos permitiu problematizar que, a equipe, ainda que multidisciplinar, ela não consegue operacionalizar o que foi pactuado na lei 10.216/2001 em sua totalidade. O acolhimento não é integral, e isso reflete na prática que segue todo o internamento do usuário: os prontuários são imediatos e não processuais, - a cada nova internação o “paciente” recebe um novo prontuário; nenhum plano terapêutico individual é preenchido; não existe estudo de caso, a equipe diz que não tem como fazer; as evoluções são centradas nas manifestações clínicas do transtorno e/ou sofrimento mental dos usuários, nenhuma delas revela a condição do indivíduo em sua totalidade (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A prática profissional da equipe, portanto, está centrada na dimensão pragmática e burocrática, e não na questão social do adoecimento. Ou como já enunciamos num outro

momento, no tocante a clínica ampliada, voltada de forma assertiva para cuidar do sujeito e oferecer um atendimento integral.

Nesse cenário todo, o *envolvimento* da família no processo saúde-doença é completamente tragado, e não podemos dizer que se resumem a visitas, tendo em vista que a maior parte dos usuários que acessam o serviço é do interior, como poderemos mostrar no tópico seguinte. Sua mera *participação* faz-se presente quando acionado por algum profissional da equipe, de forma individualizada, para saber alguma informação. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Quanto a alta, embora exista a alta social, a médica e a psicológica, sempre prevalece a autoridade médica. Deveria ser multidisciplinar, mas prevalece a do médico, e isso nos reporta a prática mais evidente da instituição, a desocupação dos leitos, ou como diz a literatura, a política da desospitalização, - a desinstitucionalização como substituição, que “enfrenta a questão manicomial, mas sem enfrentar o modelo clínico” (CAPOCCI e FUZETTI, 2003, p. 38).

Compactuamos com a ideia de que, o sentido da desinstitucionalização como humanização da assistência também deve ser introduzido no atendimento hospitalar, promovendo mudanças nas estratégias de tratamento, e realizando um trabalho de conscientização do “paciente” e da família, de modo que lhe favoreça, de fato, a inclusão social. Sem superar o modelo clínico, não existe transformação, pois como vimos, isso requer a ruptura de paradigmas e o resgate da complexidade do fenômeno da loucura (CAPOCCI e FUZETTI, 2003).

4.2 Descobrendo a realidade pessoal e familiar dos usuários do CPJM

Como uma categoria elementar, tomaremos o adoecimento mental como uma experiência de vida (MORENO, 2009), para pensar e refletir sobre os fatores biológicos, e os problemas sociais, políticos e éticos com ele relacionados, que concorrem para o processo de saúde-doença mental, a fim de demonstrar o perfil demográfico dos usuários que utilizaram o serviço do **complexo** psiquiátrico em que estagiámos.

É importante ressaltar que a escolha pela categoria do adoecimento conflui com o conceito dos determinantes sociais de saúde (DSS), que segundo Rosa (2012, p. 3).

[...] afirmam que as condições de vida e trabalho das pessoas e grupos atuam diretamente na sua situação de saúde, a Comissão Nacional sobre os

Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) acrescenta que os determinantes sociais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Quer dizer, como vimos no primeiro capítulo, o consenso construído não vê mais apenas pessoas doentes, mas enxergam e admitem as circunstâncias que propiciam e afetam o processo saúde-doença para o estabelecimento e/ou manutenção da saúde mental. Em complemento:

A par da caracterização socio-demográfica e diagnóstica, o conhecimento das causas desencadeantes do adoecer psicológico tem sido pesquisado em diferentes abordagens., em 2009 a OMS [...] realizou um estudo aprofundado sobre os determinantes sociais da saúde mental. Destacou a importância decisiva de condições sociais como o estatuto social e econômico, o nível educacional, a pobreza e as redes de suporte social, e do papel de determinantes psicológicos, nomeadamente as emoções, a cognição, o funcionamento social/relacional e a coerência/sentido para a vida. (FONSECA, et al. 2013. p. 407).

Essa ideia, portanto, requer um sistema de Saúde que seja integral, voltado para promover, proteger e recuperar a saúde do usuário, a fim de lhe propiciar um nível de qualidade de vida cognitiva e emocional, incluídas a capacidade e os esforços de um indivíduo experienciar sua vida com equilíbrio, já que, segundo a literatura revisada, “O conhecimento das populações que recorrem a tratamento psicológico integra entre outros aspetos a caracterização das determinantes socio-demográficas, de diagnóstico, de fatores de risco na história pessoal e de causas na procura de tratamento”. (FONSECA, et al., 2013. p. 406).

Para tanto, com base no Sistema de internação Hospitalar (SIH), primeiro exporemos o perfil sóciodemográfico da população usuária elegendo as variáveis que estavam disponíveis, quais sejam: cor, faixa etária, sexo e região de procedência. Feito isso, discutiremos sobre as demandas e as expressões da questão social que foram percebidas em campo.

4.2.1 Perfil Sóciodemográfico da população usuária do CPJM

Apresentaremos agora alguns dados estatísticos sobre o perfil sócio-demográfico da população usuária do CPJM, extraídos do SIH/SUS, referente às características dessa população. Vale ressaltar ao leitor que, com essa exposição pretendemos problematizar e relacionar no próximo tópico as expressões da questão social sob a qual esta população está sujeita.

A tabela 3, abaixo, traz as informações sobre a cor da população usuária que acessa os serviços do hospital psiquiátrico. De todos os internamentos admitidos no período recuperado, 99,94% foram sublinhados como para pessoas da cor Parda.

Tabela 3: Cor da população usuária do CPMJ, conforme SIH

Ano (2011-2016)		
Cor	f	%
Parda	12467	99,94
Branca	7	0,06
Total	12474	100,00

Fonte: SIH/SUS, 2017

Sobre isso, além do caráter complexo no qual se insere a questão da saúde mental em relação aos determinantes sociais em saúde, some-se o que diz a literatura,

As condições de saúde da população negra estão definidas em termos de uma questão racial, fruto de processos ideoculturais e econômicos, nos quais o racismo tem participação ativa na produção de consensos e subalternidades. Por essa razão, esta população insere-se num contexto desfavorável de vida e saúde [...] (CORREIA, 2014, p.80)

Quer dizer, considerando a classificação de negro enquanto a soma das pessoas que se autodeclaram “pardas” e “pretas” pelo IBGE, representa o perfil de uma população que historicamente repõe a questão das relações entre saúde, sociedade e cultura. Envolve uma minoria étnica majoritária (51%) do nosso país que, continua a ser desproporcionalmente a mais pobre, afetada pelo desemprego, menos escolarizada, e subempregada (IBGE, 2014), além de carregarem o estigma das classes perigosas - negros e pobres (CORREIA, 2014).

Na tabela 4, que se segue, de acordo com a faixa etária, 49% da população usuária refere-se a pessoas jovens e adultas, 32% a pessoas adultas, 12% a adolescentes, e 7% a pessoas idosas.

Tabela 4: Faixa etária da população usuária do CPMJ, conforme SIH

Ano (2011-2016)		
Faixa etária	f	%
20 a 39 anos	6143	49
40 a 59 anos	4007	32
15 a 19 anos	1439	12
60 a 80 anos e mais	885	7
Total	12474	100,00

Fonte: SIH/SUS,2017

Podemos observar que se trata de uma população que em sua maior expressividade se trata de pessoas que estão em idade de produção e reprodução social. A maioria, embora afastados de qualquer atividade profissional e/ou produtiva, não possui benefício, e tem a família como núcleo de apoio. Alguns, inclusive, estavam em situação de rua (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Apresentaremos agora a tabela 5, que corresponde ao sexo da população usuária, ao que 92% dos internamentos correspondem a população masculina, e, 8% a feminina.

Tabela 5: Sexo da população usuária do CPMJ, conforme SIH

Ano (2011-2016)		
Sexo	f	%
Masculino	11506	92
Feminino	968	8
Total	12474	100,00

Fonte: SIH/SUS,2017

Quando estávamos em estágio, a maioria dos homens que eram internados eram solteiros, residiam e tinham como seus responsáveis pela internação os seus familiares. Geralmente, eram internações de caráter compulsória (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Quanto a variável região, vejamos que na tabela 6, abaixo, 45% da população usuária reside na Capital, 43% no interior, 10% no Sertão, e, 2% em Campina Grande.

Tabela 6: Região de origem da população usuária do CPMJ, conforme SIH

Ano (2011-2016)		
------------------------	--	--

Região Metropolitana	f	%
João Pessoa	5532	45
Interior	5378	43
Sertão	1248	10
Campina Grande	223	2
Total	12381	100,00

Fonte: SIH/SUS,2017

Relativamente, metade da população que utiliza os serviços no CPJM reside na Capital Paraíba e/ou no interior da região metropolitana. Esse dado também corrobora para a questão da hipossuficiência dos CAPS, principalmente no interior, pois no SIH/SUS quando abrimos os dados daquela quantidade total (109), para dados específicos, vimos que apenas Campina Grande possui 8 unidades, e João Pessoa 5. No interior, em algumas das cidades, todos possuem apenas 1 unidade do serviço.

O perfil estatístico da demanda, portanto, aponta para uma maioria de cor parda, masculina, contrariando algumas tendências de maior predominância feminina (ALVES, et al, 2014; FONSECA, et al. 2013), e uma incidência maior de usuários em plena idade adulta, que moram no interior, e que estão em plena fase de produção e reprodução social. Porém, revelaram que se trata de um perfil que está ligado a muitas expressões da questão social. Veremos isso no próximo tópico.

4.2.2 Demandas da População Usuária do CPJM e as expressões da questão social do adoecimento mental

A demanda da população que procura ter acesso aos serviços que o CPJM oferece varia entre espontânea, compulsória, e, aquelas que vem encaminhadas tanto dos CAPS, quanto do pronto atendimento local, ou mesmo de outros estabelecimentos. No geral, durante nosso tempo de permanência, observamos que em sua maioria, as internações são de ordem compulsória (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Quanto as expressões da questão social, aqui entendidas como o conjunto das expressões diretas da relação capital/trabalho, em que pese o recrudescimento da pobreza e da desigualdade de grande parcela da população, “[...] na qual os membros de uma sociedade possuem quantias diferentes de riqueza, prestígio ou poder, onde toda sociedade é

caracterizada por algum grau de desigualdade social” (DIAS, 2005, p.153), devemos assinalar e evidenciar mais uma vez as expressões que já foram discutidas nos tópicos anteriores.

A população usuária que utiliza os serviços na instituição, em sua maioria quase que absoluta, são pessoas pobres, afetadas pelo desemprego, menos escolarizada, e subempregada, que possuem pouca ou até mesmo nenhuma renda, uma vez que se atende também pessoas que vivem em situação de rua. São adolescentes que estão em situação de dependência química, sob os riscos e violência do narcotráfico, adultos com problemas de alcoolismo e pessoas que vivem em cidades do interior da capital, dificultando o acesso destes para acessar o serviço (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Os motivos dos internamentos também nos revelam os fatores sociais precipitantes da crise (a complexidade de suas experiências e comportamento humanos produzidos socialmente que concorrem para o adoecimento mental), diferente da hipótese diagnóstica, que isola e reduz a manifestação do transtorno e/ou sofrimento mental a um problema biológico, propiciando a generalização, e destituindo-os da experiência do adoecimento mental como uma realidade que é produzida socialmente (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Alguns, na aparência são de ordem subjetiva: conflitos familiares e sociais, caso de confinamento, abandono, deambulante, delírios, apatia, e tentativa de suicídio. Entretanto, em essência, inclui a alegação de apropriação indevida do benefício do usuário pelos familiares, medidas judiciais protetivas em favor de familiares, abandono pelos familiares, histórico familiar de transtornos e/ou sofrimento mental, ruptura dos vínculos familiares, maus tratos familiares, problemas com álcool e drogas, rejeição e exclusão social, internamento compulsório de longa duração por ordem judicial, falta de recursos, problemas financeiros, pobreza e desespero, ou como queira, os determinantes sociais, que ao seu turno representam a questão social. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

4.3 Entre jalecos e saberes: os desafios de um espaço híbrido para a atuação do serviço social na instituição

O Serviço Social foi criado, como uma questão de política pública, e parte da estratégia da relação capital-trabalho, para manter a reprodução social daqueles que produzem a riqueza social. Melhor dizendo, uma profissão que foi criada enquanto parte dos novos complexos sociais que são criados e controlados pelas relações sociais que perpassam e ladeiam as instâncias democrático formais, para mediar aquelas necessidades tanto individuais quanto coletivas (LESSA, 2007).

É uma profissão em que a legitimação do Assistente social se realiza no epicentro da tensão e das contradições geradas pela relação capital-trabalho, entre a produção e a reprodução das relações sociais, da questão social. Ocupa um espaço de caráter dual na estrutura social, tanto como parte orgânica e estratégica da produção da desigualdade (caráter conservador), quanto instrumento de resistência e luta na e para a reprodução das relações sociais (caráter emancipatório) (IAMAMOTO, 1983).

Nesse sentido, adentra os anos 1990 tendo como base o avanço do código de ética de 1986, e a consolidação da profissão 1990 (formação; pós-graduação; organização política, instrumentalidade), regulamentada pela lei 8.662/93 e orientada pelo código de ética de 1993.

Através de um processo epistemológico e dialético, vem negando seu histórico conservador e afirma um projeto ético-político comprometido com a classe trabalhadora e com a democracia, balizando sua prática no sentido de mediar o acesso universal aos direitos sociais para o cidadão, orientado para a construção de sua liberdade.

Nesse sentido, a partir da experiência de campo, em face das expressões da questão social que já foram demonstradas, pretendemos mostrar a função social do Serviço Social na instituição, os instrumentos técnico-operativos que legitimam a profissão, os desafios e as possibilidades de intervenção num espaço em que ainda prevalece a primazia do jaleco e a disputa do cuidado entre saberes.

4.3.1 A função social do Serviço Social na instituição e os instrumentos técnico-operativos que legitimam a profissão

De modo generalizado, e de acordo com o que prevê a pela lei 8.662/93 e o código de ética de 1993, a função do Serviço Social na instituição é atuar, intervir, participar, propor e/ou desenvolver a Política Nacional de Saúde Mental.

É seu dever promover o acesso do cidadão aos serviços sociais que a instituição oferece, zelando pela observação do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a as Leis 8.080/1990, 8.142/1990 e 10.2016/2001.

E para além disso, tendo como objeto de trabalho as expressões multifacetadas da questão social, é seu compromisso contribuir para que a população usuária amplie seus direitos e cidadania, mediando a relação da população usuária e da família com a Rede de Atenção Psicossocial, tal como informar e garantir aos usuários os direitos que são próprios para um tratamento humanizado, prover o cuidado tanto clínico, quanto ambulatorial,

psiquiátrico e psicológico, validar a alta social, e quando da necessidade, efetuar visitas domiciliares.

A temática discutida neste tópico partiu da experiência e observação de campo, em torno das vivências acerca da atuação profissional do Serviço Social dentro de uma equipe multidisciplinar, possibilitando-nos reflexões acerca do trabalho coletivo, para que possamos compreender de que forma essa integração profissional pode contribuir para a efetivação das políticas de Saúde Mental, e a realização de uma atenção psicossocial que compreenda a pessoa com transtornos mentais em sua integralidade, e enquanto sujeito de direitos.

O Assistente Social como trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho tem seus instrumentos de trabalho, e necessita de bases teóricas, metodológicas, técnicas e ético-políticas para o seu exercício profissional. “Os instrumentais técnico-operativos são um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (MARTINELLI, 1994, p. 137).

Dentre eles, podemos destacar o uso da linguagem direta (habilidades), intermediada pela observação participante, entrevistas, visitas domiciliares, dinâmica de grupo, sala de espera, reuniões, mobilização social, e da escrita (técnicas), concretizadas na forma de livros de registro, diário de campo, relatório, parecer e laudo social (MARCONSIN, 2013; SANTOS e NORONHA, 2010). Esses instrumentos e técnicas convertem-se em recursos e procedimentos que “[...] que têm por objetivo final a modelação do comportamento humano e das relações sociais” (MANNHEIM, 1962, p. 257).

Assim, o uso hábil, sistematizado, criativo e articulado dos instrumentos técnico-operativos se transforma numa estratégia para a realização de uma ação da prática profissional, “[...] onde o instrumental e a técnica estão relacionados em uma unidade dialética, refletindo o uso criativo do instrumental com o uso da habilidade técnica. O instrumental abrange não só o campo das técnicas como também dos conhecimentos e das habilidades”. (MARTINELLI, 1994, p. 138).

Ao que, Segundo Miotto (2001, apud LIMA, 2004, p.61) trata-se de um:

Conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Contém tanto a dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológico e ético-político da profissão em determinado momento histórico [...]

Quer dizer, considerando as palavras do autor, o compromisso social ético-político assumido pelo Serviço Social sob a perspectiva emancipatória, e a partir da sua função social na instituição, entendemos que, dentro de possibilidades concretas, é dever do Assistente Social usar de todo o instrumental técnico-operativo – possível, necessário e pertinente - para cumprir e realizar a sua função social dentro da instituição.

Dito isso, passaremos a abordar os instrumentos que são utilizados pelos Assistentes Sociais da instituição, particularmente na enfermaria do EAC, tomando como base a compreensão que o mesmo tem da função social do Serviço Social.

Ao perguntar sobre a função social do Serviço Social na instituição, fomos orientadas que é trabalhar a parte social e familiar. Mediar a relação da família com o hospital e outras instituições que compõem a rede de assistência à Saúde Mental.

Ao longo do estágio, além do EAC, nós também ficamos no PA, no acolhimento, e no IP. No PA, os instrumentos (técnicas e habilidades) que são utilizados pelo Serviço Social são o livro de ocorrência, linguagem, informação, escuta, prontuários e documentos. No acolhimento, são o livro de ocorrência, escuta e a linguagem. No IP e no EAC, são os prontuários⁹, quadro de entrada de “pacientes”, evolução multidisciplinar, escuta, entrevista, informação, busca ativa, linguagem, alta social, visitas domiciliares, e reuniões.

A Rotina do Serviço Social no PA consiste numa prática particularmente em mediar a relação da família com o hospital e as enfermarias, e com outras instituições (rede), caso seja necessário. Numa acepção usual, funciona como uma recepção geral e concentrada de todo o CPJM. É a porta de entrada e saída da instituição para toda e qualquer demanda.

Assim, é função do PA: dar entrada em admissão e saídas de internamento, informar direitos e deveres, fazer escuta, dar apoio e suporte nas saídas, encaminhamentos, autorizar consultas, exames, e saídas de carros para visitas domiciliares. E por ordem da administração geral, comunicar e registrar Boletim de Ocorrência (BO) quando da fuga de usuários, e informar óbitos, tanto aos órgãos que lhes são próprios para essa ocorrência (Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e/ou ao Instituto Médico Legal (IML)), quanto para os familiares.

O acolhimento é um lugar na instituição que era ocupado apenas pelo Serviço Social, ao final de nosso estágio constatamos o esforço da equipe em compartilhar essa competência e instrumento entre Assistentes Sociais e Psicólogos. Sua rotina baseia-se em registrar a ocorrência (urgências e chegadas) no livro de ocorrência, e fazer uma breve escuta

⁹ Embora os prontuários registrem todo processo de chegada e saída do usuário e sendo referência de instrumental técnico-operativo para o serviço social ele não aparece nesse trabalho por questões éticas.

sobre a demanda. Após isso, procede com o encaminhamento do usuário para o médico psiquiatra.

Por serem “símiles” as rotinas do Serviço Social na e para as enfermarias, descreveremos essa rotina tanto para o EAC, como para a enfermaria do IP. No EAC a rotina está diretamente ligada ao quadro de entrada de “pacientes”: anotamos todos os nomes em um caderno, e a data de entrada. Num primeiro momento analisamos superficialmente os motivos *aparentes* do internamento. Geralmente são as queixas informadas pelos responsáveis pela internação e a hipótese diagnóstica.

Após isso, adentramos na enfermaria para fazer a escuta e entrevista com todos os usuários que estiverem internos e em condição de serem atendidos (alguns estão em estado de crise aguda e/ou impregnado pela medicação). Nessa etapa a linguagem é o recurso e a habilidade mais importante para desencadear um cuidado humanizado e integral, pois denota a capacidade investigativa da profissão. A aproximação deve ser requisitada, senão desejada, pelo usuário. É importante respeitar a vontade do usuário em permitir a aproximação. Criar um momento propício, amistoso, respeitoso e atencioso para descobrirmos se eles sabem o porquê de estarem na instituição, quais foram as causas, desenrolar o novelo do histórico familiar, social e do adoecimento, se é um caso recorrente, e se acessa outros serviços.

Para nós, esse é o momento mais importante do Serviço Social na enfermaria, uma posição estratégica que nos possibilita ter acesso as questões mais *essenciais* que precipitaram os motivos de internamento dos usuários. A rigor, ter acesso ao histórico familiar, e aos *determinantes sociais em saúde* (problemas de ordem macroeconômica e microsociais). Contudo, a prática é limitada a anotação de algumas características que são eletivas como as mais importantes. Essa etapa do atendimento elege o tipo da ação do profissional, que a depender do caso, pode ser de mediação entre a família e outras instituições e/ou de intervenção, quando envolve indicadores de abuso, maus tratos, negligências e exploração. É um atendimento que também propicia a mediação do usuário com a família: ligações são solicitadas para pedir produtos, roupas, dinheiro e visitas; informações e orientações são dadas aos familiares, por exemplo, quando do caso de uma família que não tinha condições de pegar um usuário que estava de alta. A família foi orientada a procurar a secretaria de ação social município, saúde ou ministério público (MP).

Além dessas técnicas e habilidades (escuta, documentos, entrevista, linguagem, informação, articulação com outros serviços, orientação, mediação, intervenção, prontuários, avaliação multidisciplinar, caderno de campo), na enfermaria do EAC o Serviço Social

também integra uma escala de atividades multidisciplinar que fazem parte das estratégias de cuidado da instituição, conforme descrito no quadro 7 abaixo.

Quadro – 7 Atividades EAC – Estratégias de Cuidado Multidisciplinar

ATIVIDADES EAC – ESTRATÉGIAS DE CUIDADO MULTIDISCIPLINAR						
<i>Turno</i>	<i>Hora</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>
Manhã	8:30 as 9:00	Ed. Física (espaço externo) – Educador Físico	Grupo Reflexão e Diálogo (sala multiuso) – Serviço Social e Psicologia	Ed. Física (espaço externo) - Educador Físico	Oficina Trabalho manuais (espaço céu) - Facilitador e Psicologia	Ed. Física (espaço externo) - Educador Físico
	9:00 as 10:00	Oficina Trabalho manuais (sala multiuso) – Facilitador e Psicologia		Reiki ou Cura Prânica (auditório) - Terapeutas e Psicologia		Ioga - Terapeutas e Psicologia
	10:00					Reunião técnica (Sala multiprofissional) – Equipe Multiprofissional
Tarde	15:30 as 16:00	Leitura (biblioteca) – Enfermagem e cuidadores	Arte expressiva (Espaço Luz) - Terapeutas e Psicologia	Grupo Ed. Saúde (Sala de multiuso) - Enfermagem	Serviço Social (Sala de multiuso) – Serviço Social	Cozinha experimental (Refeitório) – Serviço Social e Facilitador

Fonte primária, 2017

As propostas de atuação como estratégias para atividades multidisciplinar, consistem no grupo de diálogo e reflexão, e na reunião da equipe multiprofissional. O grupo de diálogo e reflexão, é uma atividade que consiste na configuração de um espaço de escuta entre a população interna e a equipe multidisciplinar. Entretanto, não possui alcance resolutivo. Primeiro porque só é feita entre psicólogos e assistentes sociais. Segundo, porque nenhuma deliberação é encaminhada a partir das queixas dos usuários. Até o período em que ficamos no CPJM, nenhum profissional se responsabilizou por fazer uma relatoria desse espaço, mesmo tendo sido levantado muitas questões pertinentes por alguns usuários. Tanto o grupo de reflexão como a reunião da equipe multiprofissional, de fato se configuram como técnicas e habilidades potenciais que poderão servir para o Serviço Social produzir conhecimento. Logo, para a produção de dados, informações e considerações qualitativas para a reflexão e ação de toda a equipe. Contudo, não estão sendo exploradas tanto quanto deviam.

As demais ações são de ordem isolada (cozinha experimental e sala de multiuso), basicamente referem-se ao acompanhamento de um determinado profissional, junto aos

usuários, a uma atividade que compõe as estratégias multidisciplinares que a instituição oferece, mas de maneira isolada. Configura-se mais como a uma escala, entre profissionais, para acompanhar os usuários em atividades livres e diversas.

Atividades multidisciplinares, supõe ações horizontalizadas, com formas democráticas de cuidado que transformem a forma de trabalho, nesse caso, considerando o processo da desinstitucionalização, que transformem o modelo clínico para um modelo mais coordenado e participativo, de modo que as articulações desses saberes promovam de fato um cuidado integral que efetivem ao usuário a sua cidadania.

Em linhas gerais, podemos afirmar que os instrumentos mediadores e potencializadores do trabalho do Assistente Social na instituição poderiam ser concebidos como uma forma de estratégias de cuidado do Serviço Social. Particularmente a escuta, a entrevista, a busca ativa e a visita domiciliar, - já que na área de saúde mental uma das informações mais importante no processo saúde-doença é o histórico do usuário: as expressões da questão social para o adoecimento mental.

Essas técnicas e habilidades poderiam ser utilizadas para o planejamento e redefinição de serviços sociais que são prestados na instituição (cuidado multidisciplinar, e as terapias ocupacionais e integrativas), e não somente, mas também nos encaminhamentos a rede de serviços para a saúde mental, de modo que essa integração profissional pudesse efetivamente contribuir para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental. No EAC, por exemplo, sendo possível, aliada ao diário de campo, a escuta e a entrevista possibilitariam a criação de uma base de dados tanto quantitativa quanto qualitativa das demandas. Quais sejam,

[...] que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRASIL, 2010, p. 26)

Contudo, seguindo a mesma configuração da prática institucional - voltada mais para a questão da desocupação e de leitos e diminuição do tempo de permanência, - mesmo em face de instrumentos tão robustos e diversos, o Serviço Social se apresenta circunscrito a uma prática de caráter executivo, pragmática e utilitária. As razões que a determinam, além da lógica da desospitalização, podem ser traduzidas na contextualização dos interesses contraditórios da lógica neoliberal, como por exemplo a precarização do trabalho, e o recrudescimento da contrarreforma do Estado por que estamos passando, que atinge direta e dificulta a concretização do SUS.

De fato, é também função social do Serviço Social na instituição trabalhar a parte social e familiar, no entanto, tomando como base os instrumentos técnicos-operativos que estão a sua disposição, é um conhecimento que deve ser utilizado como referência para a ação e a efetivação de uma prática fecunda e útil. Aliás, como uma atividade material, objetiva e transformadora.

4.3.2 Os desafios que o Serviço Social enfrenta no CPJM para efetivar a Política Nacional de Saúde Mental aos que dela necessitam

A experiência de campo, o acúmulo dos elementos que vimos compartilhando ao longo desse trabalho, a análise da observação de campo, a revisão bibliográfica e os dados complementares que trouxemos nos permitiu construir essa temática, ao que pretendemos mostrar os desafios que perpassam a realização da profissão.

A efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, como vimos, contém em si o processo da desinstitucionalização. Relembrando, diz respeito a quatro dimensões fundamentais para a sua realização. São elas,

A dimensão jurídico-política diz respeito à construção da cidadania através da aprovação de leis e decretos, mas implica também mudar mentalidades, atitudes, crenças e relações sociais; a dimensão cultural: o convite a participação da sociedade civil para discutir e engendrar novos caminhos sobre a loucura, a doença mental, e o papel dos serviços; Dimensão técnico-assistencial, como os serviços se constituem e lidam com as pessoas, com espaços de subjetividade e sociabilidade; e a dimensão epistemológica do adoecimento, entendido como um processo de experienciar o sofrimento em sua totalidade (MORENO, 2009, p.567).

Isto é, efetuar a Política de Saúde Mental requer a transformação do cuidado numa aceção admissível quando da metamorfose integral da assistência à saúde mental: enfrentar o modelo manicomial, superar o modelo clínico, criar novos sujeitos de direitos, mudar mentalidades, criar mecanismos, estratégias, e espaços que de fato contribuam efetivamente na construção e defesa da Política Nacional de Saúde Mental.

Contudo, vimos que esse processo é permeado por imbricações econômicas, políticas, sociais, culturais, técnicas e ideológicas que o determinaram historicamente e dialeticamente.

A começar pela constituição da política de saúde, criada dentro do processo de redemocratização, - referenciado como um processo antagônico, complexo e processual, forjado a partir de uma dinâmica histórica, contraditória e móbil entre a ditadura – enquanto representante das contradições históricas da relação capital-trabalho - e a sociedade civil, na luta pelo acesso a melhores condições de vida da classe trabalhadora, e pelo reconhecimento do Estado, da política e do direito como instrumentos de intervenção nessa relação.

Segundo Polignano (2001), todo o processo que permeou a conformação do modelo de política de saúde pública no Brasil, reporta-se e aponta para uma relação intrínseca com o desenvolvimento econômico, político e histórico do País. A lógica desse processo obedece a ótica do avanço do capitalismo, sendo (re) definida a cada novo estágio do mesmo, onde a preocupação com a saúde dá-se pelas necessidades orgânicas estruturais para o desenvolvimento do capital e não do trabalhador.

Fleury e Ouverney (2008) confirmam, no Brasil, não há claramente um tipo de política que nos aproxime de um Estado de bem-estar social. Até o final da década de 80, se apresentam com características residuais (família e mercado como solução às demandas de sobrevivência), e, meritocrático-corporativas (subordinação das políticas a racionalidade econômica, ao que a atuação do Estado mantém uma estreita relação das políticas de saúde subordinada ao modelo econômico vigente, numa clara distinção entre ações de saúde pública e de assistência médica.

Os anos 1990 por sua vez, verifica-se um acentuado momento de contrarreforma do Estado e de desconstrução das conquistas da CF 88, em especial no plano de seguridade social. Como vetores privilegiados, tem-se a defesa do processo de privatização, a constituição do cidadão consumidor. O desmonte e a redefinição do Estado brasileiro a adaptação passiva a lógica do capital (BRASIL, 2010). Os principais aspectos dessa contrarreforma, foram:

A flexibilização da legislação do trabalho; diminuição dos gastos públicos; privatização de empresas estatais; separa entre formulação e execução das políticas; desresponsabilização pela política social; formulações de políticas sócias adaptadas para a privatização, focalização, seletividade e descentralização (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Dentro dessa perspectiva, os principais desafios que são postos ao trabalho do Assistente Social vão de encontro as dificuldades que apontamos nesse estudo, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio das práticas que visem a

integralidade, os dilemas para estabelecer equidade no financiamento do setor, e a garantia de uma assistência à saúde pública e de qualidade (BRASIL, 2010).

Em suma, as outras questões que percebemos em campo e que se configuram enquanto desafios para a profissão do Serviço Social no âmbito da reforma psiquiátrica, é reconhecer que a concepção de saúde transcende a ideia da ausência de doença, e dentro da perspectiva da clínica ampliada, assumir a responsabilidade que lhe cabe em relação a questão social. Sua prática não pode ser balizada apenas pela atuação mediata do e para o hospital - análogo a uma prática endógena - já que envolve outros fatores. Tampouco pode ser confundida com práticas psicologizante, como vimos em algumas atividades. Envolve também a superação da burocratização dos serviços, e os conflitos e competições em torno das barreiras institucionais e socioculturais entre saberes e práticas tão híbridos quanto distintos (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

4.3.3 Possibilidades de intervenção do Serviço Social na instituição e sua relação com o Projeto Ético Político da Profissão

Mesmo reconhecendo que o cenário sócio institucional propicie muitos obstáculos a efetivação do Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS), *parecendo* nos remeter a umas “práxis do improvável”, é importante observar que o Serviço Social não trabalha sozinho. Dentro do universo da instituição, trabalha junto ao acolhimento, como também ao pronto atendimento, e de certa forma, interage com todas as enfermarias e com todas as atenções que são realizadas no hospital (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A equipe multidisciplinar existe e alguns profissionais se reúnem para conversar, trocar e compartilhar conhecimento, onde cada um expõe seu saber e sua proposta para alcançar a melhora do usuário. Entretanto, são técnicas que estão em fase de aprimoramento, como o caso da roda de reflexão e diálogo, e a reunião da equipe multidisciplinar (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Sobre a questão da interdisciplinaridade, a equipe do Serviço Social compreende que os atores sociais precisam estar dispostos a se unirem em favor do usuário. No tratamento de um usuário dos serviços de saúde mental, este não pode ser pensado como um portador de uma doença, mas sim como uma pessoa em que a questão social permeia todo o contexto da sua condição biopsicossocial, ou seja, suas dimensões biológica, psicológica, familiar e social devem ser consideradas. Não é apenas a questão medicamentosa que faz a diferença no

tratamento do indivíduo, mas todas as ações feitas em favor dele (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

O fato é que, devido aos saberes que lhe confere à peculiaridade e ao entendimento da crítica das expressões da questão social, o Serviço Social junto com outros conhecimentos que trabalham com a subjetividade, as interações psíquicas e o comportamento do ser humano, contribui, por exemplo, para a compreensão de que a medicação prescrita não precisa ser usada para medicalizar o indivíduo, mas sim para estabilizar o quadro. Esse olhar vai fazer com que o trabalho do assistente social tenha eficácia. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Essa possibilidade em torno da prática profissional, voltado para a questão social da população usuária engendra novos caminhos para o atendimento em saúde mental. A corresponsabilização concorre para que a família se sinta acolhida ao ser ouvida por vários profissionais e perceba que a sua problemática está sendo olhada, acolhida e cuidada (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Tendo em vista todos os vetores determinantes que contribuem para a questão social, o Serviço Social compreende que atendimento em saúde mental não é apenas levar o usuário para o CAPS, hospital, clínica ou um ambulatório para receber apenas uma medicação mensalmente, é entender que, muitas vezes, o encaminhamento para o Centro de referência da Assistência Social (CRAS) e/ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) se faz necessário, tendo em vista que aquela família que está numa situação de vulnerabilidade seja enxergada de forma adequada pela equipe multiprofissional, pelo Serviço Social e pelo Estado (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Esse é o olhar que corresponde a autêntica função social do Serviço Social na instituição, e ao que preconiza o Projeto Ético Político do Serviço Social. Tendo a liberdade histórica como valor ético central, ainda que não alheio as contradições e dificuldades da realidade, dentro de possibilidades concretas, um trabalho e prática comprometido com a autonomia, emancipação e expansão plena dos indivíduos sociais (NETTO, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância do Estágio Supervisionado em Serviço Social, o campo de estágio se converte não apenas numa exigência curricular obrigatória, mas numa experiência fértil e profícua do ponto de vista da produção do conhecimento científico. Nos ajuda a dirimir a dicotomia entre teoria e prática, e possibilita-nos traçar a efetivação de uma prática fecunda e útil para o ser humano.

A partir desta perspectiva, ainda que não alheias ao uso ideológico com que se apropriam da ciência para produzir conhecimento, - às expensas do seu desencanto enquanto “depositária das esperanças e guia de conduta” (TOMANIK, 2008, p.395), às contradições do mundo moderno na contemporaneidade, - o aprofundamento do neoliberalismo e da barbárie, é que escolhemos provocar, desafiar, lutar e resistir contra esse sistema através de uma temática ainda tão premente de reflexão e cuidado, tendo como principal objetivo relevar a importância do Serviço Social na produção do conhecimento, primando por assegurar o nosso compromisso social e acadêmico na “formação, produção dos conhecimentos para aumento da dignidade da vida, desenvolvimento civilizatório, aprofundamento dos valores democráticos e de elevação do humano” (SOBRINHO, 2003, p. 119).

Para isso, tomando como base uma proposição crítica e dialética para a intervenção e transformação da realidade, é que optamos pelo desvelamento da prática, em virtude do processo da desinstitucionalização, a partir da análise sócio institucional, para identificar as percepções entre o que diz a literatura e como esse processo vem sendo operacionalizado na realidade, e os desafios do Serviço Social numa área formada por saberes tão distintos quanto o seu, - que possuem uma ética e prática para aplicação dos seus conhecimentos, com o principal intuito de aceder aos processos que passam entre o estado das coisas e as formas instituídas, - a dinâmica coletivo-institucional, denunciando as expressões do trabalho inconsciente da instituição, atravessados por uma correlação de forças que perpassam a realidade.

Portanto, a pretensão desse estudo foi sobretudo contribuir para o debate e o enfrentamento dos principais fatores e contradições que encontramos em campo, que influenciam direta e/ou indiretamente na recuperação da saúde mental da população, no intuito de dispor dados essenciais para a promoção de intervenções que contemplem ações que ampliem um cuidado mais heterogêneo e plural na instituição. Busca preencher uma lacuna assistencial que contempla um olhar para cada sujeito na sua singularidade. Tanto os

sujeitos individuais quanto os sujeitos coletivos: as pessoas com transtorno e/ou em sofrimento mental, como a família, a sociedade e a equipe multidisciplinar/profissional.

Em relação a reforma psiquiátrica, a análise sócio institucional revelou que mesmo em face da Lei 10.216/2001, ainda são prementes os principais desafios que foram sublinhados na literatura: a redução do processo da reforma psiquiátrica, ou como queira da desinstitucionalização, a uma mera mudança de modelo assistencial; a superação do modelo clínico; a reflexão da saúde mental como um processo social complexo em que diversos atores utilizam discursos de diferentes maneiras, mas que deveriam estar entrelaçados; a transformação da relação da sociedade com as pessoas em sofrimento mental; acesso ao tratamento e qualidade da atenção.

O perigo de reduzir o processo de desinstitucionalização a uma mera mudança de modelo assistencial começa pelo modo verticalizado com que se iniciou a reforma. O enfrentamento a questão manicomial tinha como base o fechamento dos leitos psiquiátricos, para abrir nos hospitais gerais, pressupondo um período curto de internação. Essa concepção vem da ideia de que nos hospitais gerais é possível estabilizar as crises e ao mesmo tempo ofertar cuidados clínicos e ambulatoriais. Essa medida não apenas enxugaria o orçamento destinado a manutenção dos hospitais e clínicas público-privado, como confrontaria o emprego indiscriminado e ordinário desses recursos, e possibilitaria a expansão dos serviços substitutivos: CAPS e as residências terapêuticas.

Entretanto, como vimos, em nosso Estado - exceto o CPJM em que estagiamos - o único serviço que tem oferecido essa assistência de atenção a crise é um pronto atendimento que disponibiliza atendimento 24 horas por dia, para estabilizar quadros instantâneos e/ou persistentes, por até 72 horas (3 dias apenas), tanto para pessoas que buscam o serviço espontaneamente quanto para aquelas que são conduzidas por terceiros.

Essas medidas, qual sejam fechar os hospitais psiquiátricos, abrir leitos em hospitais gerais e/ou criar um serviço de pronto atendimento, e outros substitutivos, a depender de como sejam implementados e operacionalizados não é garantia da efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica. Os limites que encontramos em campo apontam para: 1) território: que suporte é oferecido a outros municípios, em todo o Estado?; 2) questão social: pessoas de baixa renda que vivem em lugares de difícil acesso aos serviços; 3) tempo e especificidade das crises: patologias mentais, sofrimento psíquico e dependência química são desordens distintas, alguns transtornos são mais severos que outros, inclusive na crise. Em internamentos de curta duração, geralmente não é possível estabilizar as crises. 4) demanda: como vimos em campo, a demanda de usuários em crise apresenta um fluxo contínuo e

permanente, e isso nos reporta a hipossuficiência da RAPS em atendê-los, já que, a rigor, o hospital é apenas um componente de atenção à crise e de acompanhamento para pessoas com transtorno mental grave.

Compreendemos que essa política visa romper com a lógica dos internamentos de longa duração, sobretudo do abandono, além da estigmatização da família, que por terem sido alienadas desse processo no período do modelo médico-psiquiatra tendem a rejeitar e excluir as pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental.

Porém, suas interfaces percebidas em campo nos fizeram inquirir sobre esses limites que emitimos, e mais especificamente sobre o papel da família no cuidar desinstitucionalizado, pessoas que em sua maioria estão envoltas nas mais diversas facetas da questão social, questões objetivas e subjetivas e que não possuem condições de oferecer o suporte necessário que os usuários precisam quando dos episódios de crise. Aliás, e não apenas a situação da família, é bom ressaltar que nesse processo não é apenas o usuário que é desinstitucionalizado, mas a família e os trabalhadores.

Ainda na análise sócio institucional, no tocante a equipe multiprofissional na instituição, notamos que a burocratização dos serviços, a persistência de uma prática verticalizada e autoritária na conduta da política, as disputas entre projetos societários distintos que compõe o campo da saúde mental, as relações de poder/saber, as questões estruturais, organizativas, subjetivas, e culturais, são potentes desafios para a superação do modelo clínico, e o entrelaçamento de ações horizontalizadas. Ao invés de concorrer para converter mentalidades, consta como obstáculo a essa realização. Embora de acesso universal, concentrados na lógica da desospitalização e na permanência de curta duração, e não na do usuário e dos vetores determinantes da realidade, o serviço não garante equidade e nem cuidado integral.

Reflexo disso, necessária e particularmente em relação a contextualização do Serviço Social na instituição, a forma como a política tem sido operacionalizada influencia o caráter conservador da profissão, que como vimos, concentra-se em ações executivas, pragmáticas, utilitárias, burocráticas e tecnicistas, suprimindo o caráter social ético político da profissão e reduzindo-a a um mero conjunto de técnicas.

Essas observações de campo contribuiram para responder à pergunta que balizou nossa motivação em compreender qual era o problema na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental. De certo não é um problema de ordem normativa, as leis básicas que orientam o serviço na instituição asseguram isso. Existe o art. 198 da Constituição Federal de 1988, as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 10.216, de 6 de

abril 2001, e as diretrizes da reforma psiquiátrica, todas dentro da plataforma do SUS. Então, qual é o problema?

Considerando todas as discussões que fizemos anteriormente, o problema na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental nos permite dizer que envolve questões estruturais, políticas, econômicas e sociais. Estrutural pelas contradições que a principal contradição da economia política burguesa gera na esfera da reprodução social. Quer dizer, a intervenção de um estado mínimo para prover os direitos sociais a classe trabalhadora é uma necessidade essencial e orgânica para o capital. Essa interferência e apropriação pelos gestores públicos, ao nosso ver, ao invés fomentar a transformação de um equipamento público, nesse caso o hospital, deixa desassistido parte significativa da população. Usuários, famílias e trabalhadores.

Com isso queremos dizer que sim, o enfrentamento a questão manicomial era necessário, mas não compactuamos com a eliminação definitiva do equipamento. Enfrentar o abandono, o cárcere, os tratamentos desumanos e indiscriminados, e o uso ordinário de recursos públicos era iminente, mas o equipamento não deve ser fechado. Primamos pelo princípio da complementaridade. E não acreditamos que hospitais gerais deem conta dessa demanda.

Ou seja, apesar da reforma psiquiátrica e do investimento realizado na área da saúde mental e da ampliação dos atendimentos, com base na experiência de campo, os limites que sublinhamos corroboram nossa tese de que os serviços oferecidos aqueles que possuem algum tipo de sofrimento psíquico, nem sempre estão sintonizados com as diretrizes propostas. Que podemos falar de transformação do modelo manicomial, mas não do cuidado. Distâncias entre as propostas e a realidade dos atendimentos existem e precisam ser redimensionadas.

Permanece o desafio da superação do modelo clínico e da transformação de mentalidades no trato a questão da saúde mental, inclusive entre algumas equipes multiprofissionais. O fato é, fechar os hospitais públicos como forma de enfrentamento do modelo manicomial consta para nós como um revés para a reforma psiquiátrica, uma vez que, a primazia dos gestores públicos é para a condução do desenvolvimento econômico, e não dos direitos fundamentais, liberdade, igualdade, segurança, educação, saúde, moradia, trabalho, lazer, transporte, assistência, participação, voto e cidadania (SPOSATI, 2007), ou como queira, na consagração de um valor que vise a proteção do ser humano contra tudo que possa levá-lo ao menoscabo.

Nesse sentido, mostramos que não podemos falar de saúde mental sem relacioná-la ao domínio público. O processo saúde-doença, ter e manter saúde mental, além das relações socioculturais que devem enriquecer psicologicamente, mental e subjetivamente de modo positivo a inserção do indivíduo no mundo (dimensão social), envolve a participação das instituições. É contar com políticas que nos aproxime de um estado de bem-estar social e de cidadania plena, em que a manutenção do estado de saúde nos garanta pelo menos a expectativa da articulação de um conjunto de políticas sociais mais amplas. É oferecer acesso universal, tratar com equidade o acesso aos serviços de saúde onde as necessidades são maiores, garantir que a pessoa seja cuidada em sua integralidade, e que deverá ser atendida por um sistema de saúde também integral, voltado para promover, proteger e recuperar sua saúde. Daí a importância do Serviço Social.

Uma profissão que possui uma visão dos processos sociais como totalidades que se compõe de vários aspectos que apresentam diferentes níveis de complexidade. Essa complexidade da realidade exige profissionais do serviço social que não pretendam apenas responder de modo tradicional e imediatista às demandas que lhes são dirigidas. É a partir daqui que começa o maior desafio da profissão do serviço social para viabilizar o atual projeto ético político do serviço social (PEPSS): ainda que não alheio a realidade, entendendo a sua contradição e a perspectiva de mediação, observar a direção social e a qualidade do serviço assumida nos marcos legais, transformar a consciência do direito numa possibilidade efetiva, voltado a construção da sociabilidade humana – a constituição e configuração da vida social, implicando no reconhecimento do direito que se constitui no processo de conhecimento recíproco entre o sujeito pessoa dentro de um mundo estrutural, orientado pela construção de sua liberdade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jodnice dos Santos. OLIVEIRA, Valdimeire Ferreira de. MORAES, Aimée Caroline Santos de. SILVA, Jucinara casais. SOUSA, SILVA, Camila dos Santos Sousa da. NEPOMUCENO, Francisco Washington Araújo Barros. JUNIOR, Howard Lopes Ribeiro. **Caracterização de “paciente”s com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial em São Francisco do Conde – Bahia.** rev. ciênc. Méd. biol., salvador, v. 13, n. 2, p. 204-211, mai./ago. 2014.

AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: amarante, p. (coord.) **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em: **Arquivos de saúde Mental e atenção.** Engº Paulo de Frontin, RJ: Nau, p.45-65. 2003.

_____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde mental, vol. 1,** no 1, jan-abr. 2009.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista mente & cérebro.** Editora seguimento. São Paulo, setembro 2006; 164: 30-35.

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

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Ligia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos costa lobato. (org.). **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil.** 1 ed. Rio de janeiro: editora Fiocruz - Cebes, 2008, v., p. 735-759.

AROUCA, Sergio. Reforma sanitária. In: biblioteca virtual Sérgio Arouca (<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/>) – **fundação Oswaldo cruz** (Fiocruz). http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05_p.htm. Acesso em 15/03/2017.

BARROCO, Maria Lucia S. **Ética: fundamentos sócio históricos.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica do Serviço Social, v.4).

BARTALOTTI, Celina Camargo; de Carlo, Marysia Mara rodrigues do prado. Caminhos da terapia ocupacional. In: de Carlo, Marysia Mara rodrigues do prado; Bartalotti, Celina Camargo (orgs). **Terapia ocupacional no brasil:** fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.

BEHRING, Elaine Rossetti; Boschetti, Ivanete. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2008. (biblioteca básica de serviço social, 2).

BENOSKI, Diogo Albino. **"cinema: representação e loucura"**. Universidade federal de santa Catarina. Florianópolis, 2004.

BRASIL, Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde**

(TABNET). Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em: 01 de junho de 2017.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Procedimentos Hospitalares do SUS por local de internação** – a partir de 2008. Notas Técnicas, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. Color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. centro cultural ministério da saúde. **Retratos da história: cronologia**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>. Acesso em 18/03/2017.

_____. **Políticas de saúde no brasil: um século de luta pelo direito à saúde**. Direção: Renato tapajós. Duração: 60 minutos. Ano: 2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kbo7yrhse84>.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.088/2011**.

_____. Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 84/2014, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. – 43. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. 455 p. – (Série textos básicos; n. 86).

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

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**.

_____. **Lei. No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre s **portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Coordenação

_____. **Redes de Atenção Psicossocial**. In: Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>. Acessado em: 31 de maio de 2017.

_____. **Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002**. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior, 2012.

_____. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. CFESS. Brasília, 2010.

_____. **Geral de saúde mental**. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAZ, Marcelo. **Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social**. 2012.

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 13, n. 2, p. 41-63, oct. 2012. ISSN 2316-9044.

BUNGE, Mário. **Epistemologia: curso de atualização**. São Paulo: t. a. Queiroz/Edusp, 1980, capítulo 2.

CAMPOS, Gastão W.; Barros, Regina B. de; CASTRO, Adriana M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAVALCANTI-da Silva, Georgia Kessia. SILVA, MARIA, José Marcelino. **Formação Política e movimentos Sociais: O curso da Realidade Brasileira como instrumento de resistência e luta**. ISSN 2177-9503. Anais do V Simpósio Internacional Lutas Sociais na América Latina “Revoluções nas Américas: passado, presente e futuro”. GT 5. Lutas sociais urbanas. Londrina, 2013.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

CORREIA, Dandara Batista. **Racismo institucional: um desafio a ser enfrentado na atenção à saúde da população negra com doença falciforme em João Pessoa/PB 2014**. 90f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

DIAS SOBRINHO, José. O sentido ético da avaliação. In: APPEL, Emmanuel (Org.). **A Universidade na encruzilhada**. Universidade: por que e como reformar? UNESCO/MEC: Brasília, 2003.

DUARTE, Sílvia Louzada. GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. **Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil**. Emancipação, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013.

DUTRA, V.F.D. ROCHA, RM. **O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral**. rev. Enferm. Uerj. 2011 jul-set;19(3):386-91.

ESTAMIRA. Gênero: Documentário Duração: 121 min. Lançamento (Brasil): 2004 Distribuição: Direção: Marcos Prado Roteiro: Marcos Prado Produção: Marcos Prado e José Padilha Música: Décio Rocha Fotografia: Marcos Prado Edição: Tuco.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 1 – 18.

FUZETTI, M. F. F.; CAPOCCI, P. O. **As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil**. Rev. Enferm. UNISA, n. 4, 2003, p. 37-39.

GÓIS júnior, Edivaldo; LOVISOLO, Hugo Rodolfo. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Revista brasileira de ciências do esporte, campinas**, v. 25, n. i, p.41-54, set. 2003.

GONÇALVES, m. a. a doença mental: determinação individual ou construção social. **Millenium** (online), Viseu, v.32, p. 163-168, fev. 2006.

GUERRA, Yolanda & FORTI, Valéria. Na prática a teoria é outra? In: GUERRA, Yolanda & FORTI, Valéria. **Serviço Social: temas, textos, contextos**. Coletânea Nova de Serviço Social. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2011.

HEGENBERG, Leônidas. **Explicações científicas: introdução à filosofia da ciência.** São Paulo: e.p.u. Edusp, 1973. Segunda parte, capítulo 5.

HELLER, Agnes (1982). **Para mudar a vida: felicidade, liberdade e democracia.** São Paulo, Brasiliense.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp.297-305. Issn 1413-8123.

IAMAMOTO, Marilda V. & CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1983, 15a. ed. São Paulo: Cortez.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população Brasileira.** Rio de Janeiro, RJ – Brasil, 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf. Acessado em 07 de Março de 2015.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LANCETTI, A. Amarante, P. **saúde mental e saúde coletiva.** In: tratado de saúde coletiva. São Paulo: hucitec, 2009.

LESSA, Sérgio. **Para compreender a ontologia de Lukács.** – 3. Ed. Ver. E ampl. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. – 240 p. (Coleção filosofia; 19).

LIMA, T. C. S. As ações socioeducativas e o projeto ético-político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica. **Dissertação de Mestrado em pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.** Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006.

LOPES, I. a psiquiatria e o velho hospício. In: _____. **4 séculos de cultura.** Rio de Janeiro: universidade do Brasil, 1966. abp. portal da psiquiatria. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/a_psiquiatria_e_o_velho_hospicio.pdf. Acesso em 18 de março de 2017.

MANNHEIM, Karl. **O Homem e a Sociedade.** Rio de Janeiro, Zahar. 1962. Parte V: "Planificação para a Liberdade".

MARCONSIN, C. Documentação em serviço social: debatendo a concepção burocrática e rotineira. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (Org.). **Serviço social: temas, textos e contextos.** 4. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2013. p. 65-76.

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade.** N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social. Especial apresenta **história da Assistência Social** no Brasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gq4YXI1pggg>. Acesso em: 07 mai. 2014.

MELO, Anastácia Mariana da costa. **A reforma psiquiátrica no brasil: reflexões acerca de suas dimensões e dos desafios na atual conjuntura**. Cascavel, 2011.

MELO, João Manuel Cardoso de. **O capitalismo tardio**. Editora brasiliense, 1982. São Paulo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. DESLANDES, Suely Ferreira. **A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência**. Cad. Saúde Pub. Rio de Janeiro, 14(1):35-42, jan-mar, 1998.

MINOIA, Natali Pimentel and. MINOZZO, Fabiane. **Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde**. Psicol. Cienc. prof. [online]. 2015, vol.35, n.4, pp.1340-1349. ISSN 1414-983. 9.

MORENO, Vânia. **Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial**. Rev. esc. Enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.3, pp.566-572.

MUNCH, Edvard. **The Scream (o grito)** - , 1893 - oil, tempera & pastel on cardboard - (1863-1944).

NETO, a. c., gauer, g. c., & furtado, n. r. (2003). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto alegre: edipucrs.

NETTO, José Paulo. **Economia política: uma introdução crítica/ José Paulo Netto e Marcelo Braz**, - São Paulo: Cortez, 2006 – (biblioteca básica do serviço social; v. 1).

NETTO, José Paulo [1947]. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NEVES, e. m. **antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: edufma, 2008.

NICOLESCU, Basarab. **O Manifesto da Transdisciplinaridade**. Trad. Lucia Pereira de Souza. 3ª ed. – São Paulo: TRIOM, 2005. p. 52-53.

PARANÁ, governo do estado do. (spp/dvsam - saúde mental) **definição de saúde mental**. In: secretaria da saúde. Online. Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 12 março 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do internato rural-faculdade de medicina/UFMG, v. 35, 2001.

RANGEL, Louise Coutinho de Carvalho. BUSTAMANTE, Vania, SILVA, Gescica Belo da. **Caracterização da População de um Serviço de Saúde Mental Infantil em Salvador**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 2, p. 273-284, abr./jun. 2015.

ROSA, Cássia Regina. **Os determinantes sociais e o adoecimento mental**. UNESP. Franca. 2012.

ROSSI, André e PASSOS, Eduardo. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil**. Rev. Epos [online]. 2014, vol.5, n.1, pp. 156-181. ISSN 2178-700X.

SA JUNIOR, I. s. m. **breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade**. ver. psiquiatr. Rs. 2007;29(2):156-158.

SANTOS, C. M. E NORONHA, K. “O Estado da Arte sobre os Instrumentos e técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social – uma perspectiva crítica”. IN: GUERRA, Y e FORTI, V. **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2010.

SCHNEIDER, D. **caminhos epistemológicos na elucidação da loucura: contribuições da psicologia existencialista**. XXXVIII reunião anual da sociedade brasileira de **psicologia**. Uberlândia, 2008.

SCHNEIDER, D. R. **caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo**. Cadernos brasileiros de saúde mental - vol.1 n.2 - out/dez de 2009. Issn 1984-2147.

SILVEIRA, Lia Carneiro and. BRAGA, Violante Augusta Batista. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. rev. latino-am. enfermagem 2005, julho-agosto; vol.13, n.4, pp.591-595. Issn 1518-8345.

SPOSATI, Aldaíza. Assistência Social: de ação individual a direito social, in Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC n. 10 – jul./dez. 2007, páginas 435 a 457.

TESSER, C. D. medicalização social (ii): **Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica**. Interface - comunic. Saúde, educ., v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

TOMANIK, Eduardo Augusto. **A ética e os comitês de ética em pesquisa com seres humanos**. Psicol. Estud. [online]. 2008, vol.13, n.2, pp.395-404. ISSN 1413-7372.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.