

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

Juliane Natividade dos Santos

**O LUGAR DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**JUIZ DE FORA
2018**

Juliane Natividade dos Santos

**O LUGAR DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Gonçalves Pereira de Paula

**Juiz de Fora
2018**

AGRADECIMENTOS

Acredito que agradecer é uma das melhores partes desse processo, pois me faz olhar para trás e ver que, desde o início dessa “aventura” que é a graduação, Deus sempre providenciou tudo, cuidando de mim em cada detalhe. Tudo aconteceu pela graça dEle.

Quanto as pessoas que Ele colocou no meu caminho, primeiramente agradeço à minha família. Aos meus pais que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas, à minha irmã que durante quatro anos e meio aguentou todo o meu drama e garantiu, todos os dias, que ia dar tudo certo. Ao meu cunhado, que é também um pouco irmão mais velho, que me inspira a ser uma boa profissional, principalmente em tempos onde encontramos tantos humanos desumanos.

Agradeço às minhas primas, à Vânia, por ter me incentivado a ler desde criança, por me incentivar nas minhas escolhas e por ter sido como uma mãe para mim. À Elisiane, que é um dos meus maiores exemplos de “se eu quiser, eu faço”.

Agradeço aos meus amigos, mesmo aqueles que ao longo do caminho ficaram mais distantes, mas que sempre vou levar em meu coração por terem feito parte da minha história. São muitos os nomes que gostaria de citar, mas coloco, de modo especial, os três anjos da minha vida: Kelly, Camila e Edvaldo. São três pessoas completamente diferentes, mas igualmente inspiradoras, leais e sinceras. Quando eu crescer, quero ser como vocês.

Agradeço à minha turma, com a qual compartilhei vários desafios e também algumas risadas. E agradeço especialmente à três pessoas com as quais fiquei mais próxima ao longo desses anos e que se tornaram amigos: Mariana, Monalisa e Raony. Nós sabemos que sem o ombro uns dos outros para rir e chorar essa aventura não teria sido a mesma. Talvez muitos desses desafios eu não teria conseguido enfrentar sem vocês. Ninguém faz nada sozinho e vocês foram a prova disso na minha formação acadêmica.

Agradeço aos profissionais com os quais tive contato no meu processo de formação e aos profissionais da Faculdade de Serviço Social. De modo especial, agradeço à professora Luciana, que me orientou na elaboração desse trabalho e sempre foi inspiradora para mim. Também devo agradecimentos especiais aos professores que compoem a banca Sabrina Paiva e Marco Duarte, foi ótimo ter sido aluna de vocês e poder contar com a colaboração de vocês nesse trabalho, a energia de vocês me inspira!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO I – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL, A ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL.....	8
1.1 – A trajetória histórica do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	8
1.2 – A organização do Sistema Único de Saúde – enfoque na Atenção Básica.....	13
1.3 – A especificidade da política de saúde mental – a loucura através dos séculos.....	16
1.4 - Algumas experiências de Reformas Psiquiátricas e o processo brasileiro.....	19
1.5 - A saúde mental na Atenção Básica.....	25
CAPÍTULO II – O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL	29
2.1 – A trajetória do Serviço Social no Brasil.....	29
2.2 – O Serviço Social inserido no campo da saúde.....	34
2.3 – A saúde mental como espaço sócio-ocupacional do Serviço Social.....	38
CAPÍTULO III – O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA/MG.....	45
3.1 - O espaço do Serviço Social na organização do atendimento de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde.....	47
3.2 - As respostas profissionais do Serviço Social às demandas de saúde mental.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	64
ANEXO.....	71
A – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.....	71
B – Roteiro de entrevista.....	70

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo o atendimento do Serviço Social à saúde mental no âmbito da Atenção Básica, tendo como cenário as UBS do município de Juiz de Fora – MG.

A principal motivação para a escolha desse tema decorreu da experiência de estágio realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Industrial, em Juiz de Fora. Nessa unidade, o Serviço Social insere-se no fluxo de atendimento¹ a usuários de saúde mental, sendo esta uma das maiores demandas do atendimento individual. A unidade recebe quatro assistentes sociais do Programa de Residência Multiprofissional HU-UFJF, particularizando a atuação do Serviço Social nesta UBS.

Assim, considerando que o tema da saúde mental ainda é pouco discutido pelas disciplinas da Faculdade de Serviço Social e que a ação nesta unidade tem esta particularidade de receber quatro profissionais, o interesse pelo tema ocorreu devido à necessidade de aprofundamento sobre o assunto e de conhecimento da realidade de outras UBS.

Este estudo teve como objetivo compreender a atuação do Serviço Social, no âmbito da Atenção Básica, com relação as demandas de saúde mental. Considerando a possibilidade de articulação entre os pressupostos da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e os princípios ético-políticos da profissão, buscou-se conhecer o espaço do Serviço Social na organização do atendimento a esse tipo de demanda nas Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora e, a partir disso, compreender quais tem sido as respostas construídas pelas assistentes sociais.

A partir disso, buscamos apreender as questões relativas à constituição do cenário deste estudo (o Sistema Único de Saúde, no nível da Atenção Básica); compreender a Política de Saúde Mental; resgatar o processo histórico da relação entre Serviço Social e Saúde Mental; compreender as atribuições do Serviço Social na Atenção Básica à Saúde; entender o atendimento de saúde mental na Atenção Básica a Saúde; apreender os dilemas que se colocam neste campo para o Serviço Social e identificar as possibilidades para atuação na Atenção Básica a Saúde no atendimento aos usuários de saúde mental.

1 O fluxo de atendimento destina-se aos usuários que precisam de acompanhamento contínuo. Estes usuários são atendidos periodicamente (a depender da necessidade) por cada um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Desse modo, existe o acompanhamento para gestantes, crianças até 10 anos (puericultura), hipertensos e diabéticos e usuários de saúde mental. Também há um fluxo de visitas de puerpério e do “Cuidando Melhor em Casa” em que são acompanhados os usuários acamados ou com dificuldade de locomoção. O Serviço Social ausente apenas no atendimento de puericultura.

Quanto à estrutura desse trabalho, no Capítulo I abordaremos os elementos relativos a constituição do Sistema Único de Saúde, o âmbito da Atenção Básica e sua relação com a saúde mental. Para abarcar tal discussão este capítulo foi organizado em cinco itens: a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde no Brasil; a organização do Sistema Único de Saúde – enfoque na Atenção Básica; a especificidade da política de saúde mental - a loucura através dos séculos; algumas experiências de Reformas Psiquiátricas e o processo brasileiro e saúde mental na Atenção Básica. Os principais autores que deram base a esta discussão foram: Escorel (1999, 2008); Escorel & Teixeira (2013); Paim (2008, 2012); Amarante (1995, 1998, 2007); Castilho, Lemos & Gomes (2017), Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018); Scliar (2007); De Tilio (2007); Vasconcelos (2012) e Wanceslau & Ortega (2015).

No capítulo II abordaremos os elementos constitutivos do Serviço Social, para compreender a profissão no atendimento de saúde mental. Assim, foram abordados os seguintes temas, divididos em três subitens: a trajetória do Serviço Social no Brasil; o Serviço Social inserido no campo da saúde e a saúde mental como espaço sócio-ocupacional do Serviço Social. Os principais autores que fundamentaram as reflexões deste capítulo foram: Bravo (2007); Behring & Boschetti (2009); Ortiz (2010); Silva, Silva & Junior (2016); Netto (2015); Yazbek (2009); Castro (2009); Bisneto (2011); Cambaúva & Silva Jr (2005); Vasconcelos (2002); Rosa & Lustosa (2012) e Tanaka & Ribeiro (2009).

O capítulo III consiste na apresentação da análise dos dados obtidos na pesquisa de campo. Esta pesquisa, do tipo qualitativa, teve como fundamentação metodológica o materialismo histórico-dialético e como instrumento para coleta de dados, foi utilizado a entrevista semi-estruturada.

A partir dessa metodologia, foram entrevistadas sete assistentes sociais inseridas nas UBS do município de Juiz de Fora. Inicialmente, buscava-se profissionais inseridas nas unidades há mais de 6 meses, no entanto, um recente concurso da Prefeitura de Juiz de Fora mudou o quadro de profissionais. Desse modo, foram entrevistadas as profissionais que analisaram que poderiam contribuir para o estudo mesmo com a recente inserção na unidade.

As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades, marcadas previamente de acordo com a agenda das profissionais e nos casos onde houve permissão, foi utilizado um gravador de áudio para melhor apreensão do conteúdo. Estes dados foram analisados a partir do referencial teórico que embasou a construção dos capítulos I e II.

Após a abordagem de todos estes elementos, apresentaremos as considerações finais deste estudo onde destacamos que apesar das diversas dificuldades que se colocam para o atendimento de saúde mental, consideramos que estes limites não são intransponíveis e o

Serviço Social pode atuar em prol do fortalecimento e da defesa dos princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

CAPÍTULO I – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL, A ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL

1.1. A trajetória histórica do Sistema Único de Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve como marco, para sua constituição no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento começou a se desenvolver ainda durante o período da ditadura militar² (1964-1985), ganhou maior força no contexto da redemocratização e obteve conquistas significativas na década de 1980 (ESCOREL, 2008).

No entanto, para melhor compreendermos as indagações e os objetivos desse movimento, consideramos necessário apresentar um pouco do cenário da saúde no contexto da década de 1960. O acesso à saúde até os anos de 1960 se dava por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)³, que estavam vinculados a determinadas categorias profissionais para prestação de serviços variados de assistência à saúde (ESCOREL, 2008).

Em 1966 os IAPS foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Escorel (2008), a unificação ampliou a cobertura para trabalhadores antes não alcançados, como trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas. No entanto, aqueles que não eram contribuintes do INPS, acessavam serviços de saúde por integrarem determinados perfis de programas específicos (como materno-infantil e tuberculose) ou através de serviços filantrópicos e clínicas privadas. Assim, grande parte da população encontrava-se sem acesso aos serviços de saúde.

Além disso, a saúde também estava sob a mira de interesses econômicos. A partir desta época, o mercado da saúde privada começou a se desenvolver pautado na perspectiva da mercantilização, transformando o que deveria ser um direito em fonte de lucro. Dentre os elementos que contribuíram para o desenvolvimento deste mercado podemos citar, como exemplo, os convênios com empresas para prestação de serviços de assistência médica (base para o surgimento dos planos de saúde) e a tentativa de privatização de hospitais governamentais (MENICUCCI, 2014).

2 Foram os interesses do capital internacional que deram base para o início do período ditatorial brasileiro. Mediante as alterações na divisão capitalista do trabalho gestadas na década de 1960, os centros imperialistas esquematizaram a reinserção dos países latino-americanos na dinâmica capitalista de forma mais subalterna, através de sucessivos golpes de Estado nos países do continente latino-americano. Além disso, a instauração da ditadura também serviu para confrontar os protagonistas sociopolíticos que poderiam resistir a esta inserção, abalando as forças revolucionárias e socialistas (NETTO, 2015).

3 Os IAPS foram criados a partir de 1933, no governo de Getúlio Vargas. Ofereciam serviços médicos, benefícios e pensões para determinadas categorias de trabalhadores, excluindo aqueles que não estavam inscritos no mercado formal de trabalho. Além disso, priorizavam os benefícios e pensões, enquanto a assistência médica dependia dos recursos existentes em cada instituição e os que não tinham acesso à medicina previdenciária dependiam das ações de saúde promovidas pelo Estado (ESCOREL & TEIXEIRA, 2013).

Neste cenário, também deve-se destacar os Departamentos de Medicina Preventiva, criados no país, a partir da década de 1950 e incorporados ao currículo mínimo das faculdades de medicina em 1968 para serem espaços que propiciassem a renovação da prática médica, a partir da perspectiva da medicina preventiva. O destaque aos departamentos se deve ao fato de que, foi a partir das críticas ao ideário preventista (que será melhor explicado a seguir), realizado no interior dos próprios departamentos, que se conformaram as bases para a constituição do Movimento da Reforma Sanitária (SCOREL, 1999).

A medicina preventiva, modelo originário dos Estados Unidos, compreendia o processo saúde-doença a partir da relação entre o homem e o meio ambiente, com ênfase no sentido biológico e, tendo como base filosófica o positivismo, colocava que mudanças de comportamento poderiam melhorar a saúde dos indivíduos e que a melhora dos níveis de saúde poderia ter impacto sobre o rompimento com a pobreza e a estagnação econômica (SCOREL, 1999).

Em contrapartida, ainda na década de 1960, surgiu na América Latina um movimento de crítica aos efeitos negativos da medicalização que deu início a programas alternativos de atenção à saúde, como os programas de medicina comunitária. Esses programas foram incorporados aos departamentos de medicina preventiva como campo de estágio e, de acordo com Escorel (1999), os estudantes que se inseriam nestes programas eram aqueles que tinham o desejo de se aproximar da população, discutir suas demandas e apresentar respostas de acordo com as possibilidades da profissão.

A partir desta proximidade, os estudantes passaram a ter posicionamentos mais críticos com relação à saúde e à profissão e, a partir dos próprios departamentos, o ideário preventista começou a ser colocado em pauta. A partir destas críticas, iniciou-se um processo onde o movimento estudantil, os profissionais da docência junto aos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica⁴ começaram a elaborar produções teóricas sobre a saúde, a partir da compreensão de que a medicina preventiva era um modelo inadequado e ineficiente na realidade brasileira (SCOREL, 1999; SCOREL, 2008).

De acordo com Escorel (1999), estas produções teóricas tiveram como referencial o marxismo, em contraponto à perspectiva positivista da medicina preventiva e tinham como

4 Segundo Escorel (1999), o Movimento de Renovação Médica surgiu nos anos de 1970, onde, a partir de um afastamento da ideologia liberal, os profissionais compreenderam a necessidade de organização e mobilização da categoria, articulando-se também a outros movimentos e profissionais da área da saúde. O Movimento de Médicos Residentes surgiu, na mesma década, a partir da luta pela conquista de direitos trabalhistas para os profissionais residentes. A pauta do movimento não se findou neste elemento, mas também esteve articulada aos questionamentos relativos à política de saúde brasileira.

conceitos básicos elementos como: “a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização” (ESCOREL, 1999, p.29).

Desse modo, o ponto de destaque neste processo de inflexão esteve na compreensão do social no processo saúde-doença, que antes era ignorado ou simplificado e passou a ser investigado e ter maior ênfase. Segundo Escorel (1999), estas elaborações culminaram em um referencial médico social para a prática médica.

Estas foram as chamadas “bases universitárias” do Movimento Sanitário (ESCOREL, 1999). Mas, para além da academia, quando houve uma redução da repressão e censura ditatorial e os movimentos sociais ressurgiram, também entraram em cena os movimentos relacionados ao setor da saúde, mobilizados por estudantes, profissionais, docentes e pela própria população como, por exemplo, os movimentos vinculados ao Movimento Popular de Saúde (MOPS) e o Movimento da Renovação Médica, que foram importantes atores da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Nesta mesma década, no ano de 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que colocava em pauta a democratização da saúde, denunciava a ineficiência dos serviços de assistência médica e promovia espaços de debate, configurando-se como importante difusor da Reforma Sanitária (PAIM, 2012).

Assim, de acordo com Paim (2008), a partir da articulação dos debates entre os profissionais da área, estudantes, professores e os movimentos sociais, o movimento da Reforma Sanitária começou a se constituir em prol da mudança da atenção à saúde, tendo como pauta a sua democratização e a melhoria das condições de saúde da população,

No contexto da redemocratização o movimento ganhou maior força. Neste cenário de esperanças e transformações da sociedade, a pauta da reforma sanitária não se restringia às mudanças vinculadas diretamente aos serviços de saúde, uma vez que a própria concepção de saúde indicava a necessária articulação com outras lutas pois estas estavam, para o movimento, de modo direto ou indireto, relacionadas à saúde. Deste modo, o movimento sanitário somou-se à luta pela democratização do país e pelo fortalecimento das organizações da sociedade civil (PAIM, 2012).

A partir de todo este processo, as propostas da Reforma Sanitária acabaram chegando ao Ministério da Saúde. O debate gerou conflitos não só entre os setores conservadores e progressistas do governo, mas também entre os próprios integrantes do movimento (PAIM, 2008).

Para tratar destes impasses, no ano de 1986, foi convocada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) que, segundo Amarante (1998), foi um marco para o debate da saúde brasileira e para a Reforma Sanitária. Como enfatizado por Bravo (2007), a 8ª CNS destacou-se ao não restringir o debate aos técnicos do setor, introduzindo a participação popular.

De acordo com Paim (2008), a conferência estruturou-se a partir de três temas: a saúde enquanto direito inerente à cidadania, a reformulação do sistema nacional e o financiamento do setor. Dentre as principais propostas que se colocavam na perspectiva da Reforma Sanitária estavam: a universalização do acesso, a reestruturação do setor através de um sistema único de saúde e a concepção da saúde como um direito social (BRAVO, 2007).

Os debates foram subsidiados com textos solicitados a estudantes, profissionais e intelectuais da área, que levaram os conceitos da teoria crítica da saúde coletiva brasileira, como: “determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde” (PAIM, 2008, p.108).

Ainda em 1986, no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva foi elaborado, a partir das conclusões da 8ª CNS, um texto de subsidio para a nova Constituição Federal (PAIM, 2008). O processo constituinte, por sua vez, segundo Bravo (2007), foi marcado pelo embate entre os representantes do movimento sanitário e os representantes de grupos empresariais. Desse modo, o processo até a promulgação da Constituição de 1988 foi permeado por acordos políticos, tensões e debates.

O texto final culminou na promulgação do Sistema Único de Saúde (que será melhor apresentado a seguir), o acesso ao sistema foi posto como um direito universal e a responsabilidade ficou a cargo do Estado. Contudo, nem todas as propostas do movimento foram incluídas. Mas ainda assim, as conquistas representaram um avanço na defesa dos direitos sociais (PAIM, 2008).

Contudo, como demarcado por Lins (2015), na década de 1990 teve início a ofensiva da política neoliberal, no Brasil, com a eleição do presidente Fernando Collor (1990-1992). Como justificativa para o empreendimento de tal ofensiva, foi apresentada a necessidade de superação da crise econômica, por meio de reformas orientadas para o mercado e pelo enxugamento do Estado (LINS, 2015).

Os presidentes posteriores, Itamar Franco, em 1992 (após o *impeachment* de Collor) e Fernando Henrique Cardoso de 1995 até 2003, aprofundaram a perspectiva do ideário neoliberal. Como afirmam Castilho, Lemos & Gomes (2017), apoiados nas

elaborações de Behring (2003), as ações do Estado, no contexto das décadas de 1980/1990, pautavam-se em uma combinação de políticas voltadas ao crescimento econômico e políticas sociais baseadas na contenção de gastos.

Assim, essa perspectiva econômica, ao propor a redução de recursos públicos, teve impacto no desenvolvimento das políticas sociais e, portanto, também sobre a política de saúde (LINS, 2015). De um lado, empreendiam-se mecanismos de enfraquecimento ou inviabilização do caráter universal de tais políticas e por outro lado fortaleciam o sucateamento do setor público em favor da valorização do setor privado (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017).

O cenário da saúde, a partir desse contexto, é assim descrito por Soares (2010, p. 41):

(...) serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros.

Foi nesse cenário em que se gestou a implementação do SUS, onde, de um lado havia a luta pela efetivação dos pressupostos da Reforma Sanitária e, de outro lado, os mecanismos que valorizavam a efetivação de um Projeto Privatista, que concebia a saúde como espaço de lucratividade do mercado e as privatizações como a solução para os históricos problemas no setor da saúde (SOARES, 2010).

Dessa forma, mal tinha sido criado o SUS e o mesmo já sofria com ofensivas empreendidas pela lógica neoliberal, tornando cada vez mais distantes as preconizações do sistema na legislação e sua efetivação na realidade concreta.

Nos anos 2000, de acordo com Castilho, Lemos & Gomes (2017), havia a expectativa de uma inflexão no processo de desmonte de direitos através da eleição de Luis Inácio (Lula) da Silva em 2003. As propostas de Lula estavam fortemente marcadas em favor da pauta dos trabalhadores. Contudo, o que se estabeleceu foi um processo de continuidade da lógica neoliberal empreendida pelos governos anteriores (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017).

Nessa perspectiva de continuidade, o cenário da saúde nos governos Lula (2003-2010) e, posteriormente, no governo de Dilma Rouseff (2011-2016) também filiada ao PT (Partido dos Trabalhadores), foi marcado por aspectos como: o desfinanciamento (com a

constante redução de recursos), as privatizações (postas como necessárias para a melhoria da qualidade dos serviços), a terceirização de recursos humanos e a focalização da política de saúde (FIGUEIREDO, 2013).

Contudo, o governo de Dilma Rouseff passou por um período de instabilidade econômica que contribuiu para a constituição das bases que efetivaram o golpe jurídico-parlamentar que levou à presidência o ex-vice-presidente Michel Temer, em 2016 (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017).

O governo ilegítimo de Temer, por sua vez, diferencia-se dos dois últimos governos citados, pela aceleração e intensificação dos processos de ataque aos direitos, de forma muito menos mascarada. Em um período de dois anos, uma série de ações já foram executadas, alterando conquistas da carta constitucional de 1988 como, por exemplo, a “limitação dos gastos públicos em vinte anos, a desvinculação das pensões e aposentadorias das correções do salário mínimo; o desmonte da CLT e a lei de regulamentação da terceirização irrestrita” (CASTILHO, LEMOS & GOMES, p. 458, 2017).

Como Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018) apontam, as ações voltadas à saúde no governo Temer pautam-se em um discurso, que vem desde os anos de 1990, da necessidade de enfrentamento de uma crise no setor. Assim, colocam-se determinados ajustes, que configuram como perda de direitos, mas são apresentados como inevitáveis.

Como exposto em parágrafos anteriores, um dos principais problemas para a política de saúde, desde a década de 1990, tem sido a questão do financiamento. Não obstante, o governo Temer através da PEC 95/2016 congelou os gastos por 20 anos, resultando em uma redução ainda mais drástica dos recursos da saúde (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

As propostas do governo ilegítimo de Temer estão permeadas pelo discurso de valorização do setor privado. De acordo com Bravo, Pelaez & Pinheiro (2018) empreendeu-se também uma intensificação da articulação do setor empresarial da saúde, com vistas a propor modificações na política de saúde.

Nesse sentido, foram sugeridas alterações na Lei dos Planos de Saúde em vista de beneficiar as operadoras dos serviços e os Planos de Saúde Populares, proposta apresentada com a justificativa de uma suposta impossibilidade financeira de garantir os direitos postos na Constituição Federal de 1988, como o acesso universal (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

Outro elemento de destaque no governo Temer foram as alterações na Política Nacional da Atenção Básica e na Política de Saúde Mental (ambas serão melhor explicitadas a seguir), realizadas sem a devida participação dos mecanismos de controle social e que

culminaram no retrocesso de conquistas empreendidas há anos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

Assim, o governo Temer caracteriza-se, portanto, pela continuidade do processo iniciado na década de 1990, mas principalmente, pela intensificação do retrocesso e da redução dos direitos sociais.

Ao longo desses 30 anos, o SUS tem estado permeado por conflitos de interesses decorrentes das diferentes perspectivas de saúde (de um lado, a saúde enquanto direito e, por outro lado, a perspectiva da saúde enquanto mercadoria e enquanto um setor lucrativo). Estes conflitos colocam uma série de desafios para a efetivação do SUS na perspectiva do acesso universal, desqualificam o sistema, prejudicam a sua legitimidade política e social e favorecem à perspectiva do Projeto Privatista (NOGUEIRA & MIOTO, 2007).

No próximo item trataremos da organização do Sistema Único de Saúde e de seus pressupostos, com ênfase na Atenção Básica e poderemos compreender de que forma esta perspectiva privatista é prejudicial aos pressupostos da Reforma Sanitária.

1.2. A organização do Sistema Único de Saúde – enfoque na Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei 8.080 promulgada em setembro de 1990, dentro da perspectiva da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, e em acordo com a concepção de que elementos sociais e econômicos como o trabalho, a educação, as condições de moradia, de alimentação, etc, são determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, o sistema é regido por três princípios: a universalidade (que se refere ao direito de todos os cidadãos acessarem o sistema); a equidade (que postula que estes cidadãos devem ser atendidos de forma igualitária, em acordo com suas necessidades); e a integralidade (que coloca que o atendimento deve ser realizado sob uma perspectiva de visão integral do indivíduo, isto é, a partir do homem como um todo, abarcando as dimensões sociais e mentais, além da dimensão biológica) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O sistema foi definido pela lei como um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo que, a partir da perspectiva dos determinantes sociais, também são abarcadas como ações de saúde aquelas que se destinam ao bem-estar físico mental e social dos indivíduos (BRASIL, 1990).

As ações de promoção e proteção de saúde possuem caráter preventivo, visando a redução de fatores de risco. As ações de promoção podem ser executadas através de ações de

educação em saúde por meio de mecanismos como, por exemplo, debates em espaços públicos (escolas, igrejas, empresas, etc) e meios de comunicação (rádio, televisão, jornal). As ações de proteção podem ser exemplificadas pelas campanhas de vacinação, o saneamento básico, o acompanhamento odontológico, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

As ações de recuperação referem-se ao diagnóstico e tratamento de doenças e acidentes, a reabilitação parcial ou total e a reintegração dos indivíduos ao seu ambiente social e profissional. Estas ações são executadas por serviços ambulatoriais e hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A atenção à saúde, no SUS, estrutura-se a partir de três níveis de complexidade de atenção. A Atenção Básica (AB), o primeiro nível de complexidade, é o ponto referencial para acesso dos usuários ao sistema e constitui-se pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este serviço atende as principais demandas dos usuários que requerem procedimentos mais simples (MINISTÉRIO DA SAÚDE & CONASEMS, 2009).

O segundo nível, de média complexidade, é composto por ações e serviços que demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos de diagnóstico e terapêuticos. Compõem este nível os serviços de urgência e emergência, com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE & CONASEMS, 2009).

O nível de mais alta complexidade, o nível terciário, atende as demandas que requerem procedimentos de alta tecnologia e alto custo. Estão dentro deste nível os hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE & CONASEMS, 2009).

Os serviços e as ações que constituem o sistema são executados em todo o território nacional por órgãos e instituições públicas de nível federal, estadual e municipal, a partir de princípios organizativos, sendo estes: a regionalização (que coloca que os serviços devem ser oferecidos de acordo com a demarcação de determinada área geográfica); a resolubilidade (que se refere a capacidade de resolução da demanda que chega ao serviço); a hierarquização (que se refere aos três níveis de complexidade dos serviços); a descentralização (que trata da distribuição da responsabilidade da execução dos serviços entre as três esferas do governo); a participação dos cidadãos (que se refere a participação destes na formulação, controle e execução das políticas de saúde, através dos Conselhos de Saúde e a complementaridade do setor privado, que devem complementar as ações e os serviços em casos de insuficiência do serviço público) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A partir do exposto sobre a organização do SUS cabe então apresentar a Atenção Básica, o cenário em foco neste estudo. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB)⁵, dentre os níveis de complexidade do SUS, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁶ e caracteriza-se como:

(...) o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, pg. 68).

Nesse sentido, as ações da Atenção Básica se orientam a partir de cinco diretrizes baseadas no SUS e na RAS: a delimitação do território para o desenvolvimento das ações; o acesso universal ao serviço; o desenvolvimento de relações de vínculo entre a equipe profissional e os usuários; a coordenação da integralidade, onde o processo de trabalho deve estar centrado no usuário e as demandas que possuem diferentes matizes e, portanto, demanda ações interdisciplinares e o estímulo à participação dos usuários ampliando sua autonomia no processo de cuidado à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

De acordo com Castro (2009), em 1994 foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁷ como um mecanismo de reorganização da Atenção Básica para substituir o modelo tradicional de assistência à saúde (centralizado na cura de doenças)⁸.

A ESF tem como objeto central a saúde da família, pois entende-se que o espaço familiar possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. A equipe mínima na ESF é composta por médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem e cirurgião-dentista. Outros profissionais podem somar à composição das equipes, como assistentes sociais, no entanto, como prescrito pela PNAB, tal inserção depende da demanda institucional, da demanda da população e da realidade epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5 As informações estão de acordo com a Portaria 2.436 de 2017, sendo esta a alteração mais recente na PNAB.

6 A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi estabelecida pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e tem como objetivo garantir a integralidade do cuidado, através da articulação das ações e dos serviços de saúde. Compõem a Rede de Atenção Básica, as seguintes redes temáticas: A rede cegonha, a rede de atenção às urgências e emergências, a rede de atenção psicossocial, a rede de cuidado à pessoa com deficiência a rede de atenção à saúde de pessoas com deficiência crônica (BRASIL, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

7 A denominação inicial do ESF era *Programa* de Saúde da Família, no entanto, compreendeu-se que a palavra programa colocava a ideia de verticalidade e transitoriedade, portanto, em 1996 alterou-se a denominação para estratégia, devido ao objetivo de reorientação da atenção básica à saúde (CASTRO, 2009, apud CORBO et al, 2007).

8 Em 2017, a Portaria 2.436 priorizou a ESF como mecanismo de expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Soma-se à ESF o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde os agentes comunitários são profissionais que também compõem a equipe multiprofissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Outras estratégias e equipes⁹ também podem compor a Atenção Básica, mas de acordo com a Portaria 2.436 de Setembro de 2017, estas devem, além de estar em consonância com os princípios e diretrizes da referida portaria, ser instituídas de modo transitório para a ESF.

As ações de promoção e proteção da saúde desenvolvem-se a partir de áreas de abrangência delimitadas de até 4000 mil famílias por equipe (sendo 3000 mil o recomendado) e são orientadas pelos princípios que norteiam o SUS e a Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A partir do exposto, podemos considerar que, dentro da perspectiva de atenção integral à saúde, a Atenção Básica pode atender as mais variadas demandas da população, como as demandas relativas à saúde mental, seja no âmbito da promoção e proteção à saúde. Nos próximos itens apresentaremos esta relação e para isso partiremos do desenvolvimento da política de saúde mental até alcançar os elementos que constituem as possibilidades de atuação da Atenção Básica neste campo.

1.3. A especificidade da política de saúde mental - a loucura através dos séculos

Desde a Antiguidade, a concepção do que é saúde e do que é doença mudou diversas vezes de acordo com o contexto cultural, político, econômico e o período histórico de cada sociedade (SCLIAR, 2007). Do mesmo modo, em consonância a estas modificações, o entendimento sobre a loucura e as ações tomadas com relação aos indivíduos considerados loucos também passaram por transformações.

Na Antiguidade, as explicações para a doença e a loucura baseavam-se na vontade dos deuses. Assim, estas poderiam ser fruto do castigo divino (podendo ser curadas através de rituais e oferendas) ou um presente dos deuses aos homens mortais (pois acreditava-se que o delírio possibilitava o acesso ao plano divino) (DE TILIO, 2007).

Na Idade Média, a compreensão da loucura seguiu associada às concepções religiosas, mas associada somente ao castigo divino, como uma consequência do pecado e da aproximação com o mal. Havia a perspectiva de tratamento e cura, mas atrelada à fé. Assim,

⁹ Existem equipes da Atenção Básica para populações específicas como as Equipes de Saúde da Família Fluviais, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Equipes do Consultório na Rua.

acreditava-se que a cura poderia ser obtida através da reparação dos pecados, do exorcismo, autoflagelação e até mesmo pela morte na fogueira. (DE TILIO, 2007).

Os ditos “pecadores” e socialmente “desajustados” (ou seja, aqueles que não se adaptavam à ordem social estabelecida) eram submetidos a mecanismos de exclusão social ocupando asilos, guetos, prisões e hospitais (AMARANTE, 2007).

Estes hospitais da Idade Média não eram espaços de tratamento de enfermos, mas de asilamento, geridos pelas ordens religiosas. Eram locais caracterizados como “depósitos” de pessoas, tanto de doentes quanto de pobres e criminosos, submetidos a castigos físicos como “instrumentos” de reeducação e a precárias condições de existência (AMARANTE, 2007). No século XVII, após um longo processo de modificações, os hospitais se transformaram em instituições voltadas ao tratamento de enfermos. Mas ainda com a perspectiva de exclusão social.

O século XVIII ficou marcado pelo advento do pensamento iluminista que valorizava o pensamento científico, a razão e os conceitos que conduziram a Revolução Francesa (liberdade, igualdade e fraternidade), pela construção do conceito de cidadania e a construção do conceito de alienação mental, onde a loucura passou a ser entendida como objeto do saber médico (AMARANTE, 2007).

A alienação mental seria, de acordo com Amarante (2007) um distúrbio onde, despossuído da Razão (elemento que diferencia o homem das outras espécies da natureza), o indivíduo não seria mais capaz de responder por si mesmo, por estar “alienado”, ou seja, “fora de si” ou “fora da realidade”. Desse modo, a perda da Razão também significava a perda de sua liberdade, de seu livre arbítrio.

Nos hospitais psiquiátricos (também denominados manicômios), a ordem deveria ser mantida, através de medidas disciplinares, como explicitado por Silveira & Braga (2005, p. 593):

(...) surge uma arte de delimitação desse espaço físico, onde são fundamentais os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma a garantir que nenhum detalhe escape a esse saber. Dentro desse espaço esquadrihado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista .

Nesse contexto, as elaborações de Philippe Pinel, considerado como “pai da psiquiatria”, apresentaram algumas mudanças com relação ao tratamento do louco. Para Pinel,

era necessário que o indivíduo recuperasse a Razão e, para tanto, os loucos deveriam ser desacorrentados. Por outro lado, contudo, estas pessoas deveriam continuar isoladas nas instituições hospitalares, pois o isolamento, nas elaborações de Pinel, estava posto como um mecanismo terapêutico (AMARANTE, 2007).

O isolamento foi apresentado como mecanismo terapêutico porque, de acordo com as ideias de Pinel, possibilitaria um diagnóstico mais preciso através da observação e também seria uma forma de restituir a liberdade do sujeito, através do tratamento moral (processo de reeducação da mente) (AMARANTE, 2007).

Contudo, se por um lado, a perspectiva de “desacorrentar” os loucos significou uma mudança no trato a estes indivíduos, a perspectiva do isolamento e do tratamento moral também foi alvo de críticas por ser contraditória com relação aos ideais da Revolução Francesa ao postular que para recuperar a Razão (ou seja, o livre-arbítrio) o indivíduo precisava ser privado de sua liberdade (AMARANTE, 2007).

Assim, os indivíduos continuaram sujeitos a situações de violência, física ou moral e de cerceamento de liberdade, como apresenta De Tilio (2007, pg. 198):

(...) segundo Foucault (1999) e Goffman (1974) nestas instituições haveria uma clara divisão entre o grupo que controla (técnicos especializados) e o controlado (internos) causando submissão dos segundos aos primeiros que não raro extrapolaria as medidas ditas terapêuticas consideradas necessárias pelos especialistas, gerando privações extras aos internos como: barrar/ restringir o acesso à informação, estabelecer a ociosidade generalizada e a ausência de atividades que visassem a recuperação adequada, confinamento excessivo, violação de correspondência pessoal, negação de possuírem objetos pessoais ou estimados, agressões físicas quando não cumpridas as “regras”, enquadramento forçado em atividades coletivas (horários para banho, alimentação, acesso a pavilhões, alas, quartos e atividades, uso de uniformes e cortes de cabelo), medicação obrigatória, uso do eletro choque e celas-fortes como punições, entre outros (DE TILIO, 2007, p. 198).

Segundo Amarante (2007), elementos como a superlotação, a segregação de marginalizados, as denúncias de violências infligidas aos internos fizeram com que, cada vez mais, este modelo fosse criticado, assim como o próprio saber psiquiátrico.

Estes questionamentos ganham novas proporções a partir dos rebatimentos gerados pelo conflito da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que teve rebatimentos em todo o globo no âmbito econômico, político, social e também sobre o psicológico dos sujeitos (AMARANTE, 2007).

Neste contexto, pode-se citar como exemplo a experiência inglesa, onde muitos soldados precisaram de auxílio para se recuperarem (mentalmente) dos impactos da guerra e

serem reinseridos no mercado de trabalho. Isto causou o aumento da demanda em um cenário de escassez de recursos (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2007), mediante a experiência guerra, as ações praticadas no interior dos espaços psiquiátricos começaram a ser questionadas, a partir da observação de que estas não eram diferentes das práticas empreendidas nos conflitos.

Foi a partir dos elementos que compõem este cenário que se estabeleceram as bases para as experiências de “reforma psiquiátrica”, empreendidas em vários países do globo. Estas experiências contribuíram, apesar de suas diferenças, para a construção de um novo modo de compreensão e tratamento da loucura e serão melhor tratadas a seguir (AMARANTE, 2007; DE TILIO, 2007).

1.4. Algumas experiências de Reformas Psiquiátricas e o processo brasileiro

As experiências de Reforma Psiquiátrica ocorreram em diversos países da Europa como França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos, de acordo com o contexto político, social e econômico de cada país e a partir de diferentes propostas de viabilização das necessárias transformações (AMARANTE, 2007).

Apesar desta variedade de ideias e das particularidades de cada experiência, estes processos também tiveram pontos em comum e influenciaram uns aos outros de acordo com seus êxitos e desacertos (AMARANTE, 2007).

Como explicitado por Amarante (2007), para a chamada Psicoterapia Institucional¹⁰, desenvolvida na França na década de 1940 e para a experiência das Comunidades Terapêuticas¹¹, na Inglaterra a partir do final da década de 1950, o elemento que dava base para a necessidade de transformação do hospital psiquiátrico estava na forma de gestão. Assim, para se obter êxito nas ações dessas instituições, seria necessária uma transformação da dinâmica no interior dos hospitais.

Já a Psiquiatria de Setor¹², processada na França a partir da década de 1950 e a

10 Protagonizada por François Tosquelles, caracterizava-se pela vertente de horizontalidade das ações intra-institucionais, pela escuta polifônica (ou seja, não redução da escuta à correntes conceituais) e pela noção de acolhimento, onde a equipe era essencial no suporte e na referência dos internos (AMARANTE, 2007).

11 Difundida por Maxwell Jones, essa experiência inglesa caracterizava-se pela atribuição da função terapêutica à todos os profissionais e pela horizontalidade e “democratização” das relações, como afirmado pelo próprio Jones (AMARANTE, 2007).

12 Lucien Bonnafé apresentava a ideia de continuidade do tratamento terapêutico após a alta hospitalar, desse modo, as enfermarias foram divididas de acordo com os “setores” administrativos das regiões francesas para que, após a alta, os ex-internos fossem encaminhados para os Centros de Saúde Mental correspondente ao setor e à enfermaria, sendo acompanhados pela mesma equipe multiprofissional (deve-se destacar portanto que o tratamento aqui não se dava exclusivamente pelo profissional médico psiquiatra) (AMARANTE, 2007).

Psiquiatria Preventiva¹³, nos Estados Unidos na mesma década, apontavam para o esgotamento do modelo hospitalar. Desse modo, postulava-se que a partir de serviços assistenciais, gradativamente, poderiam ser reduzidas a importância e a necessidade do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2007).

Além destas, Amarante (2007) também destaca outras duas experiências, que se diferenciaram das anteriores por questionarem o modelo científico psiquiátrico. Uma destas foi a Antipsiquiatria, corrente fundada na Inglaterra por Ronald Laing (final da década de 1950) que, em contraposição à psiquiatria, considerava que a doença mental originava-se a partir das relações desenvolvidas entre os sujeitos e a sociedade e não somente a partir do biológico.

A outra experiência destacada por Amarante (2007) é da Psiquiatria Democrática, que emergiu na Itália durante a década de 1960, encabeçada por Franco Basaglia. A esta devemos dedicar especial atenção, pois foi a principal influência para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Psiquiatria Democrática teve sua origem a partir da inserção de Basaglia em um hospital psiquiátrico localizado na cidade de Gorizia, na Itália onde precisou utilizar dos já conhecidos mecanismos da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, na tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição que, segundo ele, parecia um campo de concentração nazista (AMARANTE, 2007).

Contudo, estes mecanismos não se mostraram suficientes para o tratamento e reabilitação dos internos e, assim, Basaglia constatou que era necessário que as transformações fossem mais a fundo, tratando própria psiquiatria e do chamado “aparato manicomial” que se refere à estrutura física do hospício e também ao: “conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007, p. 56).

Assim, o que Basaglia propôs foi a desconstrução do manicômio. Nesse sentido, experiências como a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional passaram a ser utilizadas não como fim último, mas como estratégias para a desmontagem da estrutura manicomial. Além disso, Basaglia também se baseou nas experiências anteriores, a partir de seus erros e acertos (AMARANTE, 2007).

13 Corrente fundada por Gerald Caplan que postulava que as doenças mentais poderiam ser prevenidas se fossem detectadas precocemente. Essa identificação dava-se pela observação de comportamentos desajustados à norma (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2007), a experiência na cidade italiana de Trieste foi a primeira elaborada dentro dessa perspectiva e, a partir de seu êxito, influenciou os processos desenvolvidos em todo o globo, inclusive no Brasil na década de 1980, ponto que será exposto nos próximos parágrafos.

Dentro dessa experiência foram criados serviços substitutivos ao modelo manicomial, os chamados Centros de Saúde Mental (CSM). Além disso, também foram desenvolvidas estratégias de “inclusão social”¹⁴, através de mecanismos como as cooperativas de trabalho e residências, além de outras formas de participação social como oficina de trabalho, grupos musicais, grupos de teatro, etc. (AMARANTE, 2007).

Foi esta perspectiva e experiência que serviu de maior inspiração para o projeto da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, a partir da década de 1970. O cenário no contexto brasileiro era semelhante ao das instituições do exterior, demarcado pela centralidade no saber biomédico, a privação da liberdade e a violência.

Contudo, a realidade brasileira chocou até mesmo Basaglia, como conta Arbex (2013) que, em visita ao Hospital Colônia localizado na cidade de Barbacena – MG, além de comparar o cenário aos campos de concentração nazista, afirmou que não havia visto cenas como aquela em nenhum outro lugar do mundo.

No Hospital Colônia, ao longo de seus 80 anos de funcionamento (1903-1980), morreram cerca de 60 mil internos devido à fome, ao frio, por doenças e pela violência. A grande maioria não possuía nenhum diagnóstico. Eram pessoas “indesejáveis” como homossexuais, prostitutas, criminosos, meninas que foram abusadas por seus patrões, mulheres aprisionadas pelos próprios maridos e até mesmo crianças deficientes ali depositadas pelos próprios pais. Este é apenas um exemplo do cenário geral das instituições psiquiátricas brasileiras (ARBEX, 2013).

Segundo Amarante (1998), foi a partir da crise na Divisão Nacional de Saúde Mental que integrava o Ministério da Saúde em 1978, que o debate da Reforma Psiquiátrica foi impulsionado. A partir dessa crise ocorreu uma greve de funcionários devido às precárias condições de trabalho, aos vínculos empregatícios ilegais e as situações de ameaça e violência

¹⁴ Entendemos o termo “inclusão social”, utilizado por Amarante (2007), como uma expressão funcional à lógica do capital, pois entende-se como “inclusão social” a partir do acesso ou não acesso a determinados direitos e são colocadas como via de inclusão o empreendimento de políticas públicas voltadas a parcelas segmentadas da população. Assim, desconsidera-se o todo complexo que alicerça a exclusão. No entanto, entendemos que a exclusão social está fundamentalmente articulada a questão social e só poderia ser efetivamente abolida mediante a superação do modo capitalista de produção (SILVA, 2011).

tanto para funcionários quanto para os pacientes. As denúncias do movimento grevista resultaram na articulação de grupos, assembleias e entidades da sociedade, dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que propôs a reformulação do sistema assistencial e, a partir de uma postura crítica com relação ao saber psiquiátrico, encaminhou propostas de transformação para unidades de psiquiatria e buscou influenciar as políticas públicas de saúde (AMARANTE, 1998).

O período do fim da década de 1970 foi marcado por uma série de debates no campo da psiquiatria, abarcando as discussões que ocorriam no exterior e envolvendo também outros campos da área da saúde que contribuíram para o momento de inflexão vivenciado por esta área de conhecimento (AMARANTE, 1998).

A exemplo, podemos citar o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que ocorreu em 1978 e ficou conhecido como “Congresso de Abertura” porque, pela primeira vez, um movimento de saúde mental participou de um evento de setores conservadores trazendo à luz do dia as mais variadas polêmicas relativas à saúde mental (AMARANTE, 1998).

Em 1979, ocorreu o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que apresentou a compreensão da saúde vinculada ao social, ao político e ao econômico. No III Congresso Mineiro de Psiquiatria foram levantadas questões relativas à participação popular e à ordem psiquiátrica. No II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental colocou-se em pauta a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos (AMARANTE, 1998).

O I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, que ocorreu em 1986, caracterizou-se como um desdobramento da 8ª CNS ao incorporar em sua pauta decisões da conferência como a implantação da reforma sanitária e a criação do SUS (AMARANTE, 1998).

Nos anos seguintes, as proposições da Reforma Psiquiátrica começaram a tomar corpo na realidade concreta, pois de acordo com Guljor (2003), todas estas manifestações resultaram em um processo de transformação do modelo manicomial tradicional para um modelo alternativo, o modelo de atenção psicossocial. A proposta dos serviços de atenção psicossocial apresentou o oposto do modelo manicomial: o usuário não deve ser entendido como sujeito reduzido a sua doença, mas como sujeito que está inserido em uma determinada dimensão social, possui uma história, necessidades e desejos (GULJOR, 2003). Nesse sentido, estes serviços devem oferecer a possibilidade da construção conjunta das soluções para estes usuários, tendo nesse espaço a possibilidade de se expressar e ser escutados, a partir do estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários (AMARANTE, 2007).

Esse modelo propôs que a intervenção deveria ocorrer a partir de um olhar ampliado sobre o usuário, abrangendo diferentes áreas do conhecimento e descentralizando as ações do saber biomédico (GULJOR, 2003). Desse modo, poderiam atuar nestes serviços diversas categorias profissionais, para além das categorias da saúde (AMARANTE, 2007).

Além disso, no modelo de atenção psicossocial deve-se desenvolver atividades que possibilitem a troca de experiências e “inclusão social”. Para tanto, parte-se da atuação na perspectiva da intersetorialidade, articulando-se com os diversos recursos existentes no entorno, em vista da construção de uma rede de atenção à saúde mental, onde as possibilidades não se esgotem no espaço físico do serviço (AMARANTE, 2007).

Esse modelo alternativo foi construído aos poucos, a partir do enfrentamento dos impasses e desafios que se apresentaram e, como expõe Guljor (2003), dois exemplos se destacam na construção dessa nova proposta: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

O CAPS Luiz Cerqueira foi criado em 1987, na cidade de São Paulo, com objetivo de ser referência para o tratamento de transtornos mentais graves. Esta foi a primeira unidade de serviço de atenção em saúde mental desvinculada de uma unidade de saúde tradicional ou hospital psiquiátrico, com práticas contrárias ao modelo tradicional (centralizado no saber médico, ações verticalizadas e hierarquizadas, onde não se considerava as necessidades e os desejos dos sujeitos) (GULJOR, 2003).

Dois anos depois, em 1989, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial¹⁵ (NAPS) em Santos, que tinham o objetivo de serem instrumentos para a transformação dos serviços de saúde mental e a base da organização destes serviços. Com relação ao CAPS possuíam algumas especificidades que os diferenciava, dentre elas o horário de funcionamento (24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados).

O fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, no ano de 1989, segundo Hirdes (2009), foi o marco inicial do processo de passagem para outros modelos de tratamento. Entre os anos de 1991 a 1995, foram criados mais de 100 Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, 30 hospitais privados foram fechados e 2065 leitos psiquiátricos foram criados em hospitais gerais (AMARANTE, 1995).

15 Em 2002, a portaria nº 336 alterou a denominação do NAPS, que passou a ser apenas CAPS, diferenciados por ordem de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (para crianças e adolescentes) e CAPS ad (para usuários de álcool e outras drogas e transtornos recorrentes do uso substâncias psicoativas).

No tocante às legislações, Guljor (2003) destaca alguns pontos considerados como positivos para o campo da saúde mental, como a inserção do CAPS na tabela de procedimentos do SUS, em 1991, através da Portaria MS/SAS nº 189/91 e, no ano seguinte, a regulamentação do funcionamento dos (até então) NAPS e dos CAPS através da Portaria MS/SAS nº 224/92.

Os anos 2000 foram demarcados por avanços na construção da Política de Saúde Mental brasileira. Contudo, assim como a saúde em geral, o campo da saúde mental também insere-se no campo de disputa de interesses, desse modo, mesmo os avanços estiveram permeados por tensionamentos no campo político, econômico e sociocultural (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

Um fator importante no tensionamento existente na construção da Política de Saúde Mental é a desmobilização do movimentos sociais ocorrida na década de 1990, que aconteceu com movimentos articulados com a Reforma Sanitária e do mesmo modo com os movimentos articulados à Reforma Psiquiátrica. Como aponta Vasconcelos (2012), estes movimentos se tornaram cada vez mais dependentes dos governos em suas três esferas e com o Governo Lula, essa dependência se acentuou.

Elementos como a privatização, terceirização e precarização das relações de trabalho são apontados por Vasconcelos (2012) como fatores que acentuam esse cenário, uma vez que os trabalhadores desse contexto são caracterizados como menos politizados e combativos. No governo Dilma, demarca-se a continuidade desse processo.

Vasconcelos (2012) também destaca a postura dos governos Lula e Dilma frente a questões mais polêmicas, como ações de combate ao crack, onde o governo posicionou-se de forma conciliadora, evitando o confronto com forças conservadoras, valorizando intervenções prejudiciais a curto prazo e desvalorizando a construção de ações que sejam realmente efetivas.

Tratando das legislações que constituíram a Política de Saúde Mental, podemos citar Lei nº 10.216 (conhecida como Lei Paulo Delgado), sancionada em 2001, que dispôs sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais e direções sobre o modelo da assistência em saúde mental (BRASIL, 2001). Dentre outras postulações, a lei estabeleceu como direito o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, o acesso do usuário às informações relativas à sua doença e o tratamento por meios que sejam menos invasivos e preferencialmente em espaços comunitários. Além disso, também definiu que as internações devem ser feitas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem realmente ineficientes (BRASIL, 2001).

Contudo o texto final, aprovado após 12 anos de tramitação, apresentou elementos distantes do projeto original como, por exemplo, a proposta de extinção dos manicômios e substituição por outros serviços. No entanto, manteve-se a estrutura hospitalar existente e a substituição apareceu como proteção de direitos e redirecionamento (LUZIO & YASUI, 2010).

Outro importante elemento de destaque na Política de Saúde Mental é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, através da Portaria nº 3.088. O objetivo da RAPS é atender as demandas de usuários com sofrimento ou transtorno mental e as demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). A rede organiza-se através de diversos pontos de atenção que devem atuar de forma articulada no atendimento das demandas de acordo com as necessidades do usuário, não havendo, portanto, uma estrutura de hierarquização na organização desta rede de serviços (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Partindo para o cenário mais recente, no governo Temer, foi aprovada a Portaria 3.588/17 que, sem consulta prévia aos mecanismos de controle social, ampliou os recursos destinados à criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, fortalecendo as internações. Esta portaria, além de não contar com a participação social em seu processo de elaboração, significou um retrocesso dentro da perspectiva de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, pressuposta na Lei 10.216, ao fortalecer às internações (BRAVO, PELAEZ & PINHEIRO, 2018).

Considerando todos estes elementos históricos e regulatórios do campo da saúde mental, podemos apresentar como se processam as ações deste campo na Atenção Básica, uma vez que esta é responsável por atender as demandas mais rotineiras da população. E, compreendendo que a saúde não está relacionada somente ao biológico, mas também ao mental e ao social, pode e deve responder também às demandas relativas à saúde mental.

1.5. A saúde mental na Atenção Básica

Como vimos nos parágrafos anteriores, a partir deste trajeto histórico da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, se constituiu um novo modelo de atenção a saúde em geral e a saúde mental. Neste novo modelo, a Atenção Básica tem um papel significativo, devido as potencialidades decorrentes de sua estrutura. Isto é, a Atenção Básica tem objetivo de reverter o modelo de atenção centrado na doença e de atender as demandas que requerem baixa tecnologia, que são as mais frequentes da população. Desse modo, como posto por

Amarante (2007), a partir da potencialidade de resolutividade da Atenção Básica poderia ser dispensada a necessidade de encaminhamentos para outros níveis de atenção e esta poderia ser, também, uma estratégia de “desmedicalização”.

Segundo Amarante (2007), a medicalização pode ter dois sentidos: o primeiro refere-se a apropriação da medicina de elementos que fazem parte do âmbito econômico, social ou político. Nas palavras de Amarante (2007, p. 97): “o termo está relacionado à possibilidade de fazer com que as pessoas sintam que seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após a perda de um familiar que, ao ser ‘medicalizada’, torna-se uma depressão; e a pessoa, um ‘paciente deprimido’”. O outro sentido do termo refere-se a utilização de medicamentos para responder ao tipo de situação acima exemplificado e quanto a este sentido o referido autor coloca que o termo mais adequado seria “medicamentação”.

A partir disso, a inserção da saúde mental na AB tem sido apontada desde a década de 1990, quando foi aprovada a Portaria Nº 244 de janeiro de 1992, primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS, que estabeleceu a UBS, junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços preferenciais de atenção à saúde mental (WENSCELAU & ORTEGA, 2015).

Em 2003 foram propostas diretrizes para inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, através do documento “*Saúde mental e atenção básica: vínculo e diálogo necessários*” elaborado pelo Ministério da Saúde a partir de uma série de oficinas realizadas nos anos anteriores com a participação de gestores, profissionais de saúde mental e da Atenção Básica junto a representantes do Ministério da Saúde.

A articulação entre saúde mental e Atenção Básica deveria fundamentar-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica e nos princípios do SUS. Desse modo, são colocados como princípios essenciais:

Noção de território, organização da saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 3).

As diretrizes propostas para a articulação entre a saúde mental e Atenção Básica foram: o apoio matricial (suporte técnico às equipes da Atenção Básica por parte de equipes de saúde mental, será melhor explicitado a seguir); formação profissional (sendo esta a principal estratégia para inclusão da saúde mental na Atenção Básica); e a inclusão de

indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) como estratégia para avaliação e planejamento em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A Portaria Nº 336 de 2002, tratando do modelo de atuação dos CAPS, colocou que estes deveriam supervisionar e capacitar as equipes da Atenção Básica nos atendimentos relativos à saúde mental (WENSCESLAU & ORTEGA, 2015).

Atualmente, a Atenção Básica deve ser porta de entrada para as Redes de Atenção à Saúde, dentre estas, a RAPS. As responsabilidades da AB com relação à saúde mental envolvem o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cuidado e redução de danos que, sempre que necessário, devem ser compartilhadas com os demais pontos de atenção que compõem a rede (BRASIL, 2011).

A AB também é, dentro da RAPS, descrita como ponto de atenção na urgência e emergência, sendo responsável por ações como o acolhimento, classificação de risco e cuidado. A RAPS também prevê que a partir do Projeto Terapêutico Individual¹⁶ construído no CAPS de modo conjunto entre usuário e família, o cuidado deve ser ordenado pelo CAPS ou pela Atenção Básica para garantir o acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Esta integração entre a atenção à saúde mental e a Atenção Básica é proporcionada através de um mecanismo organizacional chamado apoio matricial ou matriciamento. O Ministério da Saúde (2004) define que o apoio matricial visa complementar as equipes da Atenção Básica através de suporte prestado pelas equipes de saúde mental. Através do matriciamento, a equipe pode receber suporte na condução de casos, nas intervenções psicossociais específicas (como grupos), na realização de atividades de educação em saúde, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Além de possibilitar a integração da saúde mental na Atenção Básica, o matriciamento também é uma alternativa integradora para superação da lógica tradicional e burocrática dos encaminhamentos, referências e contra-referências e centralização do atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Nota-se, portanto, a ordem de importância da Atenção Básica na rede de assistência à saúde mental. Esta posição fundamenta-se em alguns elementos, que são expostos por Wenceslau & Ortega (2015) que, ao revisarem estudos internacionais¹⁷ que

16 O Projeto Terapêutico Individual ou Projeto Terapêutico Singular é uma estratégia de cuidados construído de maneira coletiva entre a equipe multiprofissional que leva em conta as necessidades, as expectativas e o contexto social do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

17 Wenceslau & Ortega (2015) baseiam-se no documento *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, da Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e em editoriais da revista *Mental Health in Family Medicine: Integrating mental health into primary health care* (FUNK, et al, 2008); *No mental health with out primary care* (FUNK, et al, 2008), *Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action* (IVBIJARO, et al, 2008).

atestam a efetividade do atendimento de saúde mental na Atenção Básica, apresentam os elementos fundamentais dessa articulação. O primeiro destes elementos é a proximidade da AB com os usuários. A concepção de território facilita o acesso e permite o desenvolvimento da relação de vínculo entre usuários, profissionais e também familiares.

Além disso, a proximidade e perspectiva do cuidado contínuo permitem a identificação precoce dos transtornos mentais e a menor probabilidade de promoção do preconceito e do estigma. Wenceslau & Ortega (2015) também pontuam a possibilidade da atenção integral à saúde, que considera não só as questões relativas ao mental, mas o físico e social enquanto elementos articulados.

No entanto, Wenceslau & Ortega (2015) destacam as indagações acerca do atendimento por profissionais não-especializados e argumentam, tendo como bases estes estudos que, a eficácia não está relacionada à especialização, pois os resultados da Atenção Básica têm sido equivalentes ou até mesmo melhores. Além disso, de acordo com estes autores, pesquisas também apontam que após programas educativos, os profissionais estão capacitados para reconhecer transtornos mentais e apresentam um manejo satisfatório destes.

Na Atenção Básica, de modo especial na ESF, como mencionado anteriormente, o quadro de profissionais da equipe multiprofissional é composto por médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliar ou técnico em saúde bucal, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Mas para além desse quadro, também podem ser inseridos profissionais como assistentes sociais a depender da demanda e da realidade institucional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Entendemos que a presença do assistente social na composição da equipe multiprofissional, apesar de não ser obrigatória, é de suma importância dentro da compreensão da saúde a partir dos determinantes sociais. Se há espaço para entender os sofrimentos mentais a partir do ângulo social, o Serviço Social se constitui como uma profissão capaz de contribuir na intervenção e é dessa relação entre a profissão, o social e a saúde mental que trataremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO A SAÚDE MENTAL

2.1. A trajetória do Serviço Social no Brasil

O Serviço Social surgiu no Brasil a partir do contexto social, político e econômico da década de 1930, período demarcado pela inserção do país na dinâmica do capital mundial na fase de fortalecimento do capitalismo monopolista. Tal inserção demandou novos encargos para o Estado, tanto com relação ao plano econômico, quanto com relação ao plano político-ideológico, a fim deste dar suporte à dinâmica de funcionamento do capital (ORTIZ, 2010).

Dentre as novas atribuições, ficou a cargo do Estado a manutenção da força de trabalho, devendo este atuar como conciliador e disciplinador da classe trabalhadora (ORTIZ, 2010). Desse modo, o Estado modificou sua forma de enfrentamento das expressões da questão social passando da via da repressão e criminalização, para a via política (BEHRING & BOSCHETTI, 2009).

Nessa lógica de enfrentamento das expressões da questão social, os anos de 1930 demarcaram a introdução da política social no Brasil, como mecanismos funcionais em favor da reprodução material dos trabalhadores e também à imagem do Estado como mediador de interesses (ORTIZ, 2010 apud NETTO, 1996).

Além disso, como destacado por Behring & Boschetti (2009), as políticas sociais se delinearam a partir de uma perspectiva fortemente marcada pelo positivismo, ou seja, a partir de compreensão de culpabilização dos sujeitos, onde apontava-se a necessidade de adequação e adaptação destes para acompanhamento da dinâmica e do processo de evolução da sociedade caracterizada como harmônica, de acordo com essa concepção (BEHRING & BOSCHETTI, 2009).

O Estado então requisitou um profissional capaz de atuar na intermediação dos conflitos entre capital e trabalho e de guiar e disciplinar os sujeitos integrantes das camadas mais pobres, dentro do perfil de “profissional da ajuda” e de “aconselhamento”, para adequá-los a dinâmica da sociedade (BEHRING & BOSCHETTI, 2009; ORTIZ, 2010).

Entrou em cena então a Igreja Católica que de um lado, segundo Ortiz (2010), passava por um processo de reorganização, através da chamada “Ação Católica” em vista da “recristianização da humanidade” e também da manutenção de seus interesses e privilégios. E por outro lado, possuía preceitos que corroboravam com a perspectiva positivista e com os projetos político-ideológicos em processo.

Exemplo disso é a filosofia de São Tomás de Aquino, conhecida como neotomismo, onde o homem, apesar de finito, deveria buscar a perfectibilidade inerente ao seu ser (por ter sido criado à imagem e semelhança de Deus) reajustando-se de acordo com a moralidade cristã, se necessário com auxílio de terceiros, em prol do bem comum (ORTIZ, 2010).

Assim, combinada à perspectiva de sociedade harmônica e de ajustamento dos sujeitos, a Igreja apresentou-se como instituição capaz de subsidiar a formação destes profissionais que começaram a ser requisitados pelo Estado (sendo esta também uma oportunidade para a “recristianização” do país).

Quando, por volta da década de 1940, foram requisitadas novas metodologias de intervenção, a profissão incorporou técnicas norte-americanas, como o Serviço Social de Caso e de Grupo. O primeiro, tratava-se de um método de intervenção na perspectiva da personalidade do indivíduo em vista do ajustamento social. O segundo, utilizava da metodologia de grupo em uma perspectiva educacional, com objetivo de ajudar os indivíduos a se auto-desenvolverem e se ajustarem às normas do contexto social (ANDRADE, 2008)

Por 30 anos, a atuação do Serviço Social esteve norteadada, no âmbito teórico e técnico, com base nos princípios dos ideais positivistas e da Igreja Católica (ORTIZ, 2010). Mas, após três décadas desde sua emergência, o Serviço Social passou por um processo de conversão dos pressupostos da profissão. Este processo teve início com os acontecimentos de agitação social em ebulição a partir da década de 1950 na América Latina, com o levante de movimentos de contestação à ordem e o início de regimes ditatoriais em vários países do continente (SILVA, SILVA & JUNIOR, 2016).

Segundo Silva, Silva & Junior (2016), dentro deste cenário de questionamentos e novas requisições o Serviço Social passou por um processo de reflexão crítica voltado a sua trajetória e seus objetivos, denominado de Movimento de Reconceituação que teve expressão de modo especial nos países do cone sul.

O Movimento de Reconceituação se constituiu no cenário brasileiro no contexto de ascensão dos movimentos sociais e de resistência ao regime de ditatorial. Como exposto por Montañó & Duriguetto (2010), entre os anos de 1961 e 1964, os movimentos sociais, estudantis e sindicais brasileiros vivenciaram um forte momento de ascensão, sob a pauta das lutas pela “Reforma de Base”, que aglutinava questões como a reforma agrária, urbana, política e universitária.

Nos primeiros anos da ditadura militar, os movimentos sociais chegaram a se expandir, lutando pela liberdade democrática, forçando o regime militar a atuar combinando

atos repressivos com atos de negociação (MONTAÑO & DURIGUETTO, 2010). Por outro lado a ditadura, de acordo com seus objetivos econômicos e políticos, também apresentou novas demandas para o Serviço Social, ampliando o mercado para a profissão e, conseqüentemente, transformando a formação e as ações práticas (SILVA, SILVA & JUNIOR, 2016).

Estes foram os elementos que deram base para o processo de rompimento com questões fundamentais do Serviço Social tradicional no contexto brasileiro. Contudo, há de se destacar que, o Movimento de Reconceituação, expressivo no cone sul do continente latino americano, não foi tão expressivo em nosso país.

No Brasil, desenvolveu-se um processo de ruptura, chamado Processo de Renovação, dividido em três vertentes: Primeiro, a vertente modernizadora, que pretendia adequar a profissão à conjuntura, mas sem romper com as bases tradicionais. Depois a vertente da reatualização do conservadorismo, que propunha o desenvolvimento de uma prática voltada para ajuda psicossocial em vista da transformação e/ou adequação do sujeito à dinâmica da sociedade e uma reaproximação com os pressupostos da doutrina social da Igreja Católica (SILVA, SILVA & JUNIOR, 2016). E, por último, a vertente da intenção de ruptura com o tradicionalismo da profissão, a qual devemos destacar pois, ao colocar a necessidade de rompimento com as bases conservadoras do Serviço Social e incorporar novas fundamentações teóricas para a profissão, o desenvolvimento dessa vertente contribuiu para a constituição do Serviço Social contemporâneo

A perspectiva da intenção de ruptura emergiu, segundo Netto (2015), na segunda metade da década de 1970, no curso de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. Esta primeira elaboração da intenção de ruptura, denominada de “Método BH” deu início a uma crítica produção teórico prática, propondo uma alternativa global em contraposição ao tradicionalismo profissional. Em 1979, ocorreu o III Congresso Brasileiros de Assistentes Sociais que ficou conhecido como “Congresso da Virada” e demarcou a conversão do posicionamento ético-político da profissão.

Na lógica de rompimento com o conservadorismo, a perspectiva da intenção de ruptura adotou como referência a tradição marxista, com a qual os profissionais passaram a ter contato através da militância política (NETTO, 2015). Assim, as elaborações desta vertente repercutiram no Serviço Social brasileiro, sob a luz do marxismo e como assinalado por Netto (2015, p. 383) colocaram em cheque as:

(...) questões referentes à dinâmica contraditória e macroscópica da sociedade, apanhadas numa angulação que põe em causa a produção social (com ênfase na crítica da econômica política), que ressalta a importância da estrutura social (com o privilégio da análise das classes e suas estratégias), que problematiza a natureza do poder político (com a preocupação com o Estado) e que se interroga acerca da especificidade das representações sociais (indagando-se sobre o papel e as funções das ideologias).

Desse modo, Netto (2015) aponta que esta renovação crítico-analítica possibilitou a constituição de novos aportes práticos-operativos para a profissão. Estes novos aportes também foram requisitados para além da conjuntura da profissão, uma vez que na década de 1980 as transformações societárias demandaram novas requisições para as profissões em geral, que precisaram se reorganizar a partir de novos modos de intervenção. As modificações para responder às novas demandas foram de tamanha profundidade que englobaram “todo o complexo (teórico, prático, político e, em sentido largo, cultural) que é constitutivo de cada profissão” (NETTO, 1996, pg. 89).

Desse modo, as transformações no Serviço Social estiveram associadas ao desenvolvimento da crítica ao tradicionalismo e também às novas demandas postas pelas transformações societárias. A partir deste cenário, a tradição marxista tornou-se influência hegemônica e a profissão convergiu em um sentido totalmente oposto aos preceitos postulados pela profissão no contexto de sua emergência na década de 1930.

A partir da década de 1980, o Serviço Social construiu um novo acúmulo teórico para direção do exercício profissional. Segundo Yazbek (2009), foi elaborado, por meio de suas entidades representativas, um projeto ético-político profissional que deu base e conduziu às transformações no âmbito das regulações da formação e do exercício profissional. No entanto, é importante salientar que, mesmo que esta direção tenha se construído baseada na perspectiva marxista, os debates desenvolvidos na construção desse projeto ético-político estiveram permeados pela pluralidade de diferentes perspectivas teórico-metodológicas e posições ideopolíticas, elemento que ainda se faz presente na profissão (YAZBEK, 2009).

Em 1982 ocorreu a reforma curricular que, de acordo com Castro & Toledo (2012), desenvolveu-se em acordo com a perspectiva de uma nova prática profissional voltada para os interesses dos usuários, em acordo com aos recém incorporados conceitos da teoria social de Marx. Nesse sentido da incorporação de elementos marxistas, em 1986 foi elaborado um novo Código de Ética, onde os valores e princípios atribuídos aos assistentes sociais estiveram articulados a conceitos como historicidade, contradição e luta de classes e pelo horizonte de superação do capitalismo (BARROCO, 2001)

A partir do amadurecimento da profissão com relação a teoria social de Marx, em 1993 um novo Código de Ética foi formulado. O Código de Ética de 1993 apresenta valores como: autonomia, liberdade, democracia, respeito às diferenças, mobilização e organização popular. A finalidade da profissão está voltada para uma perspectiva de contribuição para afirmação e efetivação dos direitos sociais, pautada na luta pela efetivação e/ou ampliação da cidadania e a superação das condições de exploração e dominação (BARROCO, 2001).

Também em 1993 foi aprovada a Lei 8.862 que dispõe sobre a profissão (BRASIL, 1993) e 1996, o novo sentido dado a formação e a prática profissional apareceu no currículo mínimo, aprovado em 1996, que deu base para as diretrizes curriculares lançada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (hoje denominada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS).

Este último documento tem como pressupostos norteadores para formação profissional quatro elementos: a particularidade do Serviço Social enquanto profissão interventiva no âmbito da questão social; a mediação da relação entre Serviço Social e questão social por processos sócio-históricos e teóricos-metodológicos; o agravamento da questão social frente a ideologia neoliberal e os rebatimentos desta sobre o exercício profissional e, por fim, a determinação do processo de trabalho por configurações estruturais e conjunturais da questão social (ABEPSS, 1996). Estas foram, portanto, as ações desenvolvidas no campo da formação profissional, permeadas pelo referencial teórico marxista.

Contudo, apesar dos avanços empreendidos no campo teórico e nos aportes legais, no contexto da implementação da ofensiva neoliberal na década de 1990, alguns desafios também se colocaram para a profissão dentro da lógica de ação do Estado pautada em políticas voltadas ao crescimento econômico combinadas a políticas sociais baseadas na contenção de gastos (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017 apud BEHRING, 2003).

O cenário das políticas sociais é caracterizado, então, por políticas focalizadas e assistencialistas. De um lado, empreendiam-se mecanismos de enfraquecimento ou inviabilização do caráter universal de tais políticas e por outro lado fortaleciam o sucateamento do setor público em favor da valorização do setor privado. Desse modo o Serviço Social foi afetado na década de 1990 tanto no que se refere aos profissionais enquanto trabalhadores quanto com relação à sua intervenção e a construção das respostas profissionais (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017).

Este processo iniciado na década de 1990 foi acentuado ao longo dos primeiros anos do século XXI. O Serviço Social encontra-se desafiado a enfrentar as consequências da

privatização, mercantilização e fragmentação das políticas sociais, cada vez mais associadas a uma perspectiva de “políticas pobres para pobres” (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017, p. 453).

Assim, tem ocorrido um processo de desmonte da Seguridade Social (composta pela Saúde, Assistência Social e Previdência), espaço de inserção da maioria dos profissionais. O financiamento da Seguridade Social provém do fundo público que possui funções voltadas tanto para os interesses capitalistas quanto para a ampliação das políticas sociais. Nessa disputa, a seguridade social tem perdido padecendo sob constantes ações de desfinanciamento (CASTILHO, LEMOS & GOMES, 2017).

Somado a estes desafios associados à ordem econômica, tem ocorrido também um avanço do conservadorismo que, nos termos de Castilho, Lemos & Gomes (2017, p. 462) tende a:

(...) produzir “novas velhas” requisições que visam ameaçar as conquistas expressas tanto na lei de regulamentação da profissão quanto no Código de Ética Profissional, em especial no que tange às competências e atribuições, na medida em que impõe um processo de desprofissionalização das políticas sociais, por meio do retorno ao assistencialismo, solidariedade indiferenciada, voluntariado e a prestação da ajuda de forma altruísta.

O assistente social pode atuar em diversos espaços sócio-ocupacionais, sejam estes públicos ou privados, no campo da educação, saúde, previdência, assistência, jurídico, etc, mas o setor público e a área da saúde tem sido o maior campo de inserção destes profissionais, sendo estes os âmbitos em foco nesse estudo (LIMA, 2016; TRINDADE, 2010).

A seguir, apresentaremos mais detalhes sobre a saúde pública enquanto espaço de atuação para o Serviço Social e em seguida, apresentaremos elementos relacionados a esta inserção no campo da saúde mental.

2.2. O Serviço Social inserido no campo da saúde

O Serviço Social, de acordo com Bravo (2007), tem sido requisitado no campo da saúde desde o contexto de sua emergência na década de 1930. Contudo, a demanda por assistentes sociais tornou-se expressiva somente no contexto do pós-2ª Guerra Mundial, a partir de 1945.

A expansão da inserção da profissão no setor da saúde teve influência das mudanças ocorridas no plano internacional, em decorrência dos reatamentos da guerra e, no

plano nacional, esteve relacionada ao aprofundamento do capitalismo no país (BRAVO, 2007).

Outro elemento que deu base para tal expansão, foi a nova concepção de saúde, postulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que definiu saúde como um “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Ao incluir aspectos biopsicossociais na concepção de saúde, foi demandado a incorporação de novos profissionais, para além daqueles que tradicionalmente compunham o setor, e dentre estes profissionais, os assistentes sociais (BRAVO, 2007).

Em consonância aos preceitos que norteavam a profissão neste contexto (a doutrina católica, o positivismo e as técnicas de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade norte-americanas), Bravo (2007, p. 3) afirmam que coube ao Serviço Social “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde”.

Outro fator que explica a expansão da inserção destes profissionais no setor, trata-se do fato de que a Política Nacional de Saúde vigente até então, de caráter seletivo e excludente, não respondia à demanda. Desse modo, o assistente social foi requisitado para, diante do conflito entre oferta e demanda, viabilizar o acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o campo ambulatorial e hospitalar foi o principal campo de inserção e este cenário só mudou quando, a partir de 1975, o Serviço Social foi incorporado a outras esferas de atuação (BRAVO, 2007).

Assim, de acordo com Bravo (2007) os assistentes sociais atuavam buscando propiciar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, por meio de ações como o plantão, a triagem, encaminhamentos e orientações previdenciárias.

No contexto do regime ditatorial, Bravo (2007), apontam que as ações do Serviço Social na saúde estiveram influenciadas pela modernização conservadora. Nessa perspectiva, fortaleceram-se as ações na prática curativa, com destaque às “técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações e a concessão de benefícios” (BRAVO, 2007, p. 6).

Por outro lado, na década de 1960 a profissão também esteve permeada, ainda que de modo não muito expressivo, por questionamentos com relação ao conservadorismo que a caracterizava até então. Estes questionamentos, no entanto, começaram a se tornar cada vez mais expressivos na década de 1970, em paralelo às primeiras movimentações da Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

Na década de 1980, mais amadurecido em seu processo de transformação, o Serviço Social aproxima-se dos pressupostos da Reforma Sanitária. O documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”, assim destaca os elementos que relacionam a profissão ao movimento:

(...) há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade (CFESS, 2010, p.26)

Nesse sentido Bravo (2007), citando as palavras de Matos (2003), explicita como o Serviço Social se articula aos pressupostos da reforma sanitária: “o assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária” (BRAVO, 2007, p. 18).

Em articulação com os pressupostos da Reforma Sanitária, para o Serviço Social no campo da saúde foram apresentadas a requisição de ações de democratização do acesso aos serviços de saúde, às informações e ao estímulo a participação popular (BRAVO, 2007; CFESS, 2010).

A partir dos novos pressupostos para a saúde postulados pela Reforma Sanitária e com a aprovação da Constituição Federal de 1988 que, de modo geral, esteve articulada a estes pressupostos, ao longo da década de 1990 foram aprovadas novas regulamentações para viabilizar a transformação requisitada para o setor da saúde.

A primeira delas, trata-se da Lei 8.080/90 e 8.142/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e a partir da qual, em acordo com as atribuições e competências inscritas no Código de Ética Profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93), se fez possível inserir o Serviço Social no âmbito da saúde como uma profissão capaz de compreender os determinantes que interferem sobre o processo saúde-doença sejam estes sociais, políticos ou econômicos, assim como disposto pelas referidas leis (CASTRO, 2009).

Nesse caminhar do processo de consolidação dos pressupostos da Reforma Sanitária com base no conceito ampliado de saúde, em 1997 o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução Nº 218 reconheceu o assistente social como profissional da área. Do

mesmo modo, Conselho Federal de Serviço Social, em 1999, através da Resolução Nº 383 postulou o assistente social como profissional da saúde (CFESS, 2011).

De acordo com Castro (2009), a partir da consolidação do SUS ocorreu uma ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais possibilitando a inserção dos profissionais no âmbito da promoção e proteção à saúde, nos diferentes níveis de complexidade, tendo como objetivo atuar sobre as expressões da questão social que se manifestam no processo saúde-doença (CASTRO, 2009; CFESS, 2010).

Com esse objetivo, o Serviço Social possui determinadas atribuições, independente do nível de complexidade no qual ele atua. Tais atribuições são apresentadas pelo documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde” e dividem-se em quatro eixos (que não estão desarticulados, mas complementares uns aos outros):

O primeiro eixo é o do atendimento direto dos usuários. Este eixo engloba as ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas. No segundo eixo estão as ações de fortalecimento da participação política através da mobilização, participação e controle social (CFESS, 2010).

O terceiro eixo é o da investigação, planejamento e gestão, que se refere às ações desenvolvidas em equipe e intersetorialmente no sentido de fortalecer a gestão democrática, articulando ações que fortaleçam a garantia dos direitos sociais. Por fim, o último eixo trata da assessoria, qualificação e formação profissional, em que as ações estão relacionadas à qualificação profissional tendo em vista a melhoria dos serviços prestados aos usuários (CFESS, 2010).

Tratando do âmbito específico da Atenção Básica, espaço em foco neste estudo, o assistente social também pode desenvolver ações e atividades comuns a toda a equipe como, por exemplo: realizar o cuidado da saúde da população não só no âmbito da unidade, mas também em domicílio e em outros espaços que forem necessários (como escolas e associações); participar do acolhimento à demanda espontânea; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe; realizar ações de educação em saúde e participar das atividades de educação permanente; promover a participação e mobilização social, identificar possibilidades de ações intersetoriais, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Contudo, se por um lado os pressupostos do Projeto da Reforma Sanitária apresentaram demandas articuladas aos pressupostos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, por outro lado Projeto Privatista também apresentou requisições para profissão. Estas requisições recordam as bases tradicionais do Serviço Social, pois demandam ações

fiscalizatórias e assistencialistas (BRAVO, 2007). Esta demanda que aponta para um retorno ao tradicionalismo está associada ao conservadorismo citado por Castilho, Lemos & Gomes (2017), que tem avançado nos últimos anos, como comentado nos últimos parágrafos do capítulo anterior.

Assim, ao Serviço Social é dado o desafio de atuar para que o usuário possa acessar os direitos que lhe são garantidos e que nem sempre se efetivam, como por exemplo, o próprio acesso à saúde. Além disso, como aponta Castro (2009) os profissionais também estão expostos a desafios postos pela precarização do trabalho, que vai desde a estrutura física do local de trabalho, vínculos empregatícios e remunerações até questões relativas à burocracia excessiva e desvalorização do trabalho.

2.3. A saúde mental como espaço sócio-ocupacional do Serviço Social

A saúde mental, além de não se limitar a ausência de doenças como colocado pela OMS, que define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”¹⁸, também engloba uma série de fatores condicionantes. A saúde mental, então, envolve “uma complexa rede de saberes” e está associada também a elementos como a história e as “as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais” dos sujeitos (AMARANTE, 2007, p. 16).

Desse modo, há espaço para compreender os sofrimentos mentais a partir do ângulo social e da relação entre a dinâmica da sociedade capitalista e os sofrimentos mentais, e se existe esse espaço, o Serviço Social constitui-se como profissão capaz de contribuir na intervenção junto com outros profissionais do campo da saúde mental (BISNETO, 2011). De acordo com Bisneto (2011), a compreensão da relação entre o processo de adoecimento mental e os processos sociais teve início a partir dos questionamentos postos por correntes freudianas associadas ao marxismo. A tradição freudiana ampliou a compreensão das bases que fundamentam a formação da subjetividade dos indivíduos, ao não compreendê-la somente a partir da instituição¹⁹ família, mas abarcando também instituições como religião, cultura,

18 Concordamos com Amarante (2007), que destaca que esta completude do bem-estar apontado pela OMS é uma meta difícil de ser alcançada principalmente se considerarmos o processo de adoecimento mental associado ao modo de produção vigente, como veremos a seguir.

19 A palavra “instituição” aqui não se refere à definição tradicional. Nas palavras do próprio autor: “as instituições não são meras formas organizativas e operacionais da sociedade, são também aparelhos econômicos, políticos ou ideológicos, que podem conduzir à exploração, à dominação e à mistificação” (BISNETO, 2011, p. 65).

linguagem, etc. Tais instituições apresentam determinações sobre a loucura favoráveis aos interesses da dinâmica do capital.

Nesse sentido, Bisneto (2011 apud VELHO, 1981) afirma que os interesses que movem a sociedade capitalista podem direcionar até mesmo a definição do que é considerado como anormal ou patológico, pois desse modo é possível partir de explicações que se relacionam ao individual, ao esforço, à capacidade de adaptação dos sujeitos e não a partir da estrutura de uma sociabilidade exploradora e alienante.

Cambaúva & Silva Jr (2005 apud Fromm, 1979; Guinsberg, 2001) assim explicitam a influência do modo de organização da sociedade sobre a saúde mental dos sujeitos:

(...) o meio social oferece aos indivíduos modelos de estruturação e funcionamento da personalidade, e a subjetividade dos mesmos é constituída de acordo com tais modelos. Suas necessidades e ideais, entre outros, estarão apoiados nos moldes preexistentes fornecidos pela cultura. Aqueles que não conseguem suprir a demanda dos ideais propostos pela cultura são marginalizados e considerados anormais e/ou patológicos (CAMBAÚVA & SILVA JR, 2005, p. 528)

Cambaúva & Silva Jr. (2005) também declaram que o ideal neoliberal apresenta perspectivas inatingíveis para o homem na sociedade contemporânea, responsabilizando-o por seus fracassos e pelas falhas na sociedade. Esta responsabilização adocece, pois causa insatisfação tanto do homem com relação à vida quanto com relação a si mesmo, pois os indivíduos são levados a pensar que os pressupostos do capitalismo são seus.

Cambaúva & Silva Jr. (2005) apresentam algumas características do neoliberalismo e as relacionam com esse processo de adoecimento. As primeiras características levantadas pelos autores referem-se à lógica do individualismo e da competitividade, que fragiliza as relações sociais e coloca o homem em uma impossível posição de “auto-suficiência”. Essa perspectiva produz uma compreensão de que as diferenças entre os indivíduos são naturais, culpabilizando-os por situações pessoais ou situações relacionadas à sociedade como um todo, como a miséria e crises econômicas.

Por outro lado, Bisneto (2011) também afirma que a perspectiva centrada no “eu”, leva ao afastamento de questões de interesses comuns. Nessa lógica, o que é privado se torna mais importante do que é público. Esta perspectiva de detrimento do público em relação ao privado se manifesta também na esfera dos direitos sociais e dos serviços que devem ser ofertados pelo Estado (este exemplo demonstra como dentro da estrutura capitalista o que é político e econômico relaciona-se a subjetividade e ao processo de adoecimento).

Outra característica levantada por Cambaúva & Silva Jr (2005) trata-se da

flexibilização que faz com que sujeitos sejam impulsionados a se tornarem flexíveis para além do campo de trabalho, mas também diante às adversidades da vida e com relação às suas questões afetivas.

Nesse cenário, a combinação da lógica neoliberal que invade a subjetividade dos sujeitos e a desestruturação dos direitos sociais e das políticas públicas, no contexto de acirramento do capitalismo leva ao aumento do processo de adoecimento mental e a diminuição de recursos financeiros para responder à demanda de saúde mental na rede pública de saúde (BISNETO, 2011).

Assim, as demandas associadas a questões de saúde mental aparecem não só nos campos especializados, mas também nos vários níveis de complexidade do próprio campo da saúde – como na Atenção Básica, objeto em questão neste estudo - e em todas as áreas onde o Serviço Social está inserido como educação, assistência, sócio-jurídico, etc.

Deste modo, é necessário levantar algumas considerações acerca da saúde mental enquanto espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, partindo da trajetória histórica da inserção da profissão neste campo. Segundo Vasconcelos (2002), a conexão entre o Serviço Social e o campo da saúde mental se estabeleceu desde o contexto de emersão da profissão no Brasil. Esta relação, segundo o autor, tem como base a influência do movimento de higiene mental no Serviço Social²⁰.

Este movimento teve origem com base nos estudos de Morel desenvolvidos na França durante o século XIX. As elaborações de Morel apresentaram uma transformação no modo de compreender a doença mental, passando dos estudos dos sinais visíveis da doença para os estudos de sua gênese. Assim, entendendo a origem, apresentava-se a possibilidade de condução de uma “profilaxia preservadora”, ou seja, a prevenção das doenças por meio da mudança do intelecto, do físico e da moral.

Esse novo método levou o tratamento moral psiquiátrico para além dos muros dos asilos. Orientado pelos médicos, profissionais capazes de avaliar as causas, outros profissionais poderiam atuar junto à população. Assim, a psiquiatria passou a ser um mecanismo para restaurar a ordem e estabilidade social e adentrou no âmbito das políticas sociais e econômicas por meio da formulação de um programa de higiene social voltado principalmente para trabalhadores (VASCONCELOS, 2002).

20 De acordo com Vasconcelos (2002) outras correntes psiquiátricas também influenciaram o Serviço Social como as oficinas terapêutico-expressivas da Dra. Nise da Silveira (década de 1940), a prática de mediação na “porta de entrada e saída” de enfermarias e asilos psiquiátricos, as comunidades terapêuticas (a partir da década de 1960) e o sanitarismo e psiquiatria social (anos 1970 e 1980).

No início do século XX, o movimento atingiu o auge nos Estados Unidos e teve expressão em vários países europeus. No contexto norte-americano, o movimento teve origem a partir da auto-biografia de Clifford Beers intitulada “Uma mente que encontrou a si mesma”, escrita com ajuda de psiquiatras em que se fazia um convite a uma “cruzada” contra as doenças mentais (VASCONCELOS, 2002).

O Serviço Social, por sua vez, emergiu no contexto norte-americano nesse cenário demarcado pelo higienismo e foi por ele influenciado. Por um lado, a atuação foi demandada na prevenção das doenças e por outro lado, para ajustamento do indivíduo socialmente “desajustado”, colocava-se como fundamental a compreensão de seus processos mentais. Desse modo, logo os caminhos entre a psiquiatria, o movimento de higiene mental e o Serviço Social foram se estreitando (VASCONCELOS, 2002).

No contexto brasileiro, a relação entre o Serviço Social e o higienismo traçou um caminho semelhante ao processo norte-americano. De acordo com Vasconcelos (2002), a psiquiatria higienista esteve em pauta no país desde a década de 1920. Na década de 1930, o higienismo esteve presente na fundamentação da elaboração de políticas sociais. Desse modo, o Serviço Social brasileiro, também influenciado pela atuação norte-americana, foi demarcado pelas práticas higienistas (VASCONCELOS, 2002).

Além disso, no Brasil o projeto higienista também esteve associado ao catolicismo. Essa relação se desenvolveu com alguns conflitos, uma vez que os preceitos católicos não eram aceitos pelos higienistas de forma hegemônica, mas a articulação entre o projeto higienista e o moralismo católico ocorreu como elemento de integração do projeto higienista no âmbito sociocultural e como base para os programas de higiene mental (VASCONCELOS, 2002 apud COSTA, 1980)

Assim, os currículos dos cursos de Serviço Social por décadas possuíram disciplinas direcionadas pelas perspectivas higienistas que, de acordo com Vasconcelos (2002), só foram retiradas na reforma curricular da década de 1970. Com relação ao exercício profissional, demarca-se como primeiras experiências do Serviço Social no campo da saúde mental, a atuação de assistentes sociais nos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centros de Orientação Juvenil (COJ) na década de 1940 em que as propostas higienistas foram absorvidas para o tratamento de “crianças-problema”.

A atuação do Serviço Social neste contexto é assim descrita por Vasconcelos (2002, p. 185):

(...) abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicos mais amplos, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.

Desde a inserção nos COI e COJ na década de 1940, o Serviço Social esteve inserido em instituições com diversos tipos de abordagens psiquiátricas, como as oficinas terapêutico-expressivas da Dra. Nise da Silveira e a prática de mediação na “porta de entrada e saída” de enfermarias e asilos psiquiátricos²¹. Contudo, Bisneto (2011) afirma que até a década de 1960 havia uma baixa inserção de assistentes sociais no campo da saúde mental. Isso se devia ao fato de haverem poucos espaços de atuação e devido à desobrigatoriedade de contratação destes profissionais, que também não eram muitos.

Esta baixa inserção mudou a partir do golpe de 1964 onde, a partir das reformas no âmbito da saúde e da previdência implementadas pelo Estado, cresceram o número tanto de hospícios quanto de clínicas psiquiátricas. Além disso, o Estado também estabeleceu parcerias entre público e privado e passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, transformando a doença em mercadoria. Assim, com o aumento das instituições psiquiátricas, houve o aumento também do campo de inserção para o Serviço Social (BISNETO, 2011). A partir da década de 1970 entram em cena as movimentações da Reforma Psiquiátrica, como exposto no capítulo anterior. Neste contexto de reorganização do setor psiquiátrico baseado em uma nova perspectiva de compreensão da doença, outros profissionais para além dos profissionais tradicionais no âmbito da saúde foram requisitados para atuação neste campo e, dentre eles, os assistentes sociais (BISNETO, 2011).

A exemplo disso, podemos citar a exigência colocada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para as clínicas conveniadas de contratação de assistentes sociais. Esta exigência, como destaca Bisneto (2011), foi ocasionada devido a precária situação dos manicômios brasileiros que ganhou maior visibilidade a partir dessa época, gerando contestações por parte da sociedade e fazendo necessário a contribuição de um profissional capaz de controlar as contradições do sistema manicomial.

21 Segundo Vasconcelos (2002), as oficinas terapêuticas de Nise da Silveira caracterizam-se por “atividades ocupacionais, profissionalizantes e, principalmente, artístico-expressivas” (p. 186). Já a mediação na “porta de entrada e saída” de enfermarias e asilos psiquiátricos caracteriza-se pela atuação de equipes, subalternas aos médicos e a direção da instituição, situada na porta dos hospitais para atendimento de demandas burocráticas e de forma superficial e subalterna.

A partir da década de 1960, como exposto no capítulo anterior, o Serviço Social iniciou um processo de revisão crítica que alcançou maior expressão e rompeu com as bases tradicionais na década de 1980. Esse processo de reavaliação profissional também incidiu sobre a relação da profissão com o campo da subjetividade. Contudo Vasconcelos (2002) aponta que, a partir das críticas voltadas ao tema da subjetividade, houve um congelamento da discussão dessa temática em uma perspectiva marxista, gerando um empobrecimento teórico.

Tal empobrecimento tem rebatimentos sobre a formação e o sobre o exercício profissional. O campo de saúde mental possui algumas especificidades desafiantes para o Serviço Social como, por exemplo, os referenciais teóricos das equipes de saúde mental, com os quais muitas vezes os profissionais não estão ambientados, que faz com que busquem formações específicas. Além disso, no cotidiano profissional também deparam-se com desafios no interior das instituições, de aprender desde os “jargões” utilizados até conhecimentos psicopatológicos e psicofarmacológicos. (ROSA & LUSTOSA, 2012).

Por outro lado, existe a permanência de vertentes conservadoras do Serviço Social, em defesa do chamado “Serviço Social Clínico” ou das “práticas terapêuticas”, em que se propõe que assistentes sociais realizem abordagens com base em formações especializadas em temas como psicodrama, terapia família sistêmica, bioenergética, dentre outras, associadas a atuação enquanto assistentes sociais (RODRIGUES, 2009). Entretanto, a resolução 569/2010 do CFESS determina a “vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social’

Desse modo, é necessária a elaboração de um acúmulo teórico que dê base para atuação do Serviço Social na Saúde Mental e para que este não se subalternize a determinados saberes ou profissionais (BISNETO, 2011; ROSA & LUSTOSA, 2012).

Compreende-se que questões relativas à saúde mental aparecem nos variados espaços sócio-ocupacionais e que existem especificidades institucionais nestes espaços, contudo alguns elementos podem ser levantados para pensar nas possibilidades da atuação profissional sobre a saúde mental no âmbito da Atenção Básica, a partir de considerações acerca do exercício profissional em instituições de assistências à saúde mental, entendendo que as UBS são a porta de entrada para os serviços de saúde que constituem o SUS, que devem ser articuladas à rede, possibilitando ações intersetoriais.

Como afirma Bisneto (2011), nestas instituições de assistência à saúde mental, o Serviço Social costuma atuar sobre questões relacionadas à ruptura dos usuários com o seu meio social, quando há possibilidade de ruptura do tratamento por motivações sociais ou de

convívio social que possa prejudicar seu prognóstico e sobre questões relacionadas à perda de direitos básicos.

Neste ponto, coloca-se a possibilidade para relação com a Atenção Básica. Os indivíduos fora das instituições psiquiátricas podem ser acompanhados por profissionais de saúde da UBS de seu território, em acordo com a perspectiva do cuidado contínuo e do vínculo. Esta perspectiva está presente nas postulações da ESF, que propõe a atenção integral à saúde (incluindo, portanto, a saúde mental) e que a família e o espaço social são base para abordagem multiprofissional (TANAKA & RIBEIRO, 2009).

É importante destacar que não sofrem só os sujeitos acometidos por transtornos mentais, mas também as famílias destes indivíduos. Deste modo, em acordo com as postulações da ESF, como apontam Tanaka & Ribeiro (2009), existe a possibilidade de uma intervenção em saúde mental que objetive a promoção e prevenção, que vise não somente o indivíduo, mas todo o seu contexto social, territorial e familiar.

A partir do exposto, considerando que o sofrimento mental é uma questão que chega ao Serviço Social em todos os âmbitos de atuação e não só nas instituições de assistência à saúde mental e que existem possibilidades de atuação para os assistentes sociais das UBS com relação a este tema têm-se como cenário, neste estudo, o atendimento de saúde mental dentro no âmbito da Atenção Básica à Saúde com objetivo de compreender a atuação nível de atenção do sistema. No próximo capítulo, portanto, apresentaremos os resultados da pesquisa que se desenvolveu com esse objetivo.

CAPÍTULO III - O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

Com o objetivo de compreender a atuação do Serviço Social na Atenção Básica com relação às demandas de saúde mental, esta pesquisa se desenvolveu tendo como base o materialismo histórico-dialético onde, segundo NETTO (2011), a teoria é, dentro das concepções marxistas, “a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto” (Idem, 2011, p. 21). Assim, na investigação e análise das determinações do objeto, o objetivo do pesquisador é ir além da aparência superficial do objeto de pesquisa, desvelando sua estrutura e dinâmica, ou seja, sua essência.

A partir de tal fundamentação metodológica, esta pesquisa se desenvolveu em três momentos: primeiro, a partir da revisão bibliográfica, onde foi realizada a leitura de artigos, revistas, livros, teses, dissertações, documentos disponibilizados online, etc para elaboração de uma fundamentação teórica que abarcasse a atuação do Serviço Social no âmbito da Atenção Básica direcionado ao atendimento em saúde mental.

O segundo momento foi o da pesquisa de campo do tipo qualitativa, procedimento em que o pesquisador “preocupa-se [...] com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A coleta de dados foi realizada a partir da técnica da entrevista semi-estruturada onde o pesquisador elabora um roteiro de perguntas que não precisam ser seguidas à risca, pois a partir das respostas dos entrevistados, outras questões podem ser acrescentadas. Além disso, também foram utilizados recursos de áudio (gravador), mediante a aprovação do profissional entrevistado, para melhor apreensão dos dados.

Assim, para a segunda etapa deste estudo buscou-se o contato de profissionais de Serviço Social inseridas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da Juiz de Fora – MG. Segundo dados do IBGE (2018), o município possui uma população estimada em cerca de 564.310 habitantes. A rede de Atenção Básica, por sua vez, é composta por um conjunto de 63 unidades onde a assistência à saúde se articula entre o modelo de Estratégia de Saúde da Família e o modelo tradicional (PDAPS, 2014).

A ESF está presente em 39 destas unidades e conta com 89 equipes. O modelo tradicional possui 24 equipes, sendo que 4 são da área rural do município. Uma unidade é

mista e atua com o modelo tradicional e ESF e outra atua com o modelo tradicional e também possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PDAPS 2014).

Estes serviços cobrem aproximadamente 81% da população. A área descoberta contabilizada em 19%, pode ser maior visto que o último censo realizado na cidade no ano de 2010 contabilizava 526.709 habitantes e que, de acordo com o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (2014, p. 49) “a população descoberta da atenção primária pode ser maior, quando se considera a cobertura calculada com base nas equipes consistidas no sistema de informação do Ministério da Saúde”.

Neste cenário, estão inseridas 18 assistentes sociais. Pretendia-se entrevistar assistentes sociais inseridas neste campo há mais de 6 meses, contudo um recente concurso da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) mudou o quadro de profissionais de Serviço Social na Atenção Básica do município. Assim, também foi realizado contato com profissionais recém-inseridas e algumas optaram por não participar justamente devido à recém-inserção ao serviço.

Desse modo, neste universo de 18 assistentes sociais foram entrevistadas 7 profissionais. Todas as unidades possuem Estratégia de Saúde da Família, sendo uma destas unidade de trabalho e formação do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional HU-UFJF.

As entrevistas foram realizadas no próprio campo de trabalho das assistentes sociais, com horário agendado. Com a permissão das profissionais utilizou-se de um gravador de áudio e através desse recurso as entrevistas foram transcritas, na íntegra, qualificando o processo de análise dos dados. Contudo, a autoria dessas falas foi ocultada a fim de manter o anonimato e o sigilo das informações, garantido pelo termo de compromisso (em anexo).

O processo de análise constitui-se no terceiro momento deste estudo. Com base na perspectiva histórico-dialética, apresentaremos nos próximos parágrafos comentários e reflexões acerca das respostas oferecidas pelas profissionais à luz dos elementos apresentados nos capítulos anteriores. Entretanto, devemos destacar que a partir das variadas determinações que tornam a realidade dinâmica, os resultados apresentados são parciais e passíveis de mudanças.

3.1. O espaço do Serviço Social na organização do atendimento de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde

Considerando as responsabilidades da Atenção Básica enquanto ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial de desenvolver ações de promoção, prevenção, cuidado e redução de danos e de estar em articulação com os demais espaços que compõem a rede, apresentaremos, para iniciar as reflexões sobre o atendimento do Serviço Social à saúde mental neste campo, os elementos comuns à organização desse tipo de atendimento nas UBS em Juiz de Fora (BRASIL, 2011).

Nestas unidades existem entre duas à cinco equipes que se dividem em áreas específicas de atuação no território de abrangência e, com exceção da unidade que possui o programa de residência multiprofissional, todas possuem apenas uma assistente social.

Entende-se que a contratação de assistentes sociais no quadro profissional da ESF não é obrigatória, mas este é um fator muito importante para compreendermos a atuação dessas profissionais neste cenário pois as entrevistadas relatam que há uma grande demanda de atendimento para o Serviço Social, não só com relação à saúde mental. Com poucos profissionais e uma grande demanda, há uma sobrecarga de trabalho que, como veremos nos próximos parágrafos, interfere nas possibilidades de respostas às demandas dos usuários, dificulta a interação com as equipes da unidade e impacta negativamente na qualidade do serviço prestado.

Identifica-se esta sobrecarga como fruto dos impactos gerados pela ofensiva neoliberal sobre as políticas sociais, por um lado, através das constantes ações de desmonte e, por outro lado, os impactos gerados no mundo trabalho, através da precarização que afeta tanto os usuários quanto os assistentes sociais enquanto trabalhadores.

No referido cenário deste estudo, é comum a todas as unidades que as demandas de saúde mental sejam de alguma forma encaminhadas para o Serviço Social. Estas demandas podem chegar por meio do acolhimento a demanda espontânea²², por outros profissionais e por encaminhamentos exteriores (como escolas da região, por exemplo). Contudo, estes encaminhamentos são feitos porque costuma ficar a cargo das assistentes

²² O acolhimento configura-se como o momento onde o profissional realiza a escuta inicial da demanda trazida pelo usuário e o orienta de acordo com os encaminhamentos que se fizerem necessários, tanto para as atividades internas da unidade quanto para os serviços externos (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999).

sociais a realização da interlocução dos usuários com os serviços de referência em saúde mental²³, sendo estes profissionais responsáveis pelo agendamento das demandas da UBS nestes serviços:

“Já tem um fluxo dentro da unidade de que qualquer encaminhamento para psiquiatria precisa de passar pelo Serviço Social, então os médicos em conhecimento disso, fazem encaminhamento pra psiquiatria e já manda me procurar. Fora isso, quem em algum momento já foi atendido pelo serviço de psiquiatria ou que já foi em outro serviço, eles sempre mandam trazer pro Serviço Social” (ENTREVISTADA II).

“Então, os casos de saúde mental eles são referenciados pelo médico né, a princípio o médico encaminha os casos que ele entendeu que precisa passar pro psiquiatra. E aí o Serviço Social que faz essa a gestão dessa agenda né, dessa relação com o CASM, que é a nossa referencia (...) de atendimento especializado de saúde mental” (ENTREVISTADA V).

Este destaque para o Serviço Social como interlocutor de agendamentos pode ser um fator positivo considerando a ação como o início de um processo de acompanhamento desse usuário. No entanto, alertamos para o risco da ação não se expandir para o cuidado contínuo dos casos e acabar centrada na lógica dos encaminhamentos, perspectiva justamente contrária ao pressupostos do atendimento a saúde mental na Atenção Básica que pode, além de não cumprir com a potencialidade desse tipo de atendimento na AB, levar a longas filas de espera nos serviços especializados.

Entretanto, o processo de acompanhamento do Serviço Social a estes usuários, é assim caracterizado por duas das entrevistadas:

“Todas as pessoas que fazem uso de medicamentos controlados, seja ele qual for, eles passam pelo Serviço Social. Então chegou lá embaixo, a gente tem um fluxograma, mas mesmo se ele estiver fora do fluxograma ele vai primeiro para o Serviço Social e dentro do fluxograma ele passa pelo Serviço Social, médico e enfermeiro” (ENTREVISTADA I).

“(…) Eu tenho tentado a partir de cada agendamento no CASM agendar um atendimento de retorno aqui comigo para tentar estreitar esse acompanhamento de saúde mental, de fato dar um lugar de atendimento da saúde mental na Atenção Básica, pra além da renovação de receita e pra além desse acompanhamento no CASM. Então a partir dessa referencia e contra-referencia, o CASM nos dá a condução do cuidado aqui né na unidade e aí a partir disso eu tento agendar esse retorno de 2 em 2 meses, pra fazer essa escuta em saúde mental e pra se for o caso referenciar pro médico. As vezes essa referencia vai ser só mesmo a renovação da receita, as vezes vai ser outro caso e aí nesse contexto surgem outras demandas né. Então é uma linha de cuidado que tá sendo construída né...” (ENTREVISTADA V)

23 Os serviços de referência de saúde mental para as UBS são os CAPS. A Zona Norte, no entanto, tem como referência o Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM).

Este acompanhamento deve ter suporte das equipes dos serviços de referência em saúde mental, através do matriciamento²⁴, que propõe que as equipes em suporte paras as UBS, possibilitando a articulação e o acompanhamento dos usuários nos dois serviços. Assim as equipes de referência vão até a UBS e discutem casos, propondo estratégias de condução do cuidado, realizando atividades de educação em saúde, dando suporte à intervenções sociais específicas (como grupos), dentre outras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nas sete unidades visitadas existe este mecanismo organizacional. Entretanto, as profissionais relatam que não se tem cumprido o fluxo de reuniões de acordo com o esperado, pois existem dificuldades de disponibilidade de agenda das equipes e de transporte para deslocamento. Estas dificuldades estão associadas a questões que também estão presentes na Atenção Básica, como a alta demanda e a manutenção dos equipamentos do serviço, um problema que se refere a questão da gestão municipal. Este fator do fluxo das reuniões dificulta o acompanhamento dos casos e interfere também na criação das possíveis estratégias de cuidado que poderiam ser elaboradas em conjunto pelas equipes.

Além disso, três das citadas apontaram para a ausência de psiquiatras em alguns destes serviços como um dos elementos que dificulta esse processo de acompanhamento dos usuários e interlocução com os CAPS e CASM. Destacamos a fala da entrevistada III que assim argumentou sobre essa dificuldade:

“A gente entende que um bom matriciamento precisa contar com a pessoa do profissional médico. Porque matriciamento no sentido de ajudar, dar suporte pra equipe, pra que a equipe consiga fazer o manejo dos casos aqui na unidade, então quando você não tem o profissional médico fica complicado porque às vezes o usuário vem com uma demanda que a medicação não está fazendo efeito ou então que está fazendo mal, como que o médico mexe na medicação? (...) Então eu acho que o matriciamento só é matriciamento quando você tem uma equipe mais completa, caso contrário fica difícil, principalmente no caso sem a presença do profissional médico, no caso médico especialista que é o psiquiatra.”

Entende-se que a medicação dos usuários é um fator importante e veremos a seguir com mais detalhes como este é um fator de destaque nesse tipo de atendimento. Mas pontuamos também que o matriciamento tem objetivo de possibilitar o acompanhamento dos usuários pelas equipes dos dois serviços e, ao qualificá-lo como bom apenas quando há a

24 Devemos lembrar que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de oferecer este apoio matricial e poderiam ser um mecanismo de apoio efetivo no acompanhamento destes usuários nas UBS, mas não existem NASF no município de Juiz de Fora.

presença do médico, reafirma-se a concepção biomédica, centralizada na figura deste profissional, remetendo à lógica tradicional de atenção a saúde.

Quando há necessidade de troca de medicação, entende-se que a prescrição do medicamento é tarefa atribuída ao médico, mas outros profissionais podem contribuir para entender quais os fatores que estão interferindo no processo saúde-doença deste usuário e quais ações podem contribuir para sua saúde. Assim, em uma concepção ampliada do conceito de saúde e dentro da perspectiva da interdisciplinariedade e da integralidade do atendimento, a avaliação destes profissionais é tão importante quanto a prescrição médica.

Nesse sentido, outras duas profissionais declararam que, mesmo com a dificuldade para realização das reuniões de matriciamento e com a ausência de profissionais psiquiatras, tem realizado contato via telefone com outros profissionais destes serviços como psicólogos e assistentes sociais. Assim, o processo de acompanhamento dos usuários não paralisa por completo, afinal o usuário precisa de resposta e assim podem ser articuladas estratégias de cuidado também efetivas.

Para além destes percalços conjunturais, uma das entrevistadas também aponta para uma dificuldade de compreensão de como este mecanismo pode ter impacto para os usuários. A profissional demonstra que existe a necessidade de avaliação da organização desse processo:

“A proposta é boa, ainda falta um pouquinho de organização da gente saber quais são os fluxos, como isso pode ser debatido porque né, a reunião de matriciamento geralmente (pelo menos aqui) é feita com toda a equipe da unidade, então vão estar todas as agentes de saúde, técnicos, médicos, enfermeiros e as vezes até a serviços gerais também participa da reunião. Então me parece que ainda falta um pouco de compreensão de como que pode se dar esse matriciamento, um pouco de falta de compreensão tanto dentro da nossa unidade como do próprio processo matriciamento em si. Quando eu tive nessa atividade que falei de saúde mental isso foi muito levantado que não se conseguia enxergar como esse matriciamento pode ser feito e qual o efeito que ele pode surgir pro atendimento, pros usuários... enfim, mas é um processo em constante construção” (ENTREVISTADA II).

A partir deste cenário veremos, no próximo item, quais são as principais demandas e como as assistentes sociais articulam as respostas a serem dadas para os usuários de saúde mental mediante os desafios postos ao exercício profissional.

3.2 As respostas profissionais do Serviço Social às demandas de saúde mental

De acordo com as entrevistadas, as demandas de saúde mental mais frequentes referem-se aos transtornos mentais leves (como ansiedade e depressão) aos transtornos mentais graves (como esquizofrenia) e os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Contudo, as respostas enfatizaram o grande volume de demandas associadas aos transtornos mentais diagnosticados como leves. Associamos este elemento ao fato de que o Brasil tem estado nos primeiros lugares no ranking de prevalência destes transtornos. Segundo dados da OMS, este é o país mais afetado pela depressão na América Latina, tendo 11,5 milhões de brasileiros depressivos. Com relação a ansiedade, os números chegam a 18,6 milhões tornando o país recordista mundial na prevalência deste transtorno (Portal G1, 2017).

Além disso, duas das entrevistadas relacionaram estas demandas como fruto do sofrimento cotidiano decorrente da sociabilidade do capital:

“(...) nós que somos do Serviço Social, a gente observa que o capitalismo, com as suas refrações, está adoecendo muito a população, o trabalhador. Então, muitas pessoas são atingidas por essa agressividade que tá acontecendo com relação ao capitalismo” (ENTREVISTADA VI).

“(...) os casos de depressão e ansiedade que eu faço avaliação que são decorrentes da nossa forma de vivenciar a sociabilidade capitalista, ou seja, são depressões que os médicos analisam clinicamente que é uma depressão leve, uma ansiedade leve, que vem como fruto do sofrimento da vida cotidiana” (ENTREVISTADA II).

Estas falas demonstram a percepção das profissionais quanto a correlação existente entre a lógica do capital e o processo de adoecimento dos sujeitos, pois ao influenciar as relações sociais e colocar determinações para o modo de vida dos sujeitos, o capitalismo os afeta também no âmbito da subjetividade, já que esta se constitui a partir dos modelos preexistentes no meio social (CAMBAÚVA & SILVA JR, 2005, p. 528 apud FROM, 1979; GUINSBERG, 2001),

Bisneto (2011 apud VELHO, 1981) também coloca que as definições do que é anormal ou patológico também podem ser influenciadas pela lógica do capital, de modo a serem funcionais a esta lógica, uma vez que podem ser associadas a fatores individuais e a incapacidade de adaptação dos sujeitos, encobrindo as verdadeiras raízes que podem estar relacionadas a exploração e alienação que permeiam a lógica do capital.

Nessa perspectiva destacamos a fala de uma das profissionais ao colocar a sua percepção acerca de como os sujeitos têm lidado com os sofrimentos da vida cotidiana:

“(...) existe um movimento ultimamente que as pessoas não estão dando conta de sofrer (...). Quem não sofre hoje em dia né? Quem nunca passou por um dessabor? Quem nunca chorou? Então existe uma tendência para quando o corpo começa a reagir de uma forma as pessoas rotulam que essas pessoas estão encaixadas dentro de uma saúde mental” (ENTREVISTADA V).

Com relação aos usuários diagnosticados com transtornos mentais graves, destacamos que o bem-estar destes indivíduos – para além do uso correto das medicações – envolve suas condições de vida abarcando elementos como o acesso ao mercado de trabalho ou a determinados benefícios. Contudo, este acesso nem sempre é garantido, devido a fragmentação e focalização das políticas públicas e a noção de exclusão e periculosidade que continua presente no âmbito sociocultural.

Apesar dos poucos elementos levantados pelas profissionais com relação as demandas relativas ao abuso de álcool e drogas, consideramos que estas são as demandas mais facilmente associadas as refrações da questão social. Estes usuários costumam ser encaminhados para o CAPS Álcool e Drogas (AD), mas uma das entrevistadas afirmou que são os mais difíceis de construir vínculo com a UBS, o que dificulta o acompanhamento pelos profissionais da unidade.

Com relação aos procedimentos do Serviço Social direcionados a estas demandas os mais comuns citados pelas profissionais foram os atendimentos individuais, encaminhamentos externos, as visitas domiciliares e em três situações, grupos socioeducativos.

Como apresentado no item anterior, é comum que estas demandas sejam encaminhadas para os serviços especializados e que o Serviço Social fique responsável por essa interlocução. Contudo, quatro profissionais enfatizaram os encaminhamentos para serviços de psicologia (geralmente clínicas-escolas de faculdades de psicologia, ONGS, Igrejas e outros espaços que possuem atendimento em um preço mais acessível), pois consideram que parte destas demandas poderiam ser atendidas apenas com esse tipo de atendimento, o que reduziria a lista de espera para atendimento de psiquiatria no CAPS/CASM.

Consideramos que esta alta demanda pelo atendimento médico está associada a concepção biomédica, pois a figura do médico ainda possui determinada centralidade no cuidado em saúde. Notamos este fator a partir de falas como da entrevistada III, citada anteriormente, que destaca que um bom matriciamento deve ter a presença do médico e a partir de falas três profissionais que colocaram que o vínculo do usuário com a UBS está sempre associado ao uso da medicação. Assim, compreendemos que o cenário das UBS está permeado pela medicalização e medicamentação tratados por Amarante (2007).

Podemos notar a questão da medicamentação na fala de duas profissionais:

“Há abusos de prescrição do medicamento: ‘Ah porque você tá tomando remédio?’ ‘Ah porque meu pai morreu’. Poxa a dor da morte... O luto ele é importante entendeu, ele existe, aí tá tomando até hoje. “Mas você dorme bem?” Não sabe, tá tomando há 20 anos isso... “Ah não vivo sem ele” isso a gente escuta mesmo, clonazepam e diazepam todos... Mas eu sempre lembro e acho que isso é uma coisa que você tem que falar que a gente tem que lembrar o seguinte, a gente culpa o usuário, mas ele não pegou esse remédio no supermercado, isso eu sempre falo com as minhas alunas, não adianta isso foi dado e com receituário especial, então assim ela pegou isso de alguém”.

“A gente fica assustada como as pessoas se automedicam e fazem uso de medicação controlada. Eu observo muito porque acho isso muito desastroso, porque se a pessoa não observar que aquele remédio não é ingênuo... por isso que a gente tenta conversar muito no Grupo de Atenção Psicossocial com relação ao espaço que é importante na fala porque é importante você estar triste, mas depois é importante você levantar e seguir sua caminhada, então você tem que entender os sinais do corpo também” (ENTREVISTADA VI).

A partir dessa identificação o Serviço Social pode elaborar estratégias que, atuando junto a outros profissionais, a Atenção Básica possa ser, enquanto ponto de atenção na Rede de Saúde Mental, um espaço estratégico para a desmedicalização, o que não tem sido a realidade dessas UBS. Ainda nesse sentido, duas profissionais também declararam que consideram as ações e os espaços coletivos podem ser extremamente positivos para estes usuários e que buscam realizar esse tipo de encaminhamento e/ou realizar esse tipo de ação. Trataremos deste ponto com mais detalhes nos próximos parágrafos.

Com relação ao atendimento individual, este é um espaço singular na relação usuário e profissional, além ser um espaço para democratização das informações por meio de orientações e encaminhamentos. Mas não ficou evidente, na maioria das respostas, como esse atendimento ocorre no sentido de acompanhamento contínuo desse usuário.

A entrevistada IV afirmou que os usuários comparecem aos atendimentos apenas em vista da medicação ou em caso de “descompensação”. A entrevistada I também afirmou que a presença destes usuários nos atendimentos está associada a renovação da receita.

A entrevistada VI declarou que o atendimento individual é importante para esclarecimentos de dúvidas com relação à clínica:

“(…) O que acho interessante no Serviço Social nesse processo com tratamento de saúde mental é que as vezes eles não entendem muito bem a clínica e o Serviço Social ajuda a diluir essas dúvidas também, então as vezes eles chegam falando aqui: “Nossa é o CID²⁵ F ‘não sei o que’, não sei o que que é isso” aí tem ali um resumo do CID que aí eu venho, abro, converso com ele, as vezes um familiar, falo como é, pergunto se ele sabe alguma coisa, como é a conduta da pessoa em casa... Então acho interessante da equipe um dos processos passar pelo serviço social, pra ver se realmente existe alguma duvida, até pra gente continuar acompanhando essa família” (ENTREVISTADA VI)

Contudo, esta entrevistada demonstrou que o atendimento individual não se finda nestes esclarecimentos, pois deixou claro em suas falas como o Serviço Social pode atuar na percepção dos determinantes sociais, exemplificando como uma demanda podem conter várias outras que não são perceptíveis se o profissional não realizar uma investigação um pouco mais profunda. Assim, compreendemos que, ainda que o usuário compareça ao atendimento em busca da renovação da receita, este pode ser um espaço estratégico.

As visitas domiciliares, de acordo com duas das entrevistadas, ocorrem por demandas das famílias dos usuários ou encaminhadas pelos agentes comunitários de saúde geralmente quando ocorre uma piora no quadro clínico dos usuários. Consideramos que nesse momento é de suma importância a presença do assistente social para fazer a correlação com os determinantes sociais. Além disso, como aponta o CFESS (2010), a visita domiciliar pode ser um instrumento fortalecedor do vínculo do usuário e o familiar com a UBS, tornando-os sujeitos no processo de promoção, proteção e prevenção da saúde.

Nesse sentido, a entrevistada VI declarou que a observação do assistente social é importante porque o arranjo e a dinâmica familiar do usuário podem interferir na continuidade do tratamento. Neste ponto, destacamos que um dos fatores que potencializa a atenção em saúde mental na Atenção Básica baseia-se justamente na proximidade da UBS com a comunidade e a possibilidade de vínculo com as famílias, uma vez que o sofrimento mental também atinge os familiares.

25 A sigla CID significa Classificação Internacional de Doenças. A classificação é utilizada por profissionais de saúde para fazer registros de doenças.

Também podem ser realizadas pelos assistentes sociais ações de educação em saúde, por meio do atendimento individual ou através de grupos socioeducativos onde se realiza a socialização de informações e orientações reflexiva. Este espaço também pode ser utilizado para levantar questões referentes as experiências dos sujeitos, possibilitando a desconstrução de estigmas relacionados a saúde mental, sendo o empenho pela eliminação de todas as formas de preconceito um dos princípios éticos do Serviço Social (CFESS, 2010).

Assim, algumas destas unidades possuem grupos para onde os usuários podem ser encaminhados, mesmo que estes não sejam voltados especificamente para o tema da saúde mental como grupos socioeducativos, de atividade física, artesanato, etc que podem ser estratégicos por serem espaços de convivência, como destacado anteriormente. Com relação aos espaços específicos, apenas duas destas unidades existem espaços para esse tipo de demanda.

O primeiro trata-se de um “grupo de apoio psicossocial”. Essa experiência é assim descrita pela profissional:

“(...) Acontece de 15 em 15 dias, geralmente na primeira e terceira quinta feira do mês e dura aproximadamente 2 horas. A forma metodológica se assemelha a terapia comunitária, então assim, esses princípios de chegar e estar conversando com a pessoa um pouco do que é o grupo de apoio psicossocial, aí a gente vai colocando nesse início que não é um grupo psicológico, não é um grupo de troca de segredo... Aí eu vou tentando desmistificar porque as pessoas geralmente não gostam de estar em grupos e aí a gente vai tentando desmistificar e eu vou tratando de temas sociais, temas de família, que geralmente eles apresentam, não são temas psicologizantes, às vezes pode cair em temas de sentimento, mas aí eu deixo a pessoa se expressar até determinado ponto porque eu não tenho (apesar de eu ter especialização em terapia de família, terapia de casal) não é o Serviço Social que faz isso. Então, existe um limite que a pessoa vai colocando a experiência, vai ganhando confiança, nesse espaço (...) e aí, existe um limite que você vai colocando que você até preserva a pessoa de colocar alguma coisa que ela não dá conta e nem eu vou dar conta de alguma coisa, o sentimento pode ficar muito aflorado, então a gente tenta não chegar muito lá. É isso que eu te falei, a gente trabalha mais com o consciente” (ENTREVISTADA VI).

Analizamos esta breve apresentação entendendo a potencialidade da intervenção do Serviço Social com relação às demandas de saúde mental utilizando os grupos como instrumento, pois como ressaltado em uma das falas, os encaminhamentos e a produção destes espaços coletivos têm sido a grande estratégia para o Serviço Social para responder as demandas de saúde mental.

Por outro lado, a fala da entrevistada aponta para uma semelhança com a “terapia comunitária”. Neste ponto devemos nos atentar ao fato de que na produção e no desenvolvimento desse tipo de ação ou nos atendimentos individuais o assistente social não pode tomar a subjetividade como seu objeto de trabalho (CFESS, 2010).

É preciso, portanto, que o profissional esteja atento as suas atribuições e competências. Ainda que o campo “psi” seja estranho para o Serviço Social, fazendo com que os assistentes sociais busquem aprofundar-se e especializar-se neste tema, de modo especial nos espaços de atendimento especializado, devemos ter clareza de que os profissionais podem buscar aprofundar seus conhecimentos, mas não devem subordinar a sua prática aos saberes deste campo.

De acordo com formação profissional e as leis de regulamentação da profissão, ações terapêuticas não competem ao Serviço Social, sendo estas práticas, inclusive, vetadas pela Resolução 569/2009 do CFESS (CFESS, 2010). Para fortalecer essa compreensão, consideramos necessário a ampliação da discussão da saúde mental no âmbito da formação acadêmica, sendo este um elemento que retomaremos nos próximos parágrafos.

O segundo grupo trata-se de um grupo de saúde mental organizado pelos médicos e enfermeiros em que Serviço Social não participa e onde há um foco na análise clínica das demandas. Não foi esclarecido o motivo da não participação do Serviço Social nessa atividade, mas entendemos que esta ausência prejudica a possibilidade de uma ação que não esteja centralizada na concepção biomédica.

Em uma terceira unidade há uma proposta de um grupo de controle de peso ainda em processo de elaboração. Pretende-se que este espaço, ainda que não seja específico de saúde mental, possa ser um espaço de convivência para a comunidade. Assim, a entrevistada afirma que pretende-se convidar usuários que precisem deste espaço e cita como exemplo a possibilidade de acolhimento de uma demanda característica do território que se refere ao sofrimento das mães que tem filhos envolvidos com o tráfico ou que morreram vítimas de violência.

Como visto, são poucas as experiências coletivas nos espaços das UBS, apesar da declarada importância que estas possuem. Alguns dos empecilhos para a construção destes espaços foram citados pelas entrevistadas e devemos destacar que além de estarem relacionados a processo de desmonte da saúde, estas questões também interferem no desenvolvimento de outras atividades das UBS.

A primeira dificuldade refere-se à estrutura física das unidades. Algumas destas UBS foram construídas há mais de 20 anos, o território de abrangência expandiu, novos profissionais foram introduzidos nas equipes, mas o espaço físico continuou o mesmo. Em uma das UBS, a entrevistada relatou que reuniões com os usuários precisam ser feitas em igrejas dos bairros, pois não há espaço adequado na unidade.

Outro elemento vincula-se às próprias atribuições da Atenção Básica. Neste nível de complexidade devem ser atendidas as demandas rotineiras da população e deve-se desenvolver ações de promoção, proteção e prevenção em saúde, considerando a delimitação de uma área de abrangência possibilita o vínculo do usuário com a unidade e o acompanhamento contínuo. Há, portanto, um considerável leque de frentes de trabalho na Atenção Básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No entanto, as profissionais colocam que as equipes não conseguem realizar todas as atividades que poderiam ser realizadas, pois não há pessoal o suficiente e a rotina de trabalho é muito intensa:

“O que acontece é que hoje todo mundo quer descentralizar ações, porque entende que a unidade de saúde, o território é onde o sujeito nasce, vive, morre, adoce, mantém suas relações com a comunidade. Então que tudo tem que ser feito aqui, só que tudo não cabe aqui, a equipe não tem condições de desenvolver tantos projetos, tantas intervenções, pra caminhar de uma forma interessante em todas as frentes de trabalho” (ENTREVISTADA III).

“(...) mas pra mulher em idade de trabalho não tem nada, por exemplo poderia ter grupos de discussões né, aí você podia pensar assim “mas por que na unidade vocês não fazem isso?” nós não temos pernas pra fazer. O ideal seria a própria unidade produzir o espaço onde essa mulher pudesse falar dessas questões sociais (...)” (ENTREVISTADA I).

Frente a este cenário cabe considerar a necessidade de atuação em rede, de acordo com o princípio da intersetorialidade, onde a UBS pode articular-se com setores variados, sejam eles do campo da saúde mental ou da saúde em geral, das políticas públicas ou espaços de organização da própria sociedade civil (AMARANTE, 2007). Duas das entrevistadas afirmam buscar esse tipo de articulação mas, ao mesmo tempo, também colocaram que possuem dificuldades devido a escassez destes espaços nas proximidades da região e devido as longas filas de espera.

As entrevistadas também ressaltaram a falta de preparo para o manejo das demandas de saúde mental por parte das equipes, o que interfere não só no atendimento

individual de cada disciplina e a resolução da demanda, mas também nas ações interdisciplinares:

“Então, eu acho que a equipe de uma forma geral, as equipes de uma forma geral, ainda não tem uma compreensão de que a atenção básica também é um espaço né pro cuidado em saúde mental”. (ENTREVISTADA V)

“Eu acho que falta uma preparação da equipe pra conseguir lidar com as demandas de saúde mental e recentemente escutei a fala de um colega que é assistente social que fala “é, é logico que saúde mental vai cair pro Serviço Social porque ninguém mais sabe lidar com isso”. E assim essa é a realidade tanto da equipe interna, enfim, uma falta de saber como manejar essa situação de forma a atender aquela demanda imediata, mas num contexto global que pense a atividade no antes, durante e depois pro acompanhamento pro usuário de saúde mental.” (ENTREVISTADA II)

Cabe ressaltar nesta fala, a citação feita pela profissional por esse colega que diz que essas demandas “caem” para o Serviço Social pois ninguém mais sabe lidar. Compreendemos que esta imagem do Serviço Social como disciplina capaz de lidar com determinados “problemas” dos usuários relaciona-se ao objeto de trabalho da profissão, pois o assistente social precisa lidar com as mazelas do capitalismo e, portanto, constantemente depara-se com o sofrimento humano. Além disso, esta imagem também pode estar associada ao passado histórico da profissão em que o trabalho do assistente social voltava-se para a adequação dos indivíduos à dinâmica da sociedade e onde havia na ação profissional uma perspectiva psicologizante.

Sobre os fatores que fazem com que outros profissionais tenham esta dificuldade de lidar com estas demandas. Uma das falas associa esta falta de preparo à formação profissional:

“Muitos profissionais vieram de formações anteriores que no currículo deles não tinha essa discussão mais aberta de saúde coletiva né, então tem profissionais que acham que é só aquilo que ele chega e faz e pronto. Hoje em dia os currículos estão sendo muito mais ampliados e a gente ta entendendo mais que nós, precisamos na saúde, uns dos outros. Então existem momentos em que eu enquanto profissional executo as minhas atribuições de acordo com meu código de ética e existem momentos que eu trabalho em parceria com outros colegas na saúde. Então outros estão começando a entender isso agora, então essa dificuldade que eu acho do entendimento ampliado acerca da saúde e da saúde mental” (ENTREVISTA VI).

A partir destas duas falas entende-se que, ainda com todos os avanços alcançados pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, ainda é preciso que os profissionais não só sejam capazes de manejar estas demandas, mas também contribuir para a desconstrução destes estigmas criando estratégias que interfiram no imaginário social dos indivíduos com relação ao tema da saúde mental (AMARANTE, 2007).

Uma das entrevistadas associa esse entendimento equivocado acerca da saúde mental ao fato de que o processo de luta para desconstrução dos estigmas deste campo e dos direitos destes usuários e familiares ainda é recente, havendo um longo caminho pela frente:

“Como a gente ainda tá nesse processo e as coisas ainda são muito recentes. Juiz de Fora, é uma característica aqui da nossa cidade, é muito tradicionalista. Então as famílias, muitas vezes são famílias simples, elas não tem o entendimento ampliado, então a gente não pode também culpabilizá-las. “E porque que o filho não pode mais ficar no hospital psiquiátrico?” porque pra elas tá muito cômodo por um lado. Agora, eu atendo pessoas aqui do bairro e sei que essas mães que já são idosas e os filhos já adultos e elas tem medo desses filhos adultos que são portadores de uma esquizofrenia, por exemplo. Então assim, quem sou eu pra jogar pedra também? Muitas vezes uma dessas mãe pode tá encabeçando um movimento contra a esse digamos assim esse movimento libertador desses cidadãos né, eles não tinham autonomia de apagar nem a luz do quarto que se quer era um quarto, era um alojamento né” (ENTREVISTADA VI).

Entendendo que o tema da saúde mental ainda precisa ser muito discutido e que há dificuldade no manejo destas demandas, também por parte de assistentes sociais, as profissionais também foram questionadas acerca da participação em atividades de capacitação ou promoção de atividades de educação permanente,

A maioria das respostas foi positiva para participação de capacitações realizadas pela Prefeitura de Juiz de Fora através do Departamento de Saúde Mental. A entrevistada IV declarou ainda não ter participado, mas apontou que foram realizadas atividades de educação permanente no matriciamento. Além disso, a entrevistada VII afirmou ser pós-graduada em Saúde Mental.

Estas atividades são importantes para toda a equipe. Contudo, como exposto por uma das profissionais, existem dificuldades relacionadas ao interesse e disponibilidade dessas equipes se deslocarem. Mas esta mesma profissional também afirmou:

“Tenho inclusive pensado em fazer algum tipo de atividade interna de educação permanente com os trabalhadores aqui do posto pra gente poder minimizar um pouco dessa situação de não saber lidar, de não saber o que fazer com esse usuário. Mas aí são proposições futuras” (ENTREVISTADA II).

Como esta dificuldade de manejo das demandas não é exclusividade de uma ou outra disciplina com relação ao Serviço Social consideramos que o tema deve ser mais debatido no processo de formação acadêmica para que os profissionais tenham proximidade com o tema a partir do viés teórico que orienta a profissão. Além disso, a ausência do debate teórico tem influência direta na prática destes profissionais e no enfrentamento dos limites impostos ao cotidiano do exercício profissional, qual seja o nível, no âmbito do contexto político, social e econômico do país ou a nível da estrutura da Atenção Básica no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que os resultados obtidos com a presente pesquisa vinculam-se ao cenário político, social e econômico vivenciado no país sob a ordem do capitalismo mundial. Sendo assim, foram encontrados vários desafios para a efetivação dos princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e para atuação do assistente social vinculada ao Projeto Ético-Político da profissão.

Com o acirramento das expressões da questão social nesta fase do capitalismo, as demandas no cenário da Atenção Básica tem aumentado, sejam elas de saúde mental ou de saúde em geral. Os profissionais da Atenção Básica, por sua vez, são desafiados a responder a todas as demandas, não só de saúde mental, em um cenário de precarização das condições de trabalho onde faltam recursos materiais e humanos, gerando uma sobrecarga de trabalho que pode, inclusive, causar o adoecimento dos próprios profissionais.

Assim, as diretrizes que norteiam este atendimento neste nível de complexidade são postas em cheque, pois vimos que este contexto dificulta o desenvolvimento do vínculo entre profissionais e usuários e a coordenação da integralidade (que requer ações interdisciplinares), o estímulo à participação dos usuários e familiares no processo de cuidado a saúde e as ações intersetoriais.

Na organização do atendimento de saúde mental chamamos atenção para a possibilidade da centralização das ações nos encaminhamentos para os serviços especializados e a manutenção das ações pautadas pela concepção biomédica. Ambos elementos também são contrários aos pressupostos do ESF, que tem potencial resolutivo para que as demandas não precisem ser encaminhadas e para a “desmedicalização”.

Assim, os assistentes sociais comprometidos com o Projeto Ético-Político da profissão são desafiados a enfrentarem as limitações do cotidiano do exercício profissional como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos, a dificuldade de interlocução com a equipe multiprofissional e as dificuldades de contato para articulação com a rede socioassistencial e com a rede de saúde mental.

A partir desse cenário, damos destaque às ações que se desenvolvem vinculadas aos pressupostos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, apesar do cenário desfavorável. Encontramos profissionais que buscam aprofundar os estudos com relação ao tema para o melhor manejo das demandas através das capacitações oferecidas pela prefeitura. Contudo,

apesar da participação nestas capacitações serem positivas, apontamos a necessidade de maior debate acerca desse tema no âmbito acadêmico, tanto com relação à formação profissional quanto com relação aos espaços para participação dos profissionais. Apontamos para essa necessidade, pois dentro da academia podem ser discutidas as especificidades do Serviço Social, para que se tenha a clara compreensão de como estes profissionais podem contribuir na atenção à saúde mental, evitando que se recaia em atuações onde a subjetividade dos sujeitos é tomada como objeto, como no Serviço Social Clínico.

Além disso, também encontramos profissionais que buscam fortalecer as ações que lhe são atribuídas como os atendimentos individuais e o desenvolvimento de grupos socioeducativos. Neste ponto, destacamos a potencialidade do Serviço Social para trabalhar com as famílias desses usuários, nestes espaços ou através das visitas domiciliares, considerando que o adoecimento mental não envolve apenas o sujeito adoecido, mas todos que o cercam e que o Serviço Social pode atuar com os esses sujeitos principalmente na perspectiva da desconstrução dos estigmas e preconceitos que envolvem o tema e que influenciam no tratamento.

Também devemos apontar alguns elementos que poderiam ter sido mais aprofundados no desenvolvimento desta pesquisa e que, ao mesmo tempo, são temas para serem discutidos em outros estudos. Nos referimos ao atendimento aos usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas que, apesar de ser um tema de abordagem extensa, poderia ter sido melhor investigado na entrevista com as profissionais. Apontamos também como lacuna a questão do matriciamento, que apesar de ter sido apresentado, é um tema extenso e pode ser abordado em outros estudos, principalmente com relação a interlocução entre a UBS e o CAPS, no sentido de investigar quais tem sido os resultados dessa articulação, quais tem sido os limites e quais são as possibilidades para o fortalecimento deste mecanismo organizacional para a atenção em saúde mental.

Também destacamos que a percepção das profissionais acerca dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica também poderia ter sido aprofundada, considerando que foi um elemento de destaque com relação a dificuldade da equipe de manejar estas demandas e esta dificuldade associa-se a formação e também as ao estigma e preconceito que permeiam a saúde mental.

A partir de todas estas questões, chamamos atenção para o fato de que, em maior ou menor grau, as limitações sempre estarão postas para os assistentes sociais, sendo uma

profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, a partir da própria contradição capital x trabalho. Isto significa que consideramos que estas limitações não são intransponíveis e demandam a constante reflexão do fazer profissional e a busca de alternativas para a realidade posta, tendo em vista, que deve-se atuar tendo como horizonte a construção de outro projeto de sociedade “sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 2012).

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

AMARANTE, Paulo. coord. *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. *Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-194, jul/set, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1995000300024&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em 26 jun 2018

ANDRADE, Maria Angela R. A. *O metodologismo e o desenvolvitismo no Serviço Social Brasileiro – 1947 a 1961*. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n.1, p. 268-299, 2008.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013

BEHRING, Elaine R; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BISNETO, José A. *Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. *Lei nº 8.862/93: Código de Ética Profissional do/a Assistente Social*. 10 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 05 mai 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria nº 4.279*, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 05 mai 2018.

_____. *Lei nº 10.216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 26 jun 2018

BRASIL. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes

dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 27 mai 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017*: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 15 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011*: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002*: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 26 jun 2018.

BRAVO, Maria Inês S. *Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária*: elementos para o debate. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. BRAVO, Maria Inês S; MATOS, Maurílio C. (org). 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. BRAVO, Maria Inês S; MATOS, Maurílio C. (org). 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

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

CAMBAÚVA, Lenita G; SILVA JR, Mauricio C. *Depressão e neoliberalismo*: Constituição da Saúde Mental na atualidade. *Psicologia Ciência & Profissão*, v. 25, n.4, p. 525-535, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a03>> Acesso em: 13 jun 2018.

CASTILHO, Daniela R; LEMOS, Esther L. S; GOMES, Vera L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 130, p. 447-466, set/dez, 2017.

CASTRO, Marina M. C; TOLEDO, Sabrina N. *A reforma curricular do Serviço Social de 1982 e sua implantação na faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora*. Revista Libertas, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1592> Acesso em: 11 out 2018.

CASTRO, Marina M. C. *Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG*. 2009. 200 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) - *Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social*, Brasília: CFESS, 2011.

_____. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde*. Série: Trabalho e projeto profissional nas política sociais. Brasília, 2010.

_____. *Resolução 383/99*. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf Acesso em: 11 10 2018

_____. *Resolução 569/10*: Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/03/RES.CFESS-569-2010.pdf>> Acesso em: 24 jun 18.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução 218/97*: Reconhece assistentes sociais (e outros profissionais) como profissionais de saúde. Brasília, 1997. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc> Acesso em: 27 mai 2018.

DE TILIO, Rafael. “*A querela dos direitos*”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos mentais. *Padéia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, p. 195-206, mai/jun, 2007.

Depressão cresce no mundo, segundo OMS; Brasil tem maior prevalência da América Latina. G1 – Bem estar, 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml> Acesso em 05 nov 2018.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lúcia (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2013, p.279-319.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.

ESCOREL, Sarah. O movimento médico: movimento dos médicos residentes e movimento de renovação médica. In: *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 89-110. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 18 ago 2018.

FIGUEIREDO, Maria Clara O. *Os desafios da política de saúde no Brasil nos anos 200*. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. São Luís do Maranhão, 2013.

FIGUEIREDO, Maria Clara O. *Os desafios da política de saúde no Brasil nos anos 2000*. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. São Luís do Maranhão, 2013.

FRANCO, Túlio; BUENO, Wanderley S; MERHY, Emerson F. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GERHARDT, Tatiana E; SILVEIRA, Denise T. (Org). *Métodos de Pesquisa*. 1. ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GUERRA, Yolanda et al. Elementos para o debate contemporâneo da “questão social”: a importância de seus fundamentos. *Revista Políticas Públicas*, v. 11, n. 2, p. 237-255, jul/dez, 2007.

GULJOR, Ana Paula F. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental*. 2003. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n1, p. 197-305, 2009.

HORTA, Thiago C; GUIMARÃES, Maria Aparecida M. B, et al (org). Secretaria de Saúde. Subsecretária de Atenção Primária à Saúde. A estratégia de implantação do plano diretor de atenção primária à saúde (PDAPS – Juiz de Fora), 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População Juiz de Fora – Minas Gerais. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora>. Acesso em 31 out 2018

LINS, Maria A. T. *A flexibilização das relações de trabalho no capitalismo contemporâneo e suas repercussões no serviço público brasileiro*. In: TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes; LINS, Maria Alcina Terto (Org.). Assistente Social: trabalhador/a assalariado/a - fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Maceió: Edufal, 2015, p. 87-148.

LUZIO, Cristina A; YASUI, Silvio. *Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicologia em Estudo*, Maringá, v.15, n.1, p, 17-26, jan/mar, 2010.

MENICCUCCI, Telma M. G. *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*. História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 77-92, jan/mar, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *ABC do SUS: Doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>
Acesso em: 05 mai 2018

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf> Acesso em 26 jun 2018

_____. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica n° 34*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. *Saúde mental e atenção básica: vínculo e diálogo necessários*. 2003

MONTÃO, Carlos, DURIGUETTO, Maria Lúcia. O Maio Fracês de 1968: rebeldia e contestação. In: *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo: Cortez, 2010, p.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social*. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. *Introdução ao estudo do método de Marx*. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. *Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil*. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 50, p. 87-131, abr, 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria R; MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. BRAVO, Maria Inês S; MATOS, Maurílio Castro (org). 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ORTIZ, Fatima M. A consolidação do capitalismo no Brasil: fundamentos sócio-históricos para a profissão. In: *O Serviço Social no Brasil: Os fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes*. Rio de Janeiro: E-papers, 2010, p.

PAIM, Jairnilson S. *A reforma Sanitária e o CEBES*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, Jairnilson S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/>> Acesso em: 21 ago 2018.

RODRIGUES, Mavi P. O “Serviço Social Clínico” e os Desafios Ético-Políticos postos à profissão de Serviço Social. In: *Serviço Social Clínico*. Revista Em Foco, n. 6, p. 17-29, out, 2009.

ROSA, Lucia C. S; LUSTOSA, Amanda F. M. *Afinal, o que faz o Serviço Social na saúde mental?* Serviço Social & Saúde, v. 11, n.11, p.27-30, jan/jun, 2012.

SCLIAR, Moacyr. *História do conceito de saúde*. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 29-41. 2007.

SILVA, Anália B; SILVA; Diego T; JUNIOR, Luiz C. S. *O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”*. In: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016.

SILVA, Elizângela S. *As entrelinhas da inclusão/exclusão social na atualidade: uma discussão conceitual*. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís do Maranhão, 2011.

SILVEIRA, C. Lia; BRAGA, A. B. Violante. *Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental*. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.13, n.4, p. 591-595, jul/ago, 2005.

SOARES, Raquel C. *A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social*. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

TANAKA, Oswaldo Y; RIBEIRO, Edith L. *Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

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

VASCONCELOS, Eduardo M. *Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformamos, o risco é a fragmentação e a dispersão política*. Caderno Brasileiro de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v. 4, n.8, p-57-67, jan/jun, 2012.

WANSCESLAU Leandro David; ORTEGA, Francisco. *Saúde mental na atenção primária e Saúde Menta Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro*. Comunicação Saúde Educação, v. 18, n 55, p.1121-1232, 2015.

YAZBEK, Maria C. *Os fundamentos históricos e teóricos – metodológicos do Serviço Social Brasileiro na contemporaneidade*. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009.

ANEXOS

A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) para participar da pesquisa “O lugar do Serviço Social no atendimento de saúde mental na Atenção Básica à saúde”, que pretende compreender a atuação do Serviço Social no atendimento de demandas relativas à saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Esse estudo foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para o desenvolvimento desta pesquisa serão aplicadas entrevistas semi-estruturadas compostas por sete questões direcionadas às assistentes sociais inseridas na Atenção Básica da cidade de Juiz de Fora. Se possível, será utilizado um gravador de áudio para melhor apreensão do conteúdo.

Ao participar desse estudo, você não corre nenhum risco, não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, tem assegurado o direito a indenização. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você é atendido (a). A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora trará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “O lugar do Serviço Social no atendimento de saúde mental na Atenção Básica à saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisadora Responsável: Juliane Natividade dos Santos
Fone: (32) 3241-5047 / (32) 8843-9487
E-mail: ju_tpr@hotmail.com

B – Roteiro de entrevista

Assistente Social: _____

UBS (bairro): _____ () Tradicional () ESF

Quais as principais demandas de saúde mental na UBS?

Como estas demandas chegam ao Serviço Social?

Qual costuma ser o procedimento do Serviço Social com relação a estas demandas?

Quais são as suas maiores dificuldades na intervenção junto aos usuários de saúde mental?

Existe na UBS algum tipo de ação específica para os usuários da saúde mental?

Você já promoveu ou participou de atividades de capacitação relacionadas a este tema?

Em relação à equipe de trabalho, existe algum tipo de ação conjunta com relação aos casos identificados como de saúde mental?
