

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

JONIANA BATINGA ALVES

**A importância do Serviço Social na Política de Saúde
Mental**

Maceió AL

2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Girlaine da Silva Santos – CRB-4 – 1127

A474a Alves, Joniana Batinga.
A importância do Serviço Social na política de saúde mental / Joniana Batinga Alves . – 2023.
48 f.

Orientadora: Milena da Silva Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió,
2023.

Bibliografia: f. 47- 48.

1. Política de saúde mental. 2. Serviço Social. 3. Assistentes sociais. I.
Título.

CDU: 364: 613.86

JONIANA BATINGA ALVES

A importância do Serviço Social na Política de Saúde Mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dr^a Milena da Silva Santos

MACEIÓ AL

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL

DISCENTE: Joniana Batinga Alves

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 23/11/2023

Título: A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Milena da Silva Santos (orientadora)

Professora Dra. Francisca dos Santos Sobral

Professora Msa. Roseane Ferreira Rosalino Duarte

Dedico com muito carinho e respeito a minha tia Ivonete Paulo. Com admiração à mulher forte, alegre, exemplo de afeto e generosidade. Uma professora maravilhosa, que ao longo da sua jornada alfabetizou muitas crianças.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe Josefa, minha irmã Marianna e meu irmão Nilson, porque mesmo diante das dificuldades, sempre me apoiaram e ajudaram a continuar na graduação.

As professoras (os) pelos conhecimentos, muitas professoras que marcaram minha memória pelo carinho e ensinamentos, como a querida professora Célia Porto, Sandra Barros, Betânia, Francisca Sobral e Roseane Santos.

A Maria Brasil, que foi minha supervisora no estágio na SEADES, que além de me ensinar muito, sempre esteve disposta e preocupada comigo.

As amigas que construí no longo período de graduação e que tenho enorme afeto, Eunice colega da FAT. Na UFAL, Rafaela, Diego, Laíse e em especial Andressa que durante a construção deste trabalho trocamos muitas mensagens de apoio e preocupação.

A minha orientadora Milena Santos, que com muita paciência e respeito foi importante para que eu não desistisse.

Ao Filipe, Allan e Adriano, que me incentivaram e não largaram a minha mão no árduo processo de produção do TCC.

RESUMO

A presente monografia tem como objetivo um estudo sobre a trajetória da política de saúde mental e a importância do Serviço Social nessa política. Analisa as transformações históricas de tal política no Brasil, assim, abordando a atuação dos assistentes sociais. O trabalho destaca a importância da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a atual política de saúde mental e as demandas apresentadas ao Serviço Social. É fruto de uma pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema. Aborda marcos no contexto social, na história da política de saúde e da política de mental e o quanto tais pontos das duas políticas estão ligados, e em suma são fundamentais, além de explicar a história da atuação do assistente social na saúde mental e a atualidade das suas demandas e as principais mudanças ocorridas também. Assim, observamos que de fato foram transformações importantíssimas na política de saúde mental e na atuação do serviço social, porém ainda continua um longo caminho de luta para que os direitos conquistados sejam efetivados e que novas mudanças aconteçam para a construção da política e de uma sociedade mais consciente e inclusiva.

Palavras chaves: Política de saúde mental; Assistentes Sociais; Atuação; Usuários; Transformações.

ABSTRACT

This monograph aims to study the trajectory of mental health policy and the importance of Social Service. It analyzes the historical transformations of this policy in Brazil, thus addressing the role of social workers. The work highlights the importance of the Psychiatric Reform in Brazil and the current mental health policy and the demands presented to Social Services. It is the result of bibliographical and documentary research on the topic. It addresses milestones in the social context, in the history of health and mental health policy and how these points are linked, and in short they are fundamental, in addition to explaining the history of social service activities in mental health and the current demands and main changes in their actions. Thus, we observed that there were indeed very important transformations in mental health policy and in the performance of social services, but there is still a long path of struggle for the rights conquered to be implemented and for new changes to take place for the construction of politics and a better society. Conscious and inclusive.

Keywords: Mental health policy; Social Workers; Acting; Users; Transformations.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CEBES	Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
COI/COJ	Centros de Orientação Juvenil
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
DATAPREV	Dados da Previdência Social
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOB/91	Norma Operacional Básica 1991
PACS	Agentes Comunitários de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAM	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PRONAM	Nacional de Alimentação e Nutrição
REME	Movimento de Renovação Médica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional da Saúde Mental
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSAD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool
UA	Unidades de Acolhimento
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
RAPS	Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	11
2.1	A trajetória da política de Saúde no Brasil.....	11
2.2	A importância da Reforma Psiquiátrica na trajetória da política de saúde mental no Brasil	22
3	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	28
3.1	A atualidade da política de Saúde Mental	28
3.2	As demandas para o Serviço Social na política de Saúde Mental.....	35
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
5	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso apresentado tem como objetivo um estudo sobre a importância do Serviço Social na política de saúde mental. Expõe e discute sobre as transformações no contexto da saúde mental e a relevância da atuação dos assistentes sociais nessa política.

Assim, destacando as contribuições das lutas sociais para a construção de uma nova política de saúde mental, para a qualidade de vida dos usuários e das suas famílias. É crucial trazer em destaque as lutas sociais da classe trabalhadora e o quanto elas são o estopim para que as mudanças sociais aconteçam.

O interesse pelo tema para a monografia surgiu através da disciplina eletiva sobre a política de saúde mental no Brasil, assim, trouxe reflexões e problemáticas acerca do tema.

O trabalho destaca tais políticas e que elas não são limitadas nas suas lutas históricas, porque mesmo diante de tantos avanços, será que elas respondem a demandas de seus usuários de maneira concreta? De fato o Estado tem intervenções e os princípios dos SUS de universalização são efetivados?

São diversos questionamentos que infelizmente suas respostas não são positivas.

Ao decorrer do trabalho, são abordadas histórias das políticas de saúde e saúde mental no Brasil para maior compreensão e a atuação do Serviço Social na política e atualidades de suas demandas. Compreendendo que há muita complexidade em todos os temas, pois não são imutáveis.

Explora a atuação do Serviço Social na ampla área na saúde mental que atualmente tem diversos serviços ofertados e que os assistentes sociais estão inseridos em todos eles. Afirmando que o profissional não é restrito apenas ao atendimento aos usuários para encaminhá-los a benefícios sociais. Os assistentes sociais possuem grandes desafios e lutas que estão presentes constantemente no exercício profissional.

Em suma, analisamos a política de saúde mental e a atuação dos assistentes sociais que cumprem um papel fundamental para a mediação dos direitos sociais e que tais pontos estão em constantes transformações.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O capítulo a seguir aborda a trajetória da política de saúde no Brasil e a importância da Reforma Psiquiátrica para a política de saúde mental no Brasil. Com objetivo de explorar marcos importantes da história das duas políticas, para maior conhecimento e compreensão sobre elas. Torna-se interessante trazer primeiro esses pontos marcantes, para entender mais os temas que serão abordados nos capítulos seguintes, que são sobre a atuação do serviço social na política de saúde mental. Assim, analisa as transformações históricas, sociais, as lutas e a organização dos movimentos sociais dos trabalhadores, usuários e familiares que foram e são fundamentais para tais mudanças.

2.1 A trajetória da política de Saúde no Brasil

Para maior entendimento sobre a política de saúde mental no Brasil, torna-se interessante tratar da política de saúde no Brasil. Então, nesse item serão expostas a história sobre a saúde e o quanto as mudanças na sociedade implicam diretamente nas mudanças da política, a qual é muito importante para toda sociedade.

A trajetória da política de saúde no Brasil não se limita, pois há muito ainda para mudar e firmar toda luta que vem ao longo da sua história de conquistas e infelizmente de retrocessos. Faz-se necessário compreender e conhecer a história da sua trajetória.

No século XVIII, no Brasil, a saúde era voltada para assistência médica de maneira filantrópica. A partir do século XIX com as transformações econômicas e políticas, ocorreram algumas iniciativas na saúde como campanhas limitadas. Dessa forma, de acordo com Bravo (2001, p. 02):

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVII, a assistência médica pautada na filantropia e na prática. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Ainda durante o Período Colonial, no Brasil, a saúde era voltada a campanhas para controlar os surtos presentes que aconteciam nesse período. O Brasil não possuía crescimento econômico. “Nesse período, o Brasil se encontrava à margem do capitalismo mundial, submetendo-se econômica e politicamente à metrópole Portugal, sendo que a exploração econômica se dava através de ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração do café” (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 381).

Observamos que, durante o Período Colonial, a saúde não tinha uma estrutura organizada e o acesso era restrito, com toda exploração, mesmo com o crescimento econômico. A saúde se matinha em campanhas limitada e apenas a parte burguesa tinha acesso a ela de fato.

Nesse período o higienismo¹ foi a vertente a qual abordava a questão sanitária como uma questão política, salientando o médico Osvaldo Cruz e a lei sobre a vacinação e revacinação contra varíola.

Com a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural e a higienização industrial e o materno-infantil, a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública a Saúde foi entendida como questão social.

Na década de 1920, há uma tentativa de extensão dos serviços e campanhas para todo o país. “A reforma Carlos Chagas de 1923, tenta ampliar o atendimento a saúde por parte do poder central, constituído uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922” (BRAVO, 2001, p. 03).

Em 1923, foram tomadas medidas para as questões de higiene e a saúde do trabalhador, que constituíram o esquema previdenciário, teve a criação das

¹ O higienismo foi um movimento do século XIX que a partir de um conjunto de teorias e práticas políticas e sociais cujo princípio é projetar ações de saúde pública no espaço urbano, aplicando regras de higiene, de prevenção e de combate a epidemias.

Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), instituída pela Lei Elói Chaves.

A partir das organizações da classe trabalhadora, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), dando benefícios pecuniários, prestação de serviços como consultas médicas, ocorrendo mudanças principalmente ao que diz respeito às fontes de financiamento. “As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las” (BRAVO, 2001, p. 03).

O Presidente da República nomeava o presidente das CAPs, e os trabalhadores e empregadores participavam da administração. Os benefícios eram: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice invalidez, pensão para os dependentes e auxílios funeral, esses benefícios eram de acordo com as contribuições dos trabalhadores.

Diante disso, ao longo das mudanças históricas, no Brasil a saúde tornou-se uma área de responsabilidade do Estado a partir do processo de industrialização, com as organizações e reivindicações da classe trabalhadoras.

A intervenção do Estado efetivamente acontece na década de 1930, diante das mudanças no contexto social e como crescimento econômico. O Estado passa a assumir o papel de mediador da política de saúde para controlar as manifestações dos trabalhadores, mantendo assim o crescimento da riqueza. Portanto, na perspectiva de Bravo (2001, p.03):

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e a de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticadas. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplasse, de alguma modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A política de saúde inicialmente era destinadas aos trabalhadores urbanos. Era organizada em: saúde pública e previdenciária. De acordo com Bravo (2001, p.05):

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus

benefícios com forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

Analisamos que, as características econômicas e políticas nos anos 1930 facilitaram o desenvolvimento de políticas sociais nacionais, que respondiam naquele momento as questões sociais. Os trabalhadores urbanos tornaram sujeitos sociais essenciais para tais mudanças, pois seus números cresciam assim como as condições de saúde e habitação não respondiam as necessidades.

Em 1929, com a crise mundial do café, o êxodo rural, a urbanização e a industrialização crescente, os surtos epidêmicos também aumentaram. Assim, com a população cada vez maior e a falta de infraestrutura sanitária adequada, a política nacional nesse período ainda se limitava aos trabalhadores empregados.

Nessa perspectiva, observamos que o Estado respondia as demandas da saúde com as campanhas sanitárias que atendiam de maneira mínima, as necessidades da população que migrava para as cidades.

Com o crescimento industrial, os problemas sofridos pela classe trabalhadora e a preocupação com a manutenção dos trabalhadores, deu-se início a criação de serviços ambulatoriais que respondessem as demandas apresentadas pela força de trabalho. Esses serviços eram oferecidos pelas instituições de trabalho em que os trabalhadores estavam vinculados. Dessa forma, de acordo com Bravo (2001, p. 03):

Alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas as reivindicações dos trabalhadores.

Dessa forma, no período do governo do presidente Getúlio Vargas em 1930, ocorreu o I Congresso Nacional de Previdência Social, abrindo espaço para aprovação do seguro contra acidentes de trabalho. Naquele período também foi criado o Ministério da Saúde, em 1953, que possuía uma estrutura frágil e seu orçamento era menor que o antigo Ministério da Educação e Saúde.

Em 1963, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde, que tinha como objetivo ofertar orientações sobre as políticas de saúde. “Essa Conferência definiu como ideologia da saúde, a do desenvolvimento econômico, baseada que estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. Estes últimos eram princípios tidos como “fontes de saúde” (ROSSI, apud

BERTOLOZZI, GRECO, 1980, p. 386). Registrando nesse período a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento da União.

Com o golpe militar em 1964, as Forças Armadas assumem o poder do governo, edificando o Ato Institucional-1, o qual suspendeu os direitos políticos, cassando mandatos, acabando com as organizações trabalhistas.

Durante a Ditadura Militar, a economia teve aumento na produtividade e a jornada de trabalho, que era de oito horas diárias, passou para treze horas, diminuindo o poder aquisitivo do salário mínimo e a elevação de concentração para uma pequena parte da população. Diante disso, destacamos o pensamento de Bertolozzi, (GRECO, apud BRAGA; PAULA 1980, p. 387):

Na saúde, as políticas de Planejamento, reforçaram a privatização dos serviços médicos através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades.

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, o qual reforçou o modelo clínico assistencial e curativista, neste período foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), sob a Lei nº 6168 de 09.12.74, “que representou importante estratégia de ação do Estado na área social” (GRECO, apud BRAGA; PAULA 1980, p. 388).

Nesse período, podemos destacar a V Conferência Nacional de Saúde, que regulamentada pela Lei 6.229 de julho de 1975, criando o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimou e institucionalizava a pluralidade institucional no setor da saúde.

Durante a V Conferência Nacional de Saúde, regulamentou através da lei, as responsabilidades das instituições, para a Previdência Social. Cabia à assistência individual e curativa, e o Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde os cuidados preventivos coletivos.

Em 1970, com o aumento da demanda de consultas médicas ambulatoriais, por causa do crescimento do quadro epidemiológico, de doenças infectocontagiosas, doenças crônicas – degenerativas e doenças de Chagas, entre outras doenças.

Diante disso, foram criados programas voltados para a prevenção, tendo o objetivo de acabar com as condições que levavam a essas doenças, destacando o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM) e o Programa de

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Em 1977, com a intenção de reordenar o sistema de saúde é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), criado pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social tinha como objetivo de reestruturar e ampliar os serviços: saúde, saneamento e habitação. Partindo para a Nova República, onde o governo passava pelo momento de transição, a saúde passava por medidas que visavam mudar as políticas privatizantes.

Analizamos que, desde 1941, são realizadas Conferências de Saúde no Brasil. Porém, a VIII Conferência de Saúde, que aconteceu em 1986, teve um grande avanço de espaço de democratização. Isto porque teve a participação popular, e nas conferências anteriores apenas participavam gestores, representantes do setor previdenciário e privado em saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco porque representou mudanças técnicas e um pacto político, propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a participação dos profissionais e intelectuais do Movimento Sanitário tiveram papel fundamental para a realização da VIII Conferência, a qual foi um espaço para debates sobre a política de saúde para discussão do coletivo, sendo importante porque determinou um Programa para a Reforma Sanitária.

O SUS, que tem como princípio a universalização da política de saúde, a participação da sociedade, a ampliação da saúde, o Estado tem o dever de garantir saúde aos cidadãos, pois a saúde se tornou um direito. Diante disso, na perspectiva de Bravo (2001, p. 09):

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – Conselhos de Saúde.

Em 1970 no Brasil, com participação coletiva, da sociedade civil e dos profissionais da saúde, o movimento da Reforma Sanitária visava à criação do SUS,

levando a política de saúde para novas propostas que tinham como ideologia um sistema de saúde universal e igualitário.

Assim analisamos que, o movimento sanitário contou com o movimento de diferentes grupos da sociedade, tanto a categoria médica, como movimentos populares da saúde, partidos políticos de esquerda o apoio da comunidade das igrejas, entres outros. A Reforma Sanitária determinou de maneira bem definida a proposta da reforma da saúde.

Como já citado, as Conferências de Saúde no Brasil tiveram seu início a partir de 1941, após a Reforma Sanitária, com a participação de representantes de diversos segmentos sociais: usuários, trabalhadores da saúde, gestores públicos, terceiro setor e do setor privado, trabalhadores rurais, movimentos sociais (mulheres, negros, indígenas) entre outros.

Observamos que, as Conferências de Saúde no Brasil, tornaram-se espaços de debates políticos de decisões públicas e governamentais, as quais visam à avaliação e garantir a efetivação da política de saúde. “Além disso, as Conferências representam uma caixa de reverberação ou *babel* político-ideológico, onde diferentes vozes políticas deixam marcas nas proposições que constam no Relatório Final” (KRÜGER, 2007, p. 118).

Nessa perspectiva, os espaços democráticos trouxeram ganhos através dos debates e participação social, com a tentativa de garantir os princípios dos SUS. Diante disso de acordo com Bravo (2001, p.09):

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1980 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente á grave crise e as demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

As lutas da sociedade e do Movimento Sanitário para a construção de uma nova constituição democrática, marcar um novo passo para a Constituição Brasileira de 1988, que aprovou um capítulo que tratava da saúde, os quais principais foram: “o direito universal à saúde; a saúde como dever do Estado: a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede” (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 392).

Vale ressaltar que mesmo diante de tantos avanços na política de saúde, ela mantém determinados pontos indefinidos, como ações de saúde para os trabalhadores, financiamentos para a saúde e a política de medicamentos.

Em 1989, no mandato do presidente Fernando Collor de Melo, o governo passava por uma crise econômica, seguia o modelo neoliberal, que tinha como principais características a desvalorização da moeda, abertura do comércio, a privatização, entre outros pontos, diminuindo a atuação do Estado para as políticas sociais, e na área da saúde reduziu os recursos federais e regulamentava a privatização.

No seu governo, Fernando Collor de Melo, foi criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91).

Em 1992, aconteceu a 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi marcada por muita mobilização e teve a participação de mais de 5 mil pessoas, nela foi discutida diversos pontos, como: Governo e Saúde, Seguridade Social, Sociedade, Implementação do SUS e Social.

Nos anos 1990, há mudanças na atuação do Estado, seguindo o modelo gerenciador, e suas características são: a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. “A Reforma do Estado e ou a Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtiva, colocando em cheque o modelo econômico vigente” (BRAVO, 2001, p. 13).

Assim, o Estado tem mudanças em sua atuação de responsável direto do desenvolvimento econômico e social para promotor e regulador, passando para o setor privado as responsabilidades. “A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2001, p. 14).

Já durante o Governo Lula, a política macroeconômica do governo anterior foi mantida. As políticas sociais foram subdivididas e subordinadas à lógica econômicas.

Dessa forma, observamos que a seguridade social continuou não reconhecida, continuando dividida (saúde, assistência social e previdência social). Na política de saúde havia expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, que nos anos 1990 foi questionado, porém no governo Lula consolidou projeto de saúde articulado ao mercado privatista.

Ocorreram mudanças na política de saúde nesse período, de acordo com a perspectiva de Bravo (2001, p. 16):

Como aspectos de inovação da política de saúde do atual governo cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério: as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criados quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional da Saúde.

Destaca-se também durante o governo Lula, a estrutura do Ministério com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, que teve como função formar os recursos humanos da política de saúde, regulamentando os profissionais e mercado de trabalho na área.

Com isso, analisamos que foram mudanças significativas, em relação à estrutura de organização da política de saúde. E a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, que buscou responder a questão de recursos humanos do SUS. Diversos aspectos transformaram a estrutura da política de saúde, também vale destacar, segundo Bravo (2001, p. 16):

Outro aspecto inovador na estrutura do Ministério refere-se à criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições das extintas secretarias e Política de Saúde e de Assistência à Saúde. Foi criada também a Secretaria de Gestão Participativa que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

Outro fato pertinente foi a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), seu objetivo definiu as orientações para o plano de vários anos na política de saúde e as diretrizes que integradas ao sistema de saúde. A 12ª CNS teve estratégia central destacar a importância dos problemas do SUS, como nos recursos humanos e a qualidade dos serviços.

Na 12ª CNS foi elaborado o documento para as conferências municipais e estaduais com dez eixos temáticos, sendo eles: Seguridade Social e a Saúde; Direito a Saúde, Intersetorialidade das Ações da Saúde, As Três Esferas de Governo e a Constituição do SUS: O Trabalho na Saúde: Gestão Participativa;

Organização da Saúde; Gestão Participativa: Ciência e Tecnologia e a Saúde: O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação. De acordo com a perspectiva de Bravo (2001, p. 17):

Merece reflexão alguns aspectos observados na realização da conferência. A Mesma não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A expectativa em torno da 12ª CNS é que a mesma fosse um marco significativo com relação as anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, ocorrida em 1986.

No mesmo dia em Brasília, aconteceu a Conferência Nacional de Assistência Social, as propostas apresentadas seriam para unificar com a CNS com o objetivo de fortalecer a Seguridade Social. Porém as propostas não foram aprovadas pelas comissões organizadoras das duas conferências.

Diante disso, analisamos outro ponto que foi a fragilidade das plenárias que conseqüentemente não aprovou o relatório final da Conferência Nacional de Assistência Social.

Observamos que os aspectos da política de saúde de 1990 continuavam no Governo do Lula, com a focalização, precarização, na terceirização dos recursos humanos, com o desfinanciamento e não promovendo a Seguridade Social. Em relação precarização de terceirização, de acordo com Bravo (2001, p. 18):

Outro aspecto que está relacionado mais diretamente com a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental.

Ocorreram muitos debates relacionados aos agentes comunitários de saúde na equipe Programa da Saúde da Família (PSF). E sobre a falta de regulamentação e a de clareza da sua função e a precarização nas contratações. Outro ponto também de discussão era a não realização de concursos públicos para seleção de novos profissionais para atuar na área da política de saúde.

Após muitos debates os agentes comunitários de saúde agentes tiveram a profissão regulamentada.

Diante de tantas questões relacionadas à política de saúde e os problemas apresentados, na perspectiva de Bravo (2001, p.19) é pertinente destacar o financiamento do SUS:

O financiamento do SUS tem vivido nesses anos alguns problemas tais como: proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministérios do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das 'ações de serviços de saúde' incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.

Apesar do financiamento do SUS passar por desafios, havia um comprometimento com o FMI em estudar a desvinculação de recursos para a política de saúde e de educação. Que desconsideram da Constituição Federal as regras que determinam que a União, Estado e Municípios utilizem um percentual de recursos recebido para a saúde e educação. O financiamento do SUS é um ponto interessante e bastante complexo.

Observamos que ao longo do contexto histórico e social, a política de saúde com o SUS teve avanços para fortalecer o propósito da universalização. Porém mesmo diante das conquistas constitucionais, não há a consolidação da proposta do movimento sanitário e da política de saúde. Diante disso, Soares (apud BRAVO 2001, p.21) afirma:

A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida pois, com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de estar atingida. Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é 'anti-política' social, na medida em que permite a 'inclusão' não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a ase de igualdade necessária a uma verdadeira política social.

Portanto, entendemos que a universalização do SUS não se concretiza, a política de saúde responde as demandas diante do grau de pobreza do cidadão necessita dos seus serviços. As mudanças na política de saúde de fato foram muito significativas. Como já mencionado, há muito que melhorar, a complexidade no sistema e dificuldades do acesso de acordo com a proposta vai além, a saúde não se restringe apenas as doenças e aos cuidados delas, mas qualidade de vida, que envolve o social, mental entre outros aspectos.

2.2 A importância da Reforma Psiquiátrica na trajetória da política de saúde mental no Brasil

Após 1964, período do Golpe Militar, aconteceu a reforma na saúde e na previdência social e os números de hospitais psiquiátricos aumentaram. A administração era centralizada e privatizava os atendimentos médicos. Com isso, os atendimentos psiquiátricos passaram para a rede privada, abrindo muitas clínicas psiquiátricas pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Portanto, de acordo com Bisteno (2011, p. 23):

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS.

Durante esse período, os trabalhadores atuavam na saúde mental, participaram nas lutas sociais e foram importantes na implantação das portarias de caráter inovador do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Os interesses econômicos, políticos e ideológicos no período da Ditadura Militar eram incompatíveis, o acúmulo de capital não era proporcional com os gastos da Previdência Social. O Brasil tentava atender o modelo do Primeiro Mundo, porém, não possuía o mesmo desenvolvimento político.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve seu início nos anos 1970. Ministério da Saúde (2005, p. 06):

Embora contemporâneo Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

Em 1974, com a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), que tinha como objetivo: “racionalização institucional”, controlando os gastos das organizações, os atores sociais, com o caráter modernizador, seguiam os modelos do Primeiro Mundo de controle.

Entre 1978 e 1980, a Reforma Psiquiátrica ganha com os principais atores, que foram: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossítense, entre outros atores.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 07):

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Considerando os atores e sujeitos políticos fundamentais no projeto de reforma psiquiátrica brasileira, onde solicitam a reformulação do sistema assistencial e estabelece o pensamento crítico sobre o “saber psiquiátrico”. Diante disso, na perspectiva de Amarante (1995, p. 95):

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a 'Crise da DINSAM' (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.

Em abril de 1978, os profissionais de quatro unidades da DINSAM, do Rio de Janeiro, organizaram uma greve após a demissão de 260 estagiários e profissionais. A crise foi decorrente tantos problemas pelos quais os trabalhadores estavam enfrentando, como salários defasados, muitos anos sem realizações de concursos (desde 1956/1957), bolsistas (estudantes) que atuavam como profissionais formados, vários relatos de violência, estupros, ameaças, muitas denúncias, até de mortes não esclarecidas. As principais reivindicações, assim, de acordo Amarante (1995, p. 96):

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços.

Três médicos bolsistas de uma das unidades – Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), registaram no livro de ocorrência do plantão do ponto socorro denunciando as irregularidades, essas informações mobilizaram os profissionais de outras unidades, recebendo apoio de imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES.

Assim como também, iniciando comissões, assembleias, sindicatos de outras entidades da sociedade civil, tendo uma grande repercussão da imprensa durante oito meses. Organizando o Núcleo de Saúde Mental, do Sindicato dos Médicos, sob a gestão da REME e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES.

O MTSM teve como objetivo constituir um espaço de luta não institucional, a pauta inicial de debates foi à regularização da situação trabalhista, aumento salarial, críticas a cronificação do manicômio e para que o movimento não fique enfraquecido com o tempo e não desapareça da pauta da imprensa e das entidades entre outras questões.

Observamos que, com tantas reivindicações, foram produzidos muitos documentos (salarial, formação de recursos humanos, relações entre instituição, clientela e profissionais, modelo médico – assistencial, condições de atendimento).

Com as greves dos médicos ocorreu o fortalecimento do movimento, no entanto, a luta dos residentes se tornou mais importante, tantos por ter um número maior de profissionais, e por paralisarem os trabalhos essenciais.

No V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, surge então a oportunidade de organização nacional do movimento de saúde mental.

Diante disso, a partir dessa organização são elaborados documentos com tom crítico, que aponta desde denúncias, reivindicações. Diversos eventos marcaram o início e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Portanto, na perspectiva de Amarante (1995, p. 98):

Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, surge a oportunidade para organizar nacionalmente estes movimentos, que já estavam se desenvolvendo em alguns estados. Realizado em Camboriú, de 27 de outubro a 1º de novembro, este evento fica conhecido como o 'Congresso da Abertura', pois, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma 'frente ampla' a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização

político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional.

A crise do setor estava vinculada a situação política que o Brasil estava passando naquele momento, o Congresso teve grande importância porque foi uma oportunidade de consolidar os movimentos em saúde mental do país. O Congresso seria um encontro científico de psiquiatria ligado às universidades, hospitais privados, consultórios, com ideais conservadores.

Dessa forma observamos que, os documentos produzidos no Congresso demonstravam a linha de atuação do movimento, que não concordava com a privatização do setor e defendia a participação democrática dos planos de saúde, tanto nas questões hospitalares como nas categorias profissionais.

Em 1979, em São Paulo é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Instituto Sedes Sapientiae, a pauta principal era uma nova postura profissional, visando à transformação do sistema de atenção à saúde. Com organização sindical, e associações representativas articuladas com movimentos sociais. “No relatório final, aponta-se para a necessidade de uma organização que vise a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 100).

Neste período, no Brasil, aconteceram diversos Congressos, como o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que os debates eram sobre a realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo INAMPS.

Em 1980, I Encontro Regional dos trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, a pauta era os problemas sociais relacionados à política nacional de saúde mental, as condições de trabalho, a privatização da medicina, a realidade político- social, denúncias às instituições psiquiátricas.

No mesmo ano, aconteceu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador. De acordo com Amarante (1995, p. 101):

Dentre outras preocupações, aparece à questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, através de porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos, cuja atuação, torna-se como princípio, deveria perpassar todas as instituições psiquiátricas.

Foram abordadas implicações sociais, econômicas, políticas e ideológicas em relação aos trabalhadores da medicina, do poder médico e da assistência médica-

psiquiátrica. Crítica ao modelo de assistência ineficiente, cronificador, e o processo de mercantilização, a privatização da saúde mental, entre outros temas.

A trajetória da Política de Saúde Mental é marcada por diversos eventos e acontecimentos importantes, como destaque a 8º Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, à Associação Loucos pela Vida em Juqueri, e a realização da 2º Conferência Nacional da Saúde Mental. De acordo com Amarante (1995, p. 127):

Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Além disso, a 8º CNS foi um momento de extremamente importante, pois o seu relatório final afirmou a garantia da saúde e cidadania e propõe os fundamentos do SUS. Assim, na perspectiva de Moura e Silva (2015, p. 03):

De acordo com os princípios de Reforma Sanitária, o SUS, deve integrar todos os serviços de saúde públicos, de contar com a participação da população usuária (controle social), e deve estar articulado a uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral. Neste sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e com os movimentos no âmbito da promoção de saúde. Em suma, a legislação do SUS representou um grande avanço para a sociedade brasileira, uma vez que a saúde até então não era considerada como um direito de todos nem dever do Estado. A saúde era garantida apenas a uma parcela restrita da população que estava vinculada à formalização no mercado de trabalho e à contribuição previdenciária.

Diante disso, analisamos que a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início considerável na década de 1970, sendo um processo histórico com objetivo e questionamento sobre o modelo clássico da psiquiatria. Suas formulações são crítica e prática, tornando-se um período de abertura de espaços nas instituições e afastando de lideranças antigas e conservadoras. Dessa forma, de acordo com a perspectiva de Moura, Silva (2015, p. 03):

O modelo tradicional da assistência à saúde mental no Brasil, asseada na exclusão do sujeito do convívio social e com sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo, apresentava esgotamento desde o final da década de 1970, no contexto de questionamentos políticos à ditadura militar. A saúde mental até então se organizava apenas conforme o modelo manicomial e os hospitais psiquiátricos eram comparados a grandes campos de concentração, uma vez que a miséria era real naquele ambiente que nada tinha de terapêutico.

Bem como, podemos analisar que, os hospitais psiquiátricos tradicionais baseavam-se em afastar as pessoas em sofrimentos psíquico, porque consideravam, pessoas improdutivas dentro modelo vigente, o sistema capitalista. As pessoas eram isoladas da família e da sociedade. Passavam por procedimentos agressivos, como maus tratos, eletrochoque, psicofármacos, intervenções químicas.

Assim sendo, os debates acerca deste modelo excludente, foram importantes e necessários para as mudanças na saúde mental. Então, em 1978, iniciou Reforma Psiquiátrica brasileira.

Logo observamos que, em relação aos trabalhos dos profissionais da saúde mental, que foram sujeitos de luta contra o modelo hospitalocêntrico, há mudanças e no mesmo momento acontecem novas culturas, ética, novas formas de pensar e atuar com os pacientes e com as instituições, tornando-se um processo de transformação, com abertura para treinamento e capacitação dos profissionais.

Contudo, o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, teve como atores os usuários da Política de Saúde Mental, familiares, trabalhadores do setor, que a partir de movimento construíram um marco importante na luta antimanicomial, que com propostas de transformação necessárias para melhoria e fortalecimento de uma política humanizada, organizada e crítica.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O capítulo a seguir, aborda a Política de Saúde Mental e as demandas do Serviço Social nessa área. Explicando o processo histórico, as conquistas e as mudanças na organização do trabalho e dos serviços ofertados. Destacando-se a atual política de saúde mental e o início da atuação do Serviço Social e o quanto o adaptou-se a tais transformações e tem um papel extremamente significativo. Assim, tem como objetivo explanar os temas, salientando pontos marcantes e fazendo reflexões críticas.

3.1 A atualidade da política de Saúde Mental no Brasil

A partir da organização dos trabalhadores da política de saúde mental e suas denúncias sobre condições de trabalhos, precariedade nos cuidados com os usuários, nesse momento, 1970, inicia a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Dando início a várias organizações e movimentos de luta para as mudanças no modelo manicomial, visando serviços extra-hospitalares, com equipes multiprofissionais, diminuído os leitos psiquiátricos asilares, e substituído por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos.

Após tantas lutas, aos longos dos anos as transformações na política de saúde mental ocorreram. Dessa forma, de acordo com Ferreira e Araújo (2015, p. 14):

É nesse contexto que surge e foi aprovado pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado (PT – Minas Gerais), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como Hospitais – Dia, Centros de Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e regulamentação à internação compulsória.

Com a Declaração de Caracas em 1990, há a reestruturação da assistência psiquiátrica e apenas em 2001 foi aprovada a Lei Federal nº 10.216/01, que coloca sobre proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, mudando o

modelo assistencial na saúde mental, sendo o princípio da Política de Saúde Mental, que pretende garantir os direitos aos cuidados, principalmente, tendo o convívio social e com a família. Assim, na perspectiva de Duarte e Paiva (2021, p. 124):

A mudança principal do modelo assistencial com a nova política de saúde mental, instituída pela Lei nº 10.216/01 (Brasil, 2001), está centrada na noção de território, que se baseia em duas ideias: a de que problemas de saúde mental dizem respeito ao sujeito e não à doença, e que as ações no campo de saúde mental devem ser substitutivas ao circuito emergência-internação-ambulatorio, sendo realizadas em serviços de atenção psicossocial, tendo o território como local de referência como local de referência por excelência.

Com as portarias ministeriais que instauram as Cooperativas e os Centros de Convivência como serviços de rede que desenvolvem substituição na política de saúde mental que garantam financiamento das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal). Esses serviços estão na maioria das cidades brasileiras e tem o objetivo a desinstitucionalização dos usuários cronicamente asilados ou em crises, casos graves, etc. Os usuários em situação menos grave são direcionados para ambulatorios e da Atenção Básica (AB).

Analisamos que, objetivo da redução programada de leitos psiquiátricos de longa duração é promover um tratamento digno e humanizado, estimulando internações de curta duração no âmbito dos hospitais gerais. A política de saúde mental propõe a mudança no modelo hospitalar para a ampliação da rede extra-hospitalar, de base comunitária, como as questões relacionadas às drogas, álcool, entres outras, como problemas de saúde prioridade de governo e das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01. Diante disso, na perspectiva de Ferreira e Araújo (2015, p. 16):

Esse movimento de reforma psiquiátrica que propõe a substituição do modelo asilar manicomial por modelo de comunidade terapêutica, depois ambulatorial e, atualmente comunitário baseia-se em prática de reintegração social e no enriquecimento e diversificação das formas de tratamento. Conceitos como os de desospitalização e desinstitucionalização passam a guiar um processo de deslocamento do foco dominante das ações em saúde mental da área intra-hospitalar especializada para a extra-hospitalar, onde serviços ambulatoriais, Hospitais-Dia e Centro de Atenção Diária, todos referidos à comunidade passam gradativamente a assumir e dividir o papel da assistência em saúde mental, até então restrita à internação em hospício.

Dessa forma, observamos que a política de saúde mental possui vertentes, perspectivas e significados diferentes, tendo disputas sobre o regime de gestão do trabalho, da organização dos serviços e a lógica de produção e o cuidado com a

rede pública. Para Duarte e Paiva (2021, p. 125):

Assim, podemos sinalizar três tendências: uma que propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, como estamos presenciando e resistindo, com a publicação da Portaria nº 3.588/17 (Brasil, 2017), com a retomada dos hospitais psiquiátricos especializados, com fortes conteúdo corporativista imposto pela ordem psiquiátrica, uma outra que se restringiu à mera reorganização dos serviços, a qualquer custo, inclusive com parcerias público-privadas; , por fim, a tendência história da gênese movimento, que radicaliza tanto com o modelo manicomial-hospitalocêntrico em lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, reivindicando a perspectiva do usuário-centrado, quanto o modelo de privatização a saúde e da precarização do trabalho.

Assim, nos embates na área da saúde mental, as transformações assistenciais demonstram as diversas formas de expressão e inserção dos usuários na sociedade, com a necessidade de novos dispositivos assistenciais, como por exemplo: Unidade de Acolhimento, Centros de Convivência, entre outros, e geração de trabalho e renda, respeitando a diferenças, limitações, tendo a compreensão do usuário como sujeito de direito.

Além disso, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica afirmam os mesmos princípios e diretrizes, como políticas públicas. Conforme Duarte e Paiva (2021, p. 125):

Do primeiro serviço substitutivo criado em 1987, até o contexto atual, o redirecionamento do modelo assistencial avançou, como previsto na Lei nº10.216/01, em um conjunto de Portarias do Ministério da Saúde, apesar de terem tido apenas quatro Conferências nacionais de Saúde Mental para avaliarem a referida política, do ponto de vista do controle social.

Os serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial são: Centros de Atenção (CAPS) que possui diversas modalidades (CAPS, CAPSI - infantil e CAPSAD-álcool e outras drogas) e tipos I, II, e III (24 horas); Unidades de Acolhimento (UA) infantil e adulto, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, Programa Consultórios na Rua, entre outros.

Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017:

VII- CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes de uso de crack, álcool drogas e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluído feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgência e emergências, contando com leitos de observação (NR).

Os CAPs são considerados dispositivos estratégicos na organização da rede de atenção na política de saúde mental, devem ser territorializados, estar no espaço de convívio social familiar, no trabalho, escola, etc., dos usuários da rede. Sendo um

espaço que resgate a potencialidades dos recursos comunitários.

Analisamos que, a atual Política Nacional de Saúde Mental visa uma ampliação da rede extra-hospitalar, de base comunitária. E sua implantação dever ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes.

Com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, marca o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Com a Portaria GM/MS Nº 3.088 que inclui as Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em decorrência do pacto e conciliação dos setores conservadores na gestão política social e administrativa.

Diante disso, na perspectiva de Duarte e Paiva (2021, p. 127):

Cabe salientar que numa conjuntura de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras que ressuscitam o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de interações forçadas, impuseram-se desafios e obstáculos ao avanço da produção do cuidado antimanicomial.

Portanto, com a Reforma Psiquiátrica e seu processo político de desconstrução do modelo manicomial, e os serviços e referências passando a serem fundamentais para uma construção da política de saúde mental.

Os conceitos desinstitucionalização, responsabilização, intersetorialidade, integralidade, fazem parte da nova produção da saúde e tornam se necessários para a construção da rede de atenção em saúde (RAS) e para a rede atenção psicossocial (RAPS). “A integralidade como uma das diretrizes do SUS, também está relacionada à noção de direito à saúde” (DUARTE e PAIVA, 2021, p. 129).

Visto que, a integralidade define um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos coletivos e individuais. De acordo com Duarte e Paiva (2021, p. 130):

Assim, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do SUS, diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela busca-se um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas e facilitando a criação de estratégias e linhas de cuidado, seja estimulando sua participação existente nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

Além disso, nesse processo de trabalho surge o matriciamento na saúde mental as equipes da ESF no território, ampliando o trabalho e do cuidado da atenção psicossocial, observando que muitos usuários não comparecem às

unidades ou não realizam os acompanhamentos nos CAPS, por necessidade de outro cuidado ou porque não estão precisando.

No ESF existem dificuldades em oferecer cuidados aos usuários porque há demandas de outras pessoas, também encontram problemas em acompanhar os usuários que não estão no CAPS. Pois muitos deles apresentam comprometimento em suas habilidades, e precisam de cuidados que não são intensivos e sim atenção por conta do transtorno, cuidado no território e reinserção social. Segundo, Duarte e Paiva (2021, p. 131):

Essa lógica territorial e de compartilhamento entre CAPS E ESF, através do apoio matricial, estabelece a integralidade da atenção aos indivíduos e suas famílias que demandam cuidados de saúde mental, que eventualmente não frequentam os CAPS ou não utilizam os serviços disponibilizando pela ESF. No entanto, isso se coloca como um dos desafios aos dispositivos de cuidado de forma colaborativa, de maneira que estes tenham acolhimento, apoio e participem das atividades dessa integração compartilhada.

Assim, observamos que o trabalho das equipes que atuam na saúde mental, com modelo centrado na doença, divide o processo de trabalho, incluindo especialidades, aumentando as filas de esperas dos usuários para atendimentos em consultas, levando as internações em hospitais psiquiátricos para poder responder a crise.

Analisamos que a partir desse modelo e as mudanças no trabalho, o acolhimento das demandas na saúde mental de atenção básica passa por dificuldades, porque a escuta, a gestão e o vínculo com o usuário. “Cuidar das pessoas com sofrimento psíquico o mais próximo possível de sua família, em seu contexto social, rompendo o modelo centrado no hospital, sempre foi objetivo da Reforma Psiquiátrica” (DUARTE e PAIVA, 2021, p. 131).

Além disso, a Reforma Psiquiátrica não concorda com esse modelo centrado que fragmenta o processo de trabalho, seu objeto é potencializar os recursos na atenção básica que garantam novas práticas, não se limitando apenas aos serviços substantivos, espaços sociais de acolhimento.

Como já citado os termos, destaca se os conceitos de intersetorialidade e articulação, que são a base na construção de uma rede de cuidados no território. A desinstitucionalização estabelece uma criação para uma rede com união a políticas públicas que desenvolva articulações com outras áreas de conhecimentos e práticas. “Com a articulação, pode se dar maior sustentação ao campo, além de

fazer com que a Reforma Psiquiátrica nos SUS aconteça e se afirme enquanto política pública de Estado, indo além dos referidos dispositivos técnico-assistências” (DUARTE e PAIVA, 2021, p. 132).

Ainda que as ações com as famílias dos usuários do serviço constroem uma rede ampliada e compartilhada, deve acontecer, com respeito às possibilidades individuais, coletivas, com organização, compreendendo a saúde e cidadania com direitos. Dessa forma, na perspectiva de Duarte e Paiva (2021, p. 132):

Portanto, o território, assim, é o lugar sobre o qual o serviço assume a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que a equipe deve estar no território de cada usuário, incluindo nele, a dimensão do trabalho doméstico do cuidado, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando enriquecê-lo e expandi-lo. O território, dessa forma, é vivo e dinâmico, pois é composto de sujeitos sociais.

Diante disso, analisamos que são diversos desafios, na construção para uma nova política de saúde mental, há grandes dificuldades para a vida social dos usuários, principalmente quando se diz em relação ao trabalho, moradia, lazer, entre outros direitos sociais básicos. Segundo Duarte e Paiva (2021, p. 133):

Assim, foram criados dispositivos e estratégias para intervir sobre tais, questões, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou moradias assistidas, que estão organicamente associadas à diminuição e fechamento dos leitos psiquiátricos, mas que pela Portaria nº 3.588/17 (BRASIL) mantêm o leito em aberto e com recurso financeiro, reforçando o modelo hospitalar-manicomial. Portanto, se a inversão do modelo assistencial foi e ainda é acompanhada, também, pelo deslocamento do financiamento, é real como a nova gestão da política reinvestir no manicômio e desfinanciar a rede de atenção psicossocial originária há trinta anos atrás.

Como também, são muitas questões que surgem no trabalho da construção do modo de cuidar psicossocial, um dos maiores são nas oficinas de geração de renda, trabalho, no CAPS, há muitas limitações e condições materiais que os usuários possuem e mesmo os benefícios, é importante reafirmar coletivamente, o posicionamento ético-político em defesa dos direitos e das políticas públicas.

Há muitas dificuldades na construção do trabalho intersetorial que possibilite uma perspectiva de cuidado integral para os usuários, são necessário ações na rede intersetoriais. Diante disso, conforme Duarte e Paiva (2021, p. 138):

Por fim, é importante salientar que as expressões da questão social que atravessam a saúde mental no plano macrossocial envolvem as repercussões relativas ao avanço das desigualdades sociais na sociedade brasileira, referindo-se à violência, ao estigma, à exclusão de direitos. Não é possível escamotear essa discussão no cotidiano dos serviços de saúde mental, pois senão estaremos falando de uma cidadania retórica não é possível falarmos de cidadania sem falarmos de em desigualdade.

Assim, entendemos que no Brasil a Política de Saúde Mental, oferece um tratamento humanizado aos usuários, promovendo a redução programada de leitos psiquiátricos de longa duração e de internações em hospitais gerais, com o objetivo de integração dos mesmos a comunidade.

Com os Hospitais-Dia e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), há melhores condições de tratamento e acompanhamento adequado para os usuários e seus familiares. De acordo com Araújo e Ferreira (2015, p.15):

A doença mental era uma questão largamente privada, basicamente determinada pelos costumes, e poder público só intervia em assunto de direito (validação ou anulação de casamento em que os cônjuges enlouqueciam ou se curavam, proteção da propriedade de insanos perdulários). O próprio conceito de doença mental era muito mais restrito do que nos dias de hoje, pois limitava-se aos aspectos eminentemente exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável, mormente quando esse se constituía em estorvo para o ambiente familiar imediato e para a comunidade.

Destaca-se a Lei nº 10.216/01, que prever o usuário da saúde mental o direito de ser tratado de preferência em serviços comunitários, com direito á inserção na família, trabalho e na comunidade.

Sobre a Lei nº 10.216/01, de 6 de abril de 2001:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O Ministério da Saúde acompanha a mudança do modelo hospitalocêntrico para internação e prevalência de assistência extra-hospitalar criando serviços, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para a Casa(PVC).

A Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de setembro de 2017):

Os serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a

reconstrução das referências familiares.

Então, com a participação do Brasil na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e da Declaração do Caracas, há um compromisso em desenvolver a superação de modelo hospitalar psiquiátrico, como principal serviço de tratamento aos usuários.

Observamos que, com uma nova política de saúde mental, o Ministério da Saúde direciona os recursos de assistência psiquiátrica para o modelo com base comunitária, e com isso incentiva a criação de serviços de base territorial e humanizado.

Contudo, a política e saúde mental e a sua longa trajetória demonstra muitas mudanças ocorrerem até aqui, um processo significativo e que não para, pois há muito para ser construído, tanto no pensar e agir, na conscientização da sociedade, no fortalecimento da política, para que os seus usuários tenham de fato acesso humanizado, de qualidade e respeitando os seus direitos como cidadãos.

3.2 As demandas para o Serviço Social na política de Saúde Mental

O Serviço Social de acordo com Rosa e Lustosa (2012, p.29) tem sua atuação interventiva, trabalhando para dar “respostas” às expressões da questão social. Podemos destacar a importância do Serviço Social na Reforma Psiquiátrica Brasileira, seguindo o seu projeto ético-político, ressaltando “a liberdade é terapêutica”, que é contra a segregação e exclusão das pessoas com transtorno mental, retirando-as do convívio social, violando assim os direitos humanos. Rosa e Melo (2009, p. 84) afirmam que:

Historicamente, a inserção do assistente social em saúde mental no Brasil tem início em 1946, a partir do trabalho em instituições voltadas para a infância. Em seguida o assistente social é incorporado aos hospitais psiquiátricos, atuando na “porta de entrada e saída” dos serviços, como informa Vasconcelos (2007). As ações dos assistentes sociais no espaço hospitalar voltam-se preponderantemente para levantamentos de dados sociais dos PTMs² e seus familiares; confecção de atestados sociais;

² Pessoas com transtornos mentais.

encaminhamentos para a rede sócio-assistencial e difusão de informação e orientação social, sobretudo para regularizar a documentação e acessar benefícios sociais, aposentadorias.

Assim, aos poucos os assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos começam a atuar em vários setores, com: pavilhões (masculino e feminino), pavilhões (infantil ou geriátrico), ambulatórios, hospitais-dia, plantão social.

A atuação do Serviço Social na área psiquiátrica brasileira começou na assistência aos trabalhadores, nas fábricas, previdência, assistência social, com o objetivo de “amenizar” os problemas apresentados entre capital e trabalho, intervindo nas refrações da “questão social”.

Durante trinta anos de profissão não havia muitos profissionais trabalhando na área de psiquiatria em clínicas, hospitais, manicômios, porque não tinha muitos assistentes sociais para atuar na área até os anos 1960.

Então, em 1946, o Serviço Social na saúde mental no Brasil teve suas primeiras práticas nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), seguindo o modelo “Serviço Social Clínico” que era baseado no modelo norte americano. Havia poucos assistentes sociais trabalhando em hospitais psiquiátricos públicos, o número de hospitais dos IAPs também era reduzido.

Os assistentes sociais, também estavam inseridos nos serviços: Caps, Caps infanto-juvenil, Caps-álcool e drogas, residências terapêuticas e atenção primária, diante disso podemos observar que os assistentes sociais executam várias funções, principalmente como gestores, coordenadores, planejadores, técnicos, supervisores, dentre outras.

O Serviço Social nos anos 1970, no Brasil, estava passando pelo Movimento de Renovação e com ele ocorreu contentamentos nas metodologias clássicas da atuação da profissão na área da Saúde Mental. “Os paradigmas em Serviço Social que tentavam orientar a prática nos anos 1970 não conseguiram estabelecer uma metodologia de atuação em Saúde Mental” (BISNETO, 2011, p. 24).

Assim, a atuação do Serviço Social durante a ditadura militar segundo Bisneto (2011), era o “executor terminal de políticas na área da Saúde Mental”.

Diante disso, na perspectiva de Bisneto (2011, p. 26):

A entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece a mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo Brasil após 64: a modernização conservadora dos aparatos de Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da

unificação dos diversos institutos e caixas de previdências das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combatíveis pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil, visado pela ditadura, foi estendida para a área da Saúde).

Analisamos que, a trajetória do Serviço Social na Saúde Mental foi mais uma medida nacionalizadora da saúde previdência.

Assim, nas diversas áreas em que o assistente social se insere, o profissional deve entender o campo e a política de saúde mental. Diante da perspectiva de Rosa e Lustosa (2012, p. 31):

Conhecer várias lutas interteóricas e clínicas, em disputa no campo, até para poder dialogar com a equipe, mas sem se subalternizar a esses saberes ou a seus registros profissionais, fato que ainda acontece sobremaneira pelo uso acrítico de termos como ‘anamnese’ social, ‘embotamento’, dentre outros.

Portando, destacar-se a importância em conhecer e entender as lutas clínicas e dialogar com a equipe com propriedade, adotando terminologia específica para realizar seus registros profissionais, levando em consideração também à necessidade de desenvolver suas intervenções com análise social. Dessa forma, conforme Araújo e Ferreira (2015, p. 22):

A atuação do Serviço Social no Grupo se compõe de uma equipe interdisciplinar, sendo que especificidade do social diz respeito às questões sociais com todo, como por exemplo, as relações familiares em conflito, à desinformação sobre direitos previdenciários, o acesso às perspectivas de se requerer um benefício assistencial, como BPC/LOAS, também o comparecimento no CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) para providências de um cadastro para a aquisição de algum recurso que lhes sejam fornecidos pelos usuários exigidos.

Por isso, o trabalho no grupo é fundamental, o assistente social sozinho não consegue responder as demandas apresentadas pelos usuários da política de saúde mental. Rosa e Lustosa, afirmam que: “O fazer do assistente social na Saúde Mental, na atualidade, ainda se conforma como espaço em construção, requerendo maiores sistematizações por parte da categoria, que nem sempre investe em documentação de sua prática” (ROSA e LUSTOSA, 2012, p. 37).

Observamos que, o Serviço Social na política de saúde mental é determinado a partir do local, por exemplo, em hospitais, dando apoio ao quadro médico, também ficando responsável em organizar e distribuir os leitos, orientar acerca dos benefícios sociais, trabalha diretamente com as famílias, entre outras atividades.

Já nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), há diversos tipos de CAPS, e

a cada tipo, a atuação profissional do assistente social muda, atuando com a questão da vulnerabilidade social dos usuários e suas famílias, nas articulações e viabilizando o acesso aos direitos sociais. “No geral, a ação do assistente social se concentra no primeiro plano, na relação direta com os usuários, tendo que investir mais nas outras dimensões” (ROSA e LUSTOSA, 2012, p. 40).

Diante disso, a atuação não se limita aos atendimentos, o assistente social atua em diversas necessidades humanas, que são avaliadas a partir da classe social a qual o usuário está inserido e atuando também com ações socioeducativas, gestão, mediar benefícios com vale transporte, entre outros. Nessa perspectiva, entendemos que o usuário tem muitas necessidades, não apenas o tratamento médico, mas diversas questões que devem ser observadas. Dessa forma, Rosa e Melo (2009, p. 82) afirmam que:

Desse modo, a pessoa com transtorno mental é restituída em sua integralidade e foco da atenção dos profissionais de saúde mental se amplia para além dos sintomas e dos medicamentos, para as dimensões sociais da vida. Assim, os determinantes sociais do processo saúde – doença ganham ênfase e o social passa a ser uma dimensão que ganha evidência na intervenção de todos profissionais de saúde mental.

Assim, os assistentes sociais atuam em uma diversidade de funções, junto à equipe multiprofissional e interdisciplinar, se adaptando as mudanças ocorridas ao longo tempo na política de saúde mental. De acordo com Rosa e Melo (2009, p. 83):

No contexto mudancista novos processos de trabalho são requeridos exigindo novas técnicas e tecnologias e novas formas de trabalho em saúde e, particularmente em saúde mental, calcadas no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, no território de vida de pessoa enferma, atuação em rede socioassistencial, intersetorial, calcada no controle social, na promoção da cidadania e da autonomia possível de usuários e familiares.

Observamos que, há uma complexidade enorme porque o campo de atuação é vasto, havendo uma divisão em relação ao trabalho. Para Rosa e Melo (2009, p. 83):

O novo perfil do trabalhador em saúde mental tem por traços: a ação polivalente; com competências múltiplas e que atue mais com o intelecto, com a instituição. Ou seja, a clássica divisão social do trabalho que segmenta trabalho intelectual do trabalho manual, planejamento e execução, se rompe.

Como observado anteriormente, na política de saúde mental há vários serviços e demandas distintas as quais os profissionais devem responder de acordo com local de atuação, Rosa e Melo (2009, p. 85) afirmam que:

Cada serviço traz necessidades particulares para a prática profissional,

exigindo adequações e múltiplas temáticas e segmentos no interior da saúde mental e a heterogêneos processos de trabalho, a exemplo da coordenação de uma residência terapêutica.

Para os assistentes sociais inseridos no campo da saúde mental o cuidado com o fazer profissional vai além apenas das demandas apresentadas pelos usuários, a complexidade de entender o seu papel na política estar à frente das dificuldades inseridas no dia a dia, o profissional muitas vezes tem que afirmar a sua importância e ocupar de fato o seu espaço, que é tão importante. Nessa perspectiva, de acordo com Rosa e Melo (2009, p. 86):

No contexto reformista em saúde mental tende a haver uma crise de identidade entre profissionais das diferentes categorias profissionais, demandados a alargar seu horizonte interventivo para o social, até então vistos como dimensão inerente a prática do assistente social.

É interessante observar as mudanças também no campo da formação profissional, são implantadas Diretrizes Curriculares da política de saúde, com isso de acordo com Rosa e Melo (2009, p. 83):

Para cimentar os avanços acima, no campo da formação profissional em saúde, são implantadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso para os Cursos Universitários da Área da Saúde ALMEIDA, 2003). As diretrizes têm um caráter interprofissional, que corrobora uma formação parametrada pelo reforço aos postulados do Sistema Único de Saúde, orientado para a promoção à saúde e determinantes sociais do processo saúde-doença.

As lutas pelas reformas na saúde mental no Brasil iniciam nos anos 1990, para inclusão e defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental como cidadãos. E de acordo com Rosa e Melo (2009, p. 75):

A inserção do assistente social em saúde mental no Brasil, a partir dos anos 90 tem por determinante o processo de desinstitucionalização da pessoa mental, isto é, todo um processo de “crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria (AMARANTE, 1996, p. 22) e todo aparato que deu suporte à institucionalização do modelo hospitalocêntrico de atenção a este segmento social, ou seja, todo arcabouço legal, técnico, administrativo e interventivo da psiquiatria clássica.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro teve influência italiana da tradição basagliana³ “Por sua vez, o Movimento da Reforma Psiquiátrica orienta-se pelos direitos civis das pessoas com transtornos mentais, isto é, se insere na luta das minorias sociais pelas liberdades básicas, tais como: circular pela cidade e convívio social.” (ROSA e MELO, 2012, p. 76).

³ “O movimento liderado na Itália por Franco Basaglia tinha como pressuposto a desconstrução do até então modelo de atenção. Defendia a ideia da necessidade de tratamento aos chamados “doentes mentais”, mas um tratamento humanizado, que tivesse como foco o indivíduo, e não a doença (Ibidem)” (BREDOW e DRAVANZ, 2010 p. 231).

Para Rosa e Melo, tem a ideia oposta ao modelo asilar/hospitalocêntrico, onde “enxergar” a pessoa com transtorno mental como incapaz de conviver em sociedade.

De acordo com Rosa e Melo, no início de 1990 com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde são criados novos serviços e é adotada uma política de reestruturação da assistência psiquiátrica, e os serviços financiados pelo governo federal, com isso há uma grande mudança porque antes eram financiados apenas os modelos hospitalocêntrico.

Durante a Reforma Psiquiátrica diversos hospitais fecharam, tornando os atendimentos de emergência e urgência exclusivos para públicos-estatais, havendo também alas particulares para esses serviços.

Com a redemocratização do país o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, a saúde torna-se um “direito de todos e dever do Estado” e com o SUS - Sistema Único de Saúde lhes garante a universalidade da política de saúde. Com as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, 28 de setembro de 1990.

Diante disso, na perspectiva de Bredow e Dravanz (2010, p. 232):

Reconhecendo, portanto, que a concepção de saúde ultrapassa a simples ideia da ausência de doença e, ainda, que engloba outros fatores para a sua efetivação, a Política de Saúde no Brasil, está organizada, no âmbito de legislação, de forma intersetorial para que seja possível o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento através de uma ação integrada com outras políticas sociais.

Assim, observamos que a importância da articulação de uma rede de cuidados em saúde para a efetivação dos cuidados e atendimentos aos usuários.

De acordo com de Bredow e Dravanz (2010, p. 233):

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão, tomando – se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

Analisamos que a intersetorialidade é importante para a articulação da atuação do serviço social, porque para a efetivação da prática profissional é fundamental a rede de cuidados e atendimento com os usuários da política da saúde mental e a socialização de informações. De acordo com Bredow e Dravanz (2010, p. 235):

A integralidade não é apenas um conceito, mas uma diretriz que deve ser adotada no cotidiano. E o alcance deste processo se dá através da intersectorialidade e interdisciplinaridade, mecanismos que devem compor a atuação do assistente social, como objetivo e estratégia de ação profissional.

A atuação do assistente social a partir das dimensões deve construir articulação com diferentes espaços através de ações e serviços e com isso há efetivação do cuidado e atendimento aos usuários, afirmando a sua autonomia.

Com a Portaria nº 336 de 2002, o Ministério da Saúde define os CAPs como principal equipamento reformista, substituindo ao modelo hospitalocêntrico, definidos como serviço ambulatorial e deve priorizar atendimento das pessoas em sofrimento psíquico. Na perspectiva de Rosa e Melo (2009, p. 80):

Desse modo, cabe à intervenção do Caps propiciar laços sociais e melhorar a vida cotidiana da pessoa com transtorno mental. O cuidado oferecido vai além da debelação dos sintomas, abarcando o lazer, as relações sociais, as condições de moradia, as atividades da vida diária, a esfera da geração de renda/trabalho, dentre outras.

Diante disso, analisamos que os Caps têm um papel importantíssimo nessa mudança da política de saúde mental, com atendimento com cuidado e entendendo a importância da socialização de seus usuários, oferecendo lazer, atividades diárias, geração de renda e trabalho, condições de moradias, entre outras, com isso afirmando que as pessoas em sofrimento psíquico são cidadãos de direitos.

Com isso, o modelo assistencial psiquiátrico no Brasil transita de um modelo excludente para um serviço aberto e comunitário, reconhecendo os seus usuários como sujeitos de direitos.

Há mudanças também nas técnicas de trabalho na saúde mental, com várias competências, trabalhando em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Os assistentes sociais aos poucos passam a atuar em diversos setores, como plantão social, pavilhões, que eram divididos entre masculino e feminino, idade (faixa etária), hospitais e ambulatorios. Além de atuar em várias áreas, os assistentes sociais também assumiram muitas funções, entre elas: coordenadores, gestores, técnicos, supervisores, entres outras.

Lembrando que o curso de Graduação em Serviço Social não estuda cada política, como por exemplo, a saúde mental especificamente, há um estudo mais de forma superficial. Porém, há estágios durante o curso de graduação em diversas áreas, assim o estudante tem a experiência de ter contato com determinada áreas

mais profundamente, podendo estagiar na área da saúde mental.

Dessa forma, na perspectiva de Rosa e Melo (2009, p. 86):

Os estágios curriculares e extracurriculares em saúde ainda têm uma relação intensa com o modelo hospitalocêntrico, haja vista que muitos serviços se conformam como hospitais de ensino, sendo vinculados com as universidades, que ainda disseminam uma formação pautada fortemente no modelo biomédico, separando os sintomas do contexto social, no geral, preparando de maneira tímida para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Isto é, não é fomentado durante o processo formativo o diálogo entre as diferentes ciências e profissões, o que é requerido no dia a dia assistencial.

O Serviço Social atua em diversas áreas e em cada atuação é diferente, trabalhando com equipes de diversos outros profissionais e na política de saúde mental assim como nas outras áreas tem uma contribuição importante, buscando sua “identidade”.

Para Rosa e Melo (2009, p. 92) a identidade do assistente social:

Sua identidade é construída nas relações sociais e a partir das demandas originárias do corpo de dirigentes das instituições, dos usuários dos serviços e na relação com os demais profissionais da equipe, que demandam ações do assistente social tendo em vista o que entendem ser a competências e atribuições deste profissional.

Portanto, a atuação do assistente social não se limita apenas o atendimento dos usuários, o assistente social deve entender suas competências, atuar com as famílias, equipe multidisciplinar, articular com as outras políticas públicas quando for necessário, seu trabalho é complexo por isso a importância de estar sempre estudando para manter informado e entender de fato seu papel em cada área de intervenção.

Araújo e Ferreira (2015, p. 22), afirmam que:

Nesse sentido, o profissional do Serviço Social deve por meio de seu conhecimento teórico metodológico das questões sociais na saúde, criar os meios necessários para que os usuários (cidadãos em geral) possam adquirir consciência de seu direito à saúde, como é dever do Estado, bem como fortalecer o caráter público das ações e serviços de seguridade social.

As famílias dos usuários da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira tornam-se papel importante para a defesa dos direitos. De acordo com Rosa e Melo (2009, p. 96):

Historicamente, o modelo hospitalocêntrico desenvolveu uma pedagogia de exclusão do grupo familiar, ao restringi-la a mera informante do histórico da enfermidade da pessoa com transtorno mental; a ser um recurso ocasional ou ‘visita’ pontual, sendo invisibilizada na sua condição de provedora de

cuidados contínuos, no plano doméstico.

Nesse modelo os trabalhos com as famílias dos usuários eram resumidos a palestras e atendimento dos grupos individualmente, cada profissional atendia a essas famílias de maneira dividida. Segundo a perspectiva de Rosa e Melo (2009, p. 96):

Os assistentes sociais, durante o processo de internação, coordenando reuniões de famílias, no geral comandado por ações socioeducativas, abordando uma variedade de questões, tais como normas e rotinas institucionais; mudanças no modelo assistencial; direitos; manejo da pessoa com transtorno mental no ambiente doméstico e difusão de conhecimentos sobre os diferentes quadros diagnósticos e medicamentos, permitindo troca de experiência entre os diferentes cuidadores familiares.

Com isso, a pessoa em sofrimento psíquico tem na família um auxílio muito importante, ela precisa apoiar e estar presente, seu papel é complexo porque nenhuma família se encontra preparada para ter um membro que necessite de tratamento quando se trata de saúde mental. O cuidado e a dedicação à pessoa em sofrimento psíquico pelas famílias que são fundamentais no processo de tratamento e a equipe profissional que acompanha deve incluir a família dando o suporte necessário, participando de projetos terapêuticos, pedagógicos sobre saúde e assistência.

O trabalho do assistente social junto com os grupos familiares, segundo Rosa e Melo (2009, p. 99):

O assistente social, frequentemente, contribui com os cuidadores familiares através do trabalho socioeducativo, promovendo a troca de informações e vivências, para que, sobretudo os cuidadores familiares saiam de seu isolamento pessoal e social, tendo sua carga de trabalho aliviada, apoiada.

Observamos que, o cuidador, membro da família responsável, podendo ser até mais de uma pessoa que cuida da pessoa em sofrimento psíquico também sofre junto através de pressão social, das dificuldades em vários aspectos, sejam quando em relação aos direitos básicos, apoio emocional, nas trocas de informações e vivências podem pensar novas formas de cuidados, nas reuniões nos grupos das famílias.

Dessa forma, no momento das trocas de conversas sobre a rotina diária, compreendem que não há uma fórmula mágica que irá responder as complexidades que é ter um membro que necessita de cuidados em relação à saúde mental. Nessa perspectiva, de acordo com Rosa e Melo (2009, p. 100):

É importante reconstruir as trajetórias dos familiares na construção de

respostas para os desafios cotidianos, para reforçar o que foi aprendido e potencializando os próprios recursos internos do grupo. Potencializando um conhecimento que os cuidadores familiares construíram e nem sempre se apercebem disso.

Analisamos que, a atuação do assistente social na política de saúde mental, assim com nas demais políticas que atua, deve ter estratégia, articulação e criatividade, porque são muitos limites para que de fato consiga a efetivação no seu exercício profissional e nas necessidades que usuários e suas famílias mais precisam de atenção. Diante disso, Bredow e Dravanz (2010, p.242) afirmam que:

Finalmente, afirma-se que, embora haja o entendimento de que a ação profissional do assistente social na saúde mental, como em qualquer campo, não se concretiza somente em ação, mas sim em inúmeras, expressa no complexo quadro em que se mostra o cotidiano profissional, todas estas devem ser permeadas pela busca da integralidade do atendimento do desenvolvimento da autonomia dos usuários, da participação popular e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade de vida do usuário e da superação de expressões da questão social. Assim, selecionaram-se para o debate noções de empoderamento (como estratégia para autonomia e exercício de cidadania) intersetorialidade e integralidade, ambos como elementos primordiais de uma prática profissional voltada para a construção de uma rede resolutiva de cuidados em saúde mental com características humanas e de cunho fortalecedor dos sujeitos envolvidos.

Em síntese, o assistente social não se limita a sua prática a orientações dos direitos sociais dos usuários da política a qual estar inserido, sua atuação é complexa e suas estratégias ultrapassam a atuação institucional, participando de todas as etapas, desde o planejamento e a execuções das ações, nas atividades de acolhimentos dos usuários e das famílias, conhecendo e entendendo o contexto social, e afirmando o seu papel que é fundamental para articulação com a rede e

sua intervenção tanto as informações sejam compartilhadas como a empatia e que os usuários construam conhecimento acerca dos seus direitos como cidadãos.

Então, é inegável o quanto é importante o Serviço Social na política de saúde mental, assim como em tantas outras que estão inseridos, seu papel vai além da mediação dos direitos sociais, ele é um agente transformador, junto com a sociedade e a sua atuação deve ser reconhecida e respeitada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado reforça a importância do Serviço Social na política de saúde mental, destacando as lutas ao longo da história, para que as mudanças pudessem acontecer e o papel dos assistentes sociais como profissionais fundamentais para consolidação e fortalecimento dessas transformações. Assim, atuando e reconhecendo as complexas dimensões sociais que envolvem a política saúde mental.

As pesquisas foram divididas em temas sobre a política de saúde e política de saúde mental no Brasil, Reforma Psiquiátrica no Brasil e a trajetória e as demandas do Serviço Social na saúde mental, explorando dados históricos. Com o objetivo de trazer uma reflexão crítica e fazer uma análise sobre tais assuntos.

Assim, compreendendo a atuação do Estado como ineficiente para responder as demandas das políticas e as necessidades de seus usuários. Mesmo diante de tantos programas e serviços ofertados.

Ao analisar a importância da atuação dos assistentes sociais na política de saúde mental, observamos que, as estratégias de intervenção, assim como em outras políticas públicas, demonstram a necessidade contínua de investimentos e aprimoramentos.

Como também, a garantia que os usuários tenham acesso adequado aos serviços e para isso há uma enorme complexidade, pois possuem necessidades, que são baseadas no seu contexto social, então, a atuação dos profissionais vai além de regras e ferramentas do seu dia a dia.

Além disso, a atuação dos assistentes sociais luta contra o estigma das pessoas em sofrimentos psíquico, afirmando os seus direitos sociais e a conscientização da sociedade, para que se torne mais inclusiva e respeitosa.

Contudo, a pesquisa afirma atuação do Serviço Social, contribuindo para a construção de uma política de saúde mental alicerçada no respeito e na garantia dos direitos sociais, não apenas para os seus usuários, como também para os familiares, que são peças fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Os profissionais devem continuar seus estudos, intervenções, atualizando as práticas. A política de saúde mental deve ser compartilhada com toda a

sociedade e o Serviço Social desempenha um papel fundamental para que isso seja construído em conjunto e com as diversas áreas que articulam com a política de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- ARAÚJO, Mirian Santos de; FERREIRA, Alexandre Batista. **A importância do Serviço Social na assistência à saúde mental**. Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade, v.6, n.1. Brasília. 2015.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v.30, n.3, dez. São Paulo. 1996.
- BRASIL, 2001. Presidência da República Casa Civil. **Lei Nº10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art. Acesso em 08 de maio 2023.
- BRASIL, 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
 Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > 22 set. 2023
- BRASIL, 2012. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Regulamentação da Profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social.
- BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, DE DEZEMBRO DE 2017**. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017/ Acesso em 08 de maio 2023.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. As Políticas de Seguridade Social Saúde..In:CFESS/CEAD. Capacidade em Serviço Social e Política. Módulo III: Política Social Brasília, 2001.
- BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Gloria Maria. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para a efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva**. Porto Alegre, 2010.
- DUARTE, Marcos José de Oliveira; PAIVA, Sabrina Pereira. **Política de Saúde Mental e Serviço Social: desafios contemporâneos**. Políticas sociais brasileiras em contexto de crise. Belo Horizonte: UEMG, 2021.
- KRÜGER, Regina Tânia. **Conferências Nacionais de Saúde: ganhos democráticos ou reprodução da nossa cultura política?**. v.6, n.8, p.1-170, maio. Campinas, 2007.
- LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Afinal, o que faz o Serviço Social na saúde mental?**. São Paulo: Serv. Soc & Saúde, 2012.

MOURA, Heline Caroline Eloi; SILVA, Gabriela de Almeida. **As Transformações Sócio-Históricas da Política de Saúde Mental No Brasil:** uma reflexão acerca dos desafios contemporâneos. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, ago2015, Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: < www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/as-transformacoes-socio-historicas-da-politica-de-saude-mental-no-brasil-uma-reflexao-acerca-dos-desafios-ontemporaneos.pdf > Acesso em 22 set 2023.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. **Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias.** Campinas: UNICAMP, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto. **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.