



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA JOSÉ LOPES DA SILVA

**A SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SOCIO-OCUPACIONAL DOS ASSISTENTES
SOCIAIS: o trabalho no CAPS de São João do Rio do Peixe-PB**

SOUSA – PB
2018

MARIA JOSÉ LOPES DA SILVA

**A SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SOCIO-OCUPACIONAL DOS ASSISTENTES
SOCIAIS: o trabalho no CAPS de São João do Rio do Peixe-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

S586s

Silva, Maria José Lopes da.

A saúde mental como espaço socio-ocupacional dos assistentes sociais: o trabalho no CAPS de São João do Rio do Peixe - PB. / Maria José Lopes da Silva. - Sousa: [s.n], 2018.

54 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:616.89

MARIA JOSÉ LOPES DA SILVA

**A SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SOCIO-OCUPACIONAL DOS ASSISTENTES
SOCIAIS: o trabalho no CAPS de São João do Rio do Peixe-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

Aprovada em: 02/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior (UFCG)
ORIENTADOR

Prof^a. Palloma Maria Gomes Jácome (UFCG)
EXAMINADOR (A)

Prof^a Vanessa Eidam
EXAMINADOR (A)

Dedico esse trabalho ao meu avô materno Raimundo Pedro (in memoriam), que sempre me apoiou e me deu todo amor e carinho que precisava. Me incentivava a continuar mesmo diante das dificuldades encontradas no caminho, e até mesmo em sua inocência, não entendia quando eu estava de férias na universidade, “brigava” comigo pois, segundo ele, eu estava faltando à aula.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar.

Aos meus pais, pela dedicação de toda uma vida, sempre me oferecendo as melhores oportunidades e indicando os melhores caminhos possíveis.

Aos meus irmãos, pela parceria em todas as esferas da vida. Muito obrigada por, além de irmãos, serem verdadeiros amigos para todas as horas, estando sempre ao meu lado.

Aos meus colegas e amigos de turma que estiveram comigo cada dia de aula: Adonilton, Bruna, Dayane, Fernanda Soares, Fernanda Sousa, Márcia Maria, Natália, Amanda, Sayonara, Cílija, Gaddary, Renata, Geane, Ana Carla, Fabrícia, Virgínia, Joelma, Doniêgo, Iasmin, Ana Paula, Janiele, Francisco, em especial ao meu amigo e parente, Vinícius Lopes, que sempre me acolheu em meu pedido de ajuda.

À duas pessoas que tenho uma imensa gratidão por estarem sempre comigo me ajudando de forma direta ou indiretamente como verdadeiros pais, Dr. Antônio e Aurileide Egídio.

À família formiga: Karen, Yvone, Fernanda (minhas irmãs do coração), seus pais, Domingos Sávio e Carmem Lúcia e a minha vó do coração, dona Yvone.

Aos meus amigos e amigas que também me ajudaram nessa caminhada, muito grata a Dayane Estrela que esteve comigo desde o começo da minha vida acadêmica, Rosvânia, Yago Mariz, Caio Duarte (amigo/irmão que tornava minhas manhãs mais alegres no caminho que percorria todos os dias para a universidade). São pessoas que levarei para além da universidade.

Aos meus professores que contribuíram para que eu chegasse até aqui, sou grata a todos, em especial a Eliane Mamede, Cibelly Costa, Palloma Jácome, Gláucia Oliveira e ao meu orientador deste trabalho, Reginaldo Pereira.

São muitas as pessoas que desejaria agradecer, porém, não é possível mencioná-las aqui, mas estão todas em meu coração e sou muito grata por fazerem parte da minha vida e contribuir de forma positiva para o meu crescimento.

“Até aqui o Senhor nos ajudou.” (1 Samuel 7.12)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) objetiva discutir a atuação do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São João do Rio do Peixe/PB, porém, o estudo foi motivado mediante as observações feitas em campo de estágio do referido espaço nos remetendo a problematizar sobre as competências e atribuições profissionais do assistente social na referida instituição. A saúde mental no Brasil foi, historicamente, tratada mediante a estigmatização e institucionalização da loucura, compreendendo, assim, que o enclausuramento das pessoas com transtornos mentais contribuía para o ajustamento da ordem social, onde tal situação começou a mudar a partir do advento da Reforma Sanitária e, paralelamente, a Reforma Psiquiátrica, em que ambas propuseram novas intervenções ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, além de questionar o modelo asilar vigente naquele contexto. Estes eventos são considerados imprescindíveis na luta antimanicomial e na democratização do acesso à saúde. Constituem objetivos específicos, compreender o percurso histórico da política de saúde mental no Brasil, bem como identificar rebatimentos que interferem na atuação do profissional da saúde mental e desvelar, a partir da percepção da assistente social, as possibilidades e perspectivas para efetivação dos direitos dos/as usuários/as que são atendidos no CAPS I na cidade de São João do Rio do Peixe – Paraíba. Para a construção deste estudo, baseamos-nos no método crítico-dialético, por este captar as múltiplas determinações do objeto e em seu percurso metodológico envolve uma abordagem qualitativa e a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado, o qual foi utilizado para entrevistar um assistente social da instituição supracitada. O resultado da pesquisa revela que há uma relativa compreensão do profissional sobre a política de saúde mental, mais particularmente em seu ambiente de trabalho, visto que, podemos identificar que o cenário contemporâneo apresenta desafios que dificultam a efetivação do trabalho profissional naquela instituição, e o profissional precisa traçar estratégias para conseguir atender a tais demandas.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Mental. Serviço Social. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The purpose of this study was to discuss the role of the social worker in the Psychosocial Care Center (CAPS) in the city of Brazil, but the study was motivated by the observations made in the field of psychosocial care. stage of the said space, referring to the questioning about the competencies and professional assignments of the social worker in that institution. Mental health in Brazil was historically treated through the stigmatization and institutionalization of madness, thus understanding that the entrapment of people with mental disorders contributed to the adjustment of the social order, where this situation began to change from the advent of the Reformation Sanitary and, in parallel, the Psychiatric Reform, in which both proposed new interventions to the treatment of people with mental disorders, in addition to questioning the current asylum model in that context. These events are considered essential in the fight against anti-asylum and democratization of access to health. The specific objectives are to understand the history of mental health policy in Brazil, as well as to identify aspects that interfere with the work of the mental health professional and to reveal, from the perspective of the social worker, the possibilities and perspectives for the effective realization of the rights of mental health professionals, the users who are served at the CAPS I in the city of São João do Rio do Peixe - Paraíba. For the construction of this study, we are based on the critical-dialectical method, because it captures the multiple determinations of the object and in its methodological path involves a qualitative approach and the elaboration of a semi-structured interview script, which was used to interview an assistant of the aforementioned institution. The result of the research reveals that there is a relative understanding of the professional about mental health policy, more particularly in his work environment, since, we can identify that the contemporary scenario presents challenges that make difficult the professional work in that institution, and the need to devise strategies to meet such demands.

KEYWORDS: Mental Health. Social Service. Center for Psychosocial Care.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CGSM - Coordenação Geral de Saúde Mental
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde na Família
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
IBRAPSI – I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições
MTSM – Movimento Dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
REME – Movimento de Renovação Médica
SUS – Sistema Único de Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel De Urgência
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA	13
3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	23
3.1 Breve reconstrução histórica do Serviço Social na Saúde Mental	25
3.2 A Política de Saúde Mental no Brasil	31
3.3 Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial	31
4 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL	36
4.1 Contextualizando o campo de estudo	36
4.2 Contextualizando o CAPS de São João do Rio do Peixe.....	36
4. 2.1 A atuação do Assistente social no CAPS de São João do Rio do Peixe	38
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
5.1 Dados da Pesquisa: reflexões acerca do lócus de estudo	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICES	
APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado das inquietações vivenciadas durante todo o processo de estágio em saúde mental no Centro de atenção Psicossocial – CAPS I de São João do Rio do Peixe/PB, ocorrido de dezembro de 2016 até o mês de abril de 2017. Foram diversas atividades desenvolvidas junto à supervisora de campo, com o intuito de conhecermos as atividades desenvolvidas pela profissional de Serviço Social, junto à instituição, permitindo contribuir para o aprendizado prático.

Nesse processo de estágio, surgiram inquietações em relação ao trabalho profissional desenvolvido na referida instituição, como por exemplo, a falta de instrumentos materiais que possibilitem ao profissional um trabalho efetivo, ausência de transporte que atenda as demandas colocadas, além de o profissional não dispor de um ambiente único para que possa exercer seu trabalho e garantir o sigilo. Outro grave problema são as visitas domiciliares, prejudicadas por conta da falta de transporte, uma vez que o mesmo é utilizado também para atender a demandas de outras instituições.

Neste estudo, objetiva-se discutir a saúde mental, abordando a atuação do profissional de Serviço social, analisando o papel do assistente social nos processos de trabalho desenvolvido em seu espaço sócio ocupacional que se faz junto aos usuários e familiares das pessoas que são acometidas por transtornos mentais.

Constituem objetivos específicos deste estudo: compreender o percurso histórico da política de saúde mental no Brasil, bem como identificar rebatimentos que interferem na atuação do profissional da saúde mental e desvelar, a partir da percepção da assistente social, as possibilidades e perspectivas para efetivação dos direitos dos/as usuários/as que são atendidos no CAPS I na cidade de São João do Rio do Peixe – Paraíba.

Tal problemática tem relevância no sentido da condição social das pessoas que sofrem com transtorno psíquico no Brasil, na condição de serem tratados de forma desumana e estigmatizante, contribuindo ou gerando situações de exclusão social para com os mesmos.

O arcabouço deste trabalho é dividido em três seções/capítulos, a saber: o primeiro capítulo discorre sobre a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária no

Brasil; a segunda seção aborda uma breve reconstrução do Serviço Social na saúde mental, remetendo sobre a política de saúde mental no Brasil e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; e a terceira seção explicita a atuação do assistente social junto ao Caps, enfocando o trabalho interdisciplinar, assim como o trabalho junto às famílias das pessoas que são acometidas por transtornos mentais, finalizando, o trabalho traz uma reflexão sobre a atuação do assistente social junto ao Caps I de São João do Rio do Peixe – Paraíba.

Para tanto, o primeiro capítulo faz referência aos movimentos de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Reforma Sanitária. O processo conhecido como Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil em meados dos anos setenta, e vem trazendo grandes transformações no campo da saúde mental e atenção psicossocial, este último, entendemos como aquele construído a partir do processo de reformas na área da psiquiatria no Brasil ao longo dos últimos 30 anos, preconizando uma orientação diferenciada no tratamento, atendimento e assistência prestada a essas pessoas. Determina ainda conjuntos de atividades, iniciativas no campo da saúde mental, além de estratégias, capazes de trazer um cuidado ampliado em saúde.

Podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica além de objetivar a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios, também defende os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, além de orientar mudanças na assistência em saúde dessa população usuária dos serviços psiquiátricos. E a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216)¹, contribui diretamente para que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico sejam construídos.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica contribui para além do processo de construção desses serviços, objetiva também desconstrução do modelo de tratamento para o usuário com o isolamento, e de devolver ao mesmo o direito do convívio social, como também a possibilidade de desenvolver a sua cidadania.

A Reforma Sanitária, movimento que aloca a necessidade de uma saúde pública e de caráter universal, uma saúde de qualidade e que seja de forma gratuita, além de um movimento de profissionais da área da saúde, para um movimento social articulador de vários setores críticos em meio à sociedade.

¹ LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado.

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária conseguiu de forma eficaz redistribuir os recursos materiais destinados para a proteção à saúde com a universalização, alterando também de forma significativa a estrutura do sistema que organiza esses serviços de proteção. Porém, embora isso tenha acontecido, a universalização se faz ainda insuficiente e incompleta, pois o acesso à saúde está segmentado visto que são distintas as coberturas para diferentes parcelas da população. No segundo capítulo debruçaremos sobre a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, política que o país dispõe a fim de prestar assistência as pessoas que necessitam de cuidados psiquiátricos e no capítulo três debateremos sobre o Serviço Social na área da saúde mental, dando ênfase ao campo de estudo, no caso, o CAPS I do município de São João do Rio do Peixe-PB.

2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

O presente capítulo tem por objetivo debater sobre o surgimento dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária que datam da década de 1970, levando em consideração questionamentos sobre o modelo manicomial vigente.

Posteriormente faremos uma breve discussão sobre o serviço social na saúde mental e sobre a inserção do profissional de Serviço Social nas instituições psiquiátricas e no desenvolvimento de suas práticas.

Por fim, realizaremos uma breve apresentação sobre o novo modelo psiquiátrico vigente no país e debateremos sobre a legislação elaborada em 1989 a qual trata da substituição do modelo psiquiátrico clássico.

No Brasil, no final da década de 1970 com o avanço dos movimentos sociais, é iniciado um processo de luta pela redemocratização, e no campo da saúde há a emergência de dois grandes movimentos, quais sejam: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, ambos objetivavam discutir o modelo de saúde vigente, bem como propor a universalização do acesso.

A saúde pública no Brasil a partir do século XIX desfrutou de um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias, como também, a existência de mudanças nas práticas dominantes, se perpetuando até então. A saúde pública brasileira encontrava-se demonstrada em um contexto entre a assistência e a previdência, caracterizando uma prática médica de forma curativa, individual, assistencialista e especializada, provocando um agravo na mesma por ser um sistema que tinha como prioridade a capitalização e a produção privada (VALVERDE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, com teve início em meados dos anos de 1970, se configurou como um processo que ocasionou grandes mudanças na saúde mental. Foi um processo que possui influência na saúde oferecida ao usuário que dispõe de transtorno psíquico, contribuindo ainda para um novo campo no meio social desses pacientes. Período em que se presenciava no país um contexto de mudanças, a exemplo do movimento de redemocratização, como também era um momento de intensa mobilização social e de suas lutas junto à classe trabalhadora e aos profissionais da área de saúde, além dos usuários que reivindicavam por um

sistema de saúde que dispusesse de um modelo universal, gratuito, de qualidade e igual para todos.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica está articulado ao Movimento Sanitário, este, teve influência na Reforma Psiquiátrica, quando deu ênfase as suas ideias e princípios na luta pela saúde pública e também por suas propostas.

A XVIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, marco importante na Reforma Sanitária Brasileira, evento que contou com a participação de vários segmentos da sociedade, apresentando em consenso que seria indispensável uma mudança no arcabouço jurídico-institucional vigente na época, alegando que uma reforma administrativa e financeira no setor não seria suficiente, visto que o conceito em saúde deveria ser ampliado. Vindo a ocorrer posteriormente com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a saúde por lei passaria a ser instituída como um direito de todos e dever do Estado, estando fundado nos princípios da solidariedade e da justiça social. Os avanços na saúde possuíam influência dos movimentos, propiciando a construção social e política do Brasil, se fazendo presente em meio às mobilizações e da participação social em saúde.

A questão da loucura e a forma de cuidados para com os considerados *loucos* no Brasil acabou por se tornar uma questão pública com o aparecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e ainda das experiências de reformas psiquiátricas na Europa e Estados Unidos. Dispondo também da contribuição da reforma sanitária, esta, trazia em sua pauta a saúde pública no Brasil como um direito de todos e dever do Estado.

O início do Movimento de Reforma Sanitária traz estudos sobre o tema Reforma Sanitária, e a criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde, como é o caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) de 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) de 1979.

O CEBES, instituído em julho de 1976, foi resultado de um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, que tinham por objetivo editar um periódico especializado e a ABRASCO, criada em setembro de 1979, atuava como forma de organização dos programas de pós-graduação da saúde pública da então chamada medicina social² e saúde coletiva (SOUSA, 2014).

²O movimento da Medicina Social apareceu na América Latina no final da década de 1960 e no início da de 1970. Em seu centro está a discussão acerca da valorização do social enquanto esfera de

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem como estopim o evento que ficou conhecido como a “crise do DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde, o mesmo era responsável pelas formulações das políticas de saúde e do subsetor saúde mental (AMARANTE, 1995). O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil se faz relevante, pois coloca em pauta um conjunto de denúncias e acusações a ditadura militar, dando ênfase ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, sobre corrupção, fraude e tortura.

A partir de organizações de entidades a exemplo do CEBES, do Movimento de Renovação Médica (REME), como também do próprio MTSM, haja vista que essas entidades têm uma participação política efetiva diante do aumento dos movimentos populares que se colocavam em oposição ao Regime Militar, tornando importante tanto para o setor da saúde, quanto para a conjuntura política em geral. O CEBES e o REME, atuavam como espaço para organização e produção de pensamento crítico em saúde possibilitando estruturação das bases políticas das duas reformas, a psiquiátrica e a sanitária. Dessas organizações entre entidades e movimentos, surgem as primeiras denúncias de violência dentro do modelo asilar dominante como, por exemplo, a ausência de recursos, negligência, psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social, nesse sentido, traz como forma de viabilizar transformações ao modelo asilar que estava imposto, a mobilização por projetos alternativos.

A crise do DINSAM se instalou a partir de uma greve perpetrada por profissionais de quatro unidades da referida entidade, cujas unidades no Rio de Janeiro, como também, demissões de profissionais e estagiários. O DINSAM por sua vez, possuía um quadro de profissionais remoto e defasado, haja vista, que desde os anos de 1956/1957 não era realizado concursos públicos nessa época, vindo a incluir em seu quadro de profissionais em 1974 a contratação de bolsistas. Esses bolsistas eram profissionais graduados ou estudantes universitários que exerciam trabalhos como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, etc. (Amarante, 1995). Vale ressaltar que esses profissionais trabalhavam em situações precárias. E foi através de várias denúncias que deu início a uma mobilização de forma organizada e reforçando a luta junto a outras entidades.

determinação dos adoecimentos e possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e na promoção da saúde, assim como esfera própria de intervenção, para além de, e em, uma articulação com a medicina como intervenção nos casos individuais (Vieira da Silva; Paim; Schraiber, 2014).

A crise emerge a partir do momento em que acontecem denúncias procedentes da parte de três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), os quais apresentaram as condições de trabalho existentes nas instituições. Como ressalta Amarante (1995), eram condições precárias onde os profissionais trabalhavam sob ameaças e violências, tanto a eles próprios quanto aos pacientes destas instituições. Frequentemente surgiam denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e até mesmo mortes não explicadas.

Observa-se nesse contexto, a importância do movimento das pessoas para que existisse na saúde uma forma mais humanizada de tratar a pessoa que estava impossibilitada de lutar pelos seus direitos, como também por si próprios, como é o caso dos médicos.

Essas denúncias ocasionaram grande repercussão na sociedade e acabaram por mobilizar profissionais de outras unidades, recebendo o apoio também do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

De acordo com Amarante (1995):

Sucedem-se reuniões periódicas em grupos, comissões, assembleias, ocupando espaços de sindicatos e demais entidades da sociedade civil. Neste momento, são organizados o Núcleo de Saúde Mental, do Sindicato dos Médicos, já sob a primeira gestão do REME, e o Núcleo de Saúde mental do CEBES (Amarante, 1995, p. 52).

Após o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, movimento formado por trabalhadores que integravam o movimento sanitário, por associações de familiares, membros de associações de profissionais, por sindicalistas e pessoas com um longo histórico de internações psiquiátricas, se configurando como um movimento plural. É pautado como um de seus objetivos, a construção de um espaço não institucional de lutas, apresentando debates, encaminhando propostas com a finalidade de transformar a assistência psiquiátrica, organizando encontros com trabalhadores da saúde, associações de classe, e também com setores amplos da sociedade. Segundo Amarante (1995, p.52):

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

eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços.

O MTSM enfrentou dificuldades para se manter fortalecido após a greve dos médicos residentes, uma vez que esse último reunia um número maior de profissionais, ocasionando a paralisação de serviços e atividades consideradas essenciais em relação aos serviços psiquiátricos, levando ao MTSM a uma perda de espaço na imprensa e nas pautas de prioridades de lutas das entidades civis. Mesmo assim, lideranças continuaram a atuar para que o movimento não chegasse ao fim e uma das tentativas de “salvar o movimento” consistiu em convocar vários eventos com a participação de entidades importantes.

Para Amarante (1998), o MTSM apresenta em sua essência modificar a forma de tratamento para as pessoas acometidas de transtorno psíquico, o qual estava embasado no modelo de psiquiatria clássica, alicerçada no enclausuramento, segregação do indivíduo, tortura, dentre outras formas de violência transformando a política de saúde mental naquele momento. Ademais, não se pode negar que esse movimento com seus esforços e luta por uma saúde digna para seus dependentes, influenciou e vem até os dias atuais contribuindo de forma direta ou indiretamente para o avanço da mesma, que ainda encontra em seu caminho dificuldades para uma boa efetivação.

O V Congresso de Psiquiatria em 1978, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), traz consigo a oportunidade desses movimentos serem organizados em âmbito nacional, uma vez que já se desenvolvia em alguns Estados do país. Esse congresso ficou conhecido como o “Congresso de Abertura” devido a ocorrência dos primeiros movimentos em saúde mental e a realização de um encontro dos setores que eram considerados conservadores e estavam organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria (AMARANTE, 1995).

O movimento se deu com vistas a promover melhores condições de trabalho dos profissionais, bem como para a democratização em relação à elaboração de planos de saúde, entre outros fatores. Nesse Congresso, pautas foram levantadas para que a população pudesse se beneficiar, visto a situação crítica da saúde existente no Brasil, o que está no documento lido no encerramento do evento que são os relatos do MTSM sobre a situação da saúde no Brasil.

Nos documentos apresentados ao evento foram denunciadas a psiquiatrização e as melhorias técnicas. Segundo Amarante (1995), o documento apresenta aspectos sobre a política privatizante da saúde e as distorções à assistência, revelada por uma dicotomia existente entre a psiquiatria, que se manifestava de forma diferenciada entre a classe alta e a classe baixa concebendo em um método de controle e, por conseguinte, uma reprodução das desigualdades sociais.

Em 1978 aconteceu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI), no Rio de Janeiro. Evento que possibilitou a vinda ao Brasil dos principais mestres da chamada Rede de Alternativas à Psiquiatria, do Movimento Psiquiatra Democrática Italiana e da Antipsiquiatria. Entre os nomes estavam Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, entre outros. Posterior a esse congresso acontece em 1979, em São Paulo o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental trazendo uma pauta voltada para que houvesse uma democracia, demonstrando que a luta pela transformação do sistema de saúde precisava estar ligada aos demais setores sociais, visando uma organização de forma justa da sociedade. O Congresso coloca como um ponto importante à crítica ao modelo asilar existente nos hospitais psiquiátricos públicos.

Em 1980 é realizado o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, que discutiu sobre temáticas relacionadas à doença mental, como também a política nacional de saúde mental, condições de trabalho, privatização da medicina, à realidade em que a população estava vivenciando e sobre as denúncias dos acontecimentos dentro das instituições psiquiátricas.

Esses congressos trouxeram para a sociedade, em especial às pessoas dependentes dos cuidados psiquiátricos uma discussão e luta em defesa dos seus direitos, caminhando também para uma luta em que houvesse a união de outros movimentos, entidades, existia a preocupação em trazer para a sociedade, mudanças econômicas, sociais, políticas, entre outras que viessem a beneficiar a população. Esse momento também proporcionou ao MTSM um crescente caráter político e social em sua trajetória.

O Ministério da Saúde (2005) trata sobre como a reforma Psiquiátrica advém de um processo político e social complexo, e que em seu movimento atuam forças de diferentes origens, sendo elas do âmbito federal, estadual e municipal, assim também, atuam nas universidades, nos conselhos profissionais, no mercado

dos serviços de saúde, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais e territórios do imaginário social e da opinião pública.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil da década de 1970, época em que os trabalhadores lutavam por melhorias no âmbito da saúde mental, em favor de modificações no modelo de como eram tratadas as pessoas com transtornos mentais já que a forma de tratamento para com essas pessoas era vista como violenta e seria necessária que houvesse uma mudança.

O movimento desses profissionais foi de suma importância para as denúncias do modelo de assistência oferecida às pessoas com transtornos mentais, levando em consideração a violência que se apresentava dentro dos manicômios, a loucura tida como forma de mercantilização, o questionamento sobre o saber psiquiátrico e também ao modelo de tratamento em hospitais psiquiátricos.

No ano de 1987 acontece em Bauru (São Paulo), o II Congresso Nacional do MTSM, que trouxe como aspecto principal a ideia de uma sociedade sem manicômio. Nesse mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Nessa Conferência nasceu a ideia do movimento de luta antimanicomial, articulado pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios” buscando extinguir o aprisionamento da loucura e a exclusão da vida social e, por outro lado, procurava romper com os limites do movimento dos trabalhadores, para que esse movimento se tornasse um movimento social capaz de articular outros setores da sociedade, que atuavam na luta pela ampliação do direito e da cidadania. Neste aspecto, o movimento se articula ao movimento sanitaria na perspectiva da desmercantilização da saúde no Brasil e também em sua constituição como direito social universal. Abolir

Portanto, esse movimento de reforma psiquiátrica veio reafirmar que a construção de uma sociedade democrática está sob a constituição de sujeitos livres e iguais perante a lei, e isso se faria possível com a desinstitucionalização dessas pessoas com transtornos mentais.

Oliveira (2012), vem relatar que observou-se na Reforma Psiquiátrica em seu primeiro momento uma relação de cidadania que se configurava como resgate da dívida social para com as pessoas que sofriam com transtorno psíquico e por haver a suposição de que essas pessoas por terem sido excluídas socialmente haveriam perdido seus direitos de cidadania e sendo assim, a medida que fosse

extinta a forma de tratamento nos manicômios e essas pessoas fossem vistas igualmente perante a lei, seus direitos de cidadania estariam garantidos.

Nesse sentido, o movimento coloca no centro dos debates a cidadania das pessoas com transtornos mentais, que até então possuíam seus direitos civis, políticos e jurídicos, cerceados, através do isolamento, a perda de direito de ir e vir e até mesmo do direito de escolha colocando-os em situação de desigualdade frente às pessoas consideradas “normais”.

O saber psiquiátrico tradicional, a psicopatologia em particular, e o próprio paradigma que informa o conhecimento médico e clínico, como um sistema de teorias, normas e prestações tradicionalmente racionalistas, centrado no problema-solução, doença-cura (VASCONCELOS, 1997, p. 136).

Em 1989 foi lançado o projeto de Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216), esse projeto trazia como proposta regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios, além da substituição desse modelo por um modelo descentralizado, propondo a perda da centralidade do modelo asilar.

Nesse mesmo ano foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, inspirado na experiência Trieste (Itália), que funcionava 24 horas por dia, nos sete dias da semana, ao mesmo tempo que era fechada a clínica de Anchieta, o único hospital psiquiátrico da cidade. Na cidade de São Paulo foi aberto o primeiro serviço chamado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que, posteriormente, foi difundido por todo o Brasil (MACHADO apud VASCONCELOS, 1997, p. 39).

Ainda segundo Amarante:

De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa de 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial (AMARANTES, 1995, p. 493).

Levando em consideração esses eventos, pode-se dizer que a política de Saúde Mental progrediu no que diz respeito às formas de tratamento das pessoas que sofriam com transtornos mentais, trazendo um diálogo com setores críticos em

meio à sociedade, e com famílias e usuários da saúde mental, os mesmos marcados pela histórica violação de direitos.

O Movimento de Reforma Sanitária é tido como um movimento histórico importante, se configura como uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas, implicando também no relacionamento entre estado e sociedade, e tinha como representantes, médicos e lideranças políticas do setor da saúde (BISNETO, 2009).

Fleury (2009) vem afirmar que a Reforma Sanitária emerge na crise da mercantilização da medicina e da saúde, estabelece mediações com a crise do Estado autoritário, permitindo uma articulação com os setores críticos da sociedade, com o intuito de elaborar um modelo sanitário democrático e também descentralizado, para responder as especificidades e particularidades regionais.

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde (FLEURY, 2009, p. 747).

O Movimento Sanitarista brasileiro, datado dos anos de 1970, composto por médicos e lideranças políticas no âmbito da saúde, resultou na chamada Reforma Sanitária Brasileira, Movimento que se empenhou a trazer para a sociedade, avanços democráticos a exemplo da criação do SUS, expresso na Constituição Federal de 1988, promovendo a universalidade da assistência à saúde, como também a um modelo público e descentralizado. A saúde a partir dessa reforma passa a ser vista como resultado da organização social da produção, e também como fruto das lutas sociais. Tendo elementos fundados na determinação social da saúde, criando alianças políticas que estavam a favor do direito à saúde e com o princípio de gestão descentralizada e democrática da saúde (FLEURY, 2009).

O movimento de reforma coloca a necessidade de uma saúde pública de caráter universal, uma saúde de qualidade e que seja de forma gratuita, além de um movimento de profissionais da área da saúde, para um movimento social articulador de vários setores críticos em meio à sociedade.

Antes da implantação do SUS, a atuação do Ministério da saúde estava focalizada em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, que eram realizadas em caráter universal, e a assistência médico-hospitalar, seria para um

número mínimo de doenças, e essas pessoas não tinham acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), instituto criado pelo Regime Militar em 1974, sucessor do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), hoje, Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A finalidade do Instituto era prestar assistência médica àqueles que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos trabalhadores de carteira assinada.

O chamado milagre econômico, época em que o Brasil apresentou um crescimento em relação à economia no período de 1969 e 1973. Nesse período, apresentou-se aspectos positivos, a exemplo de uma infraestrutura melhor desenvolvida, dentre outros, possuindo também seus pontos negativos e entre os principais está a inflação elevada, aumento da dívida externa que por sua vez, prejudicou o desenvolvimento que o Brasil vinha apresentando. A distribuição de renda também foi comprometida, ampliando as desigualdades sociais no país. Em 1974 o crescimento econômico começou a declinar em consequência da crise mundial provocada pelo aumento do petróleo, gerando uma inflação mais alta, o que se configurou o fim do milagre, ocorrendo na mesma época uma crise do financiamento da previdência e repercutiu no INAMPS, órgão que viria a desfrutar de mudanças na década de 1980.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco na história do SUS, por ser a primeira CNS aberta à sociedade, evento que reuniu diversos representantes de todos os segmentos da sociedade civil, sendo importante também na propagação do movimento da Reforma Sanitária. Dessa Conferência resultou também na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

A Constituição de 1988 teve uma grande importância na história da saúde pública, momento em que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. A implantação do SUS aconteceu de forma gradual, ou seja, primeiro veio a implantação do SUDS, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde em 1990, e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), imprimindo ao SUS o controle social e a participação dos usuários na gestão dos serviços.

Para tanto, mais adiante ocorreu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Nesse encontro o texto elaborado pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro, serviu

como base para o mesmo. Com o objetivo de colocar em exercício algumas das reivindicações do Movimento Sanitário.

A aprovação do documento traz princípios que a Reforma Sanitária adotaria, como por exemplo, a universalização da saúde, caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel, a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, participação popular, controle democrático, além da necessidade de integração entre saúde pública, (CEBES, 1980).

Essas duas instituições, a ABRASCO e o CEBES, contribuíram de forma significativa para o processo de construção de identidade no que se refere à chamada saúde coletiva no Brasil. Essa área era caracterizada pela variedade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, e por ter essa diversidade de pensamentos, pôde-se obter diante disso, um importante movimento que criticava as formas em que era praticada a saúde. O que traz para a sociedade, a partir da ABRASCO e do CEBES, mais precisamente para o campo da saúde coletiva, como um campo de produção de saber, assim como de práticas democráticas em saúde.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A política Nacional de saúde Mental no Brasil envolve as estratégias e diretrizes que o país dispõe afim de prestar assistência às pessoas que necessitam e cuidados psiquiátricos. É uma política que abrange o atendimento à pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como esquizofrenia, depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, à aquelas que possui um quadro de uso de substâncias psicoativas a exemplo do álcool e outras drogas, entre outros fatores que estejam relacionados com a saúde mental do usuário.

Dentro das diretrizes indicadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está a implantação de uma rede de serviços na saúde mental, que funciona de forma plural para que possa atender aos usuários em suas mais variadas demandas, promovendo assim, um melhor resultado na efetivação do seu trabalho e contribuindo para que o usuário obtenha maior e melhor resultado em seu quadro psíquico.

A Política de Saúde Mental busca promover ao usuário uma maior integração no meio social, assim como fortalecer a sua autonomia, além de sua participação social, sendo eles, no âmbito do SUS, usuários que recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo uma rede formada pelos serviços de Atenção Básica em Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, como também a reabilitação psicossocial (Portaria GM N° 3.088, 2011).

Contudo, a Lei 10.216 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 1º, faz saber que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e o grau de gravidade ao tempo de evolução de seu transtorno.

O parágrafo único traz como direito da pessoa acometida por transtorno mental os seguintes itens:

- I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL; 2001).

Com base no exposto, pode-se entender que o usuário que necessita de tratamento psíquico está propenso a alcançar um melhor resultado em relação ao seu tratamento e conseqüentemente conseguir sua inserção social.

3.1 Breve reconstrução histórica do Serviço Social na Saúde Mental.

A emersão do Serviço Social no Brasil, datada da década de 1930, momento em que a economia passava por um período de transição saindo da economia agroexportadora para a economia industrial, provocando transformações na inserção do Brasil no modo de produção capitalista, decorrente do processo de urbanização e industrialização na época. A crise que se instalava no mundo, como já citada anteriormente, em decorrência da queda da bolsa de Nova York, afetou diretamente o Brasil, com ênfase em sua produção em café, uma vez que os EUA eram seus maiores importadores.

Nesse contexto, há um adensamento da questão social³, colocando para os trabalhadores a opção de se mobilizarem pela melhoria de suas condições de vida e de trabalho, visto que as ações que eram realizadas não mais conseguiam substancialmente dar suporte total as demandas da classe trabalhadora. Diante do exposto, vê-se a necessidade e, conseqüentemente, a colaboração para que houvesse uma qualificação do profissional com o intuito que o mesmo pudesse atuar

³ Segundo Yamamoto a expressão “questão social” “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos” (2001, p.10).

de forma adequada diante da questão social, surgindo logo após, as primeiras escolas de Serviço Social no Brasil. A primeira Escola de Serviço Social surge em 1936 em São Paulo, devido à expansão das práticas de assistência social, que ainda eram marcadas pelo assistencialismo e de caráter religioso, visto que o Serviço Social no Brasil se deu através da doutrina da igreja católica, já a segunda Escola de Serviço Social surgiu em 1937 no Rio de Janeiro, sendo estas duas as pioneiras de Serviço Social no Brasil.

O processo urbano industrial que acontecia na época influenciou o Serviço Social em seu processo inicial junto a pressão que vinha ocorrendo sobre o Estado, por parte dos trabalhadores que reivindicavam pelos seus direitos, bens e serviços, corroborando a ação do Estado em implementar ações assistenciais que pudessem suprir as exigências da reprodução social da classe trabalhadora. Nesse sentido, os assistentes sociais seriam convocados pelo estado para gerenciar a execução das políticas sociais.

Para Bisneto (2007), o surgimento do Serviço Social se deu com vistas à prestar assistência a classe trabalhadora visando promover uma diminuição na tensão existente entre o capital e o trabalho de modo a intervir nas refrações mais urgentes da questão social.

Os assistentes sociais em meados da década de 1946 tiveram sua inserção de forma gradativa em meio aos hospitais psiquiátricos, à medida que esses profissionais iam se formando junto às escolas de Serviço Social no Rio de Janeiro, as mesmas procuravam a diretoria das instituições psiquiátricas para que esses profissionais fossem inseridos, inserção que, segundo Vasconcelos (2002), se dava devido ao modelo de mediação na porta de “entrada e saída” das enfermarias e asilos psiquiátricos, prática que levaria os profissionais a exercer sua função de forma subordinada aos médicos e à direção da instituição, estavam para atender demandas como levantamentos de dados sociais e familiares dos usuários e também para a preparação de alta dos mesmos.

Veremos a partir da década de 1940 um período em que há a consolidação da formação profissional e, conseqüentemente, a chegada dos mesmos ao mercado de trabalho. A literatura profissional existente na época retrata um problema de questionamento sobre os modelos de ações burocráticas, assistencialista e até superficial do trabalho dos assistentes sociais. O que se pode afirmar que, era um exercício da profissão realizado de forma acrítica, sem

questionamento sobre o trabalho na instituição em sua totalidade. Nesse sentido, o modo de investigação social atuava com o pensamento de culpabilizar as famílias e não de pensar as condições objetivas de reabilitação psicológica e psiquiátrica do sujeito.

As práticas profissionais não colocavam como objetivo a mudança de concepção, do contexto e da prática profissionais dentro da instituição como um todo, nem tinham uma proposta de reabilitação psicossocial efetiva que abrangesse o conjunto das dimensões existenciais e sociais do usuário (VASCONCELOS, 2000, p. 188).

A profissão se configurava como subalternizada, existindo várias irresponsabilidades dentro das instituições psiquiátricas, como, por exemplo, os relatórios que, na maioria das vezes serviam para legitimar internações irresponsáveis. O Serviço Social dentro dessas instituições não reconstruía mediações entre a dimensão objetiva e subjetiva do sujeito, se tornando uma ação burocratizada, e mais uma vez, centrada na legitimação dos interesses da medicina mercantilizada corroborando em práticas manicomializantes.

O foco das práticas profissionais estava voltado para o indivíduo, para a culpabilização individual adaptando-se à ordem que estava instituída. Sob o bojo da perspectiva modernizadora o Serviço Social buscou se distanciar das práticas conservadoras, moralizantes, afastando-se da filantropia, do senso comum, do seu vínculo com a Igreja. Um processo que almejava trazer ao Serviço Social um avanço técnico da profissão, com um perfil profissional moderno.

Em meados dos anos de 1960, emergência do Regime Militar, marca o início de mudanças na saúde mental como também junto aos profissionais de Serviço Social. No momento da ditadura, o número de manicômios aumentou consideravelmente, impulsionados pela privatização e centralização da saúde. Nesse contexto, havia a abertura de várias clínicas privadas, estas, pagas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

É a partir de 1973 - quando o INAMPS enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la - que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas (SOUZA apud BISNETO, 2009, p. 23 e 24).

A atuação do Serviço Social na saúde mental estava para responder as inúmeras expressões da questão social, além disso, na esperança de pensar o fazer profissional em um campo caracterizado pela subjetividade. Como afirma IAMAMOTO; CARVALHO (2008), que o Serviço Social está situado no processo de reprodução das relações sociais, intervindo nas múltiplas expressões da questão social. Vale frisar ainda, que na época a ação profissional estava orientada pela lógica de caso, grupo e comunidade, decorrência da tecnificação da profissão, e o objetivo desse trabalho desenvolvido em áreas estratégicas seria acalmar os conflitos, controlá-los em seu cotidiano.

Rosa (2008) afirma que a questão social sempre esteve visivelmente presente na saúde mental, visto que o usuário estava excluído do meio social, era uma pessoa vista pela sociedade como incapaz, perigosa, etc. O que traduz que a pessoa com transtorno mental deve estar no hospício, reforçando o estigma e o preconceito sobre essas pessoas e seus familiares.

Na década de 1970 a saúde mental passa a ser contestada de forma que os movimentos sociais que se desenvolvem, visam dar um novo modelo de práticas para a mesma, ou seja, movimentos que almejavam mudanças na atenção psiquiátrica, que com o avanço dos mesmos pelo país, foi possível o surgimento de dois movimentos que questionavam o modelo de saúde vigente, trazendo propostas para que fossem estabelecida a universalização do acesso: o Movimento de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, já explicitados no capítulo anterior.

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, mudanças foram vistas diante da atenção ao doente mental, como também nos serviços que eram ofertados. Na década de 1990 um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais é visto dentro das instituições, onde o foco de atenção profissional estava para além da patologia, estava para o sujeito e em seu ambiente em que vive, rompendo aí com a psiquiatria clássica, ou seja, a medicina deixando de ser central na saúde mental, passando a ser um processo de tratamento com o sujeito e não somente com a sua patologia.

Visto esse processo, para o Serviço Social não se configura mais como um agente subalterno da medicina, detendo seu espaço sócio-ocupacional, investigando agora as condições objetivas de vida da pessoa com transtorno mental, não mais culpabilizando o sujeito, mas passando a integrar políticas públicas que

estejam para responder as demandas de reprodução social dos mesmos, portanto, possibilitando ao sujeito condições objetivas de saúde mental.

Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculada ser vista como forma de lucro devido ao modelo que eram organizadas as formas de convênios e ao grande número de pessoas que naquele momento estavam sendo colocadas do – Estado, Igreja, classe dominante –, o Serviço Social caminhava em seu processo de institucionalização, atravessado continuamente pelo signo da alienação [...], os levava a se envolver com práticas conservadoras, burguesas, que visavam apenas a reprodução das relações sociais de exploração, fundamentais para a sustentação do processo de acumulação capitalista (MARTINELLI, 2009, p.135).

Após o período da Ditadura Militar, época em que já havia várias reformas no campo da saúde e da previdência, uma vez que houve a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada, há um aumento no número desses hospitais, passando, a saúde mental a diante dos hospitais psiquiátricos para serem tratadas conforme apresentavam seus transtornos mentais. O Serviço Social auferiu mais espaço no âmbito da saúde mental nos anos de 1990, época em que já se fazia presente vários espaços de serviços alternativos, que conseqüentemente, havia a necessidade de contratação de profissionais da área, aperfeiçoando cada vez mais com a Reforma Psiquiátrica, como também, através de recursos humanos e a incorporação de categorias profissionais diferentes aos serviços.

A partir dos movimentos ligados à saúde na década de 1970, com as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, a saúde mental passa a ser um campo que só ganha, a princípio são exigidos abordagens mais comprometidas tanto teórica quanto politicamente, e conseqüentemente, a pessoa que possui transtorno mental, passa a receber um tratamento baseado em seus direitos sociais.

O movimento da Reforma Psiquiátrica estava voltado para a execução de um modelo diferente ao que estava sujeito à saúde mental, buscava a substituição atendimentos em hospitais psiquiátricos por atendimentos em centros de atenção psicossocial, tendo em vista as precárias condições de tratamento às pessoas com transtornos mentais, inclinando-se também para uma transformação na atuação dos profissionais, para que ele pudesse desenvolver seu trabalho de uma forma em que

o sujeito fosse visto em suas várias dimensões de vida e não somente em relação a sua patologia.

Com as várias questões trazidas pelo movimento, o Serviço Social ganha espaço na saúde mental, dando ênfase a formação social e política desse profissional, o que trouxe para o Serviço Social atuar de forma efetiva nos mais diversas expressões da questão social no âmbito da saúde mental.

É perceptível que a saúde mental no Brasil, ao longo dos anos obteve avanços significativos, levando em consideração a aprovação de legislações direcionadas para os direitos das pessoas acometidas por transtornos psíquicos, além das estratégias que esse segmento desempenha nos serviços e nos dispositivos que vieram a substituir os manicômios existentes em várias regiões do país.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, como já foi citada anteriormente influenciou e influencia até então na transformação no campo da saúde mental, operando também o contexto da formação profissional, apontando como necessidade para este, que seja adicionado em seu processo de formação profissional um desenvolvimento capaz de manter uma reflexão crítica. Nesse contexto, em meados das décadas de 1980 e 1990 a necessidade de um fazer profissional mais comprometido em suas abordagens seja pela teoria, ética e política atuando na perspectiva de desinstitucionalização no que se refere a saúde mental com ênfase para os profissionais que operam nessa área possibilitando uma aproximação com o processo de renovação crítica da profissão, uma vez que o profissional de Serviço social dispõe de amplas possibilidades de aporte no campo psicossocial propiciando para os usuários desse campo o acesso dos mesmos aos bens e serviços aos quais se configura como direito dos mesmos, e lhes trazendo a oportunidade ainda da consolidação e ampliação de espaços democráticos, o acesso a saúde de forma universal, além de outras formas de contribuição dentro desses espaços sócio ocupacionais, vindo a enfatizar que o profissional participe de um processo de formação mais completo.

Segundo Bisneto (2011), as dificuldades encontradas com relação ao exercício da profissão se fazia presente na formação dos assistentes sociais, pois não tinham uma formação adequada para a loucura em sua totalidade, como também, a psiquiatria anseia que o campo para o social seja aberto e o movimento de renovação tem caráter heterogêneo na categoria, trazendo como consequência

uma interferência na atuação profissional, ou seja, mudanças na prática do Serviço Social.

De uma forma geral, a prática profissional na área da saúde perpassa por tensionamentos que dificultam o agir profissional como também sobre o Projeto Ético Político da profissão, pois esbarram em condicionantes políticos e institucionais impondo limites às escolhas dos profissionais. No entanto, a insuficiência existente na discussão teórica em relação à intervenção do Serviço Social na área, dificulta a operacionalização do fazer profissional, segundo Vasconcelos (2010).

3.2 A Política de Saúde Mental no Brasil

Após a Lei Federal 10.216 ser aprovada no ano de 2001, lei que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, origina-se a política de saúde mental no Brasil. Essa política trouxe para os usuários dessa rede, avanços em seu modelo de tratamento, promovendo a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, passando a apoiar a internação em hospitais gerais e que o período seja de curta duração.

3.3 Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1978 trazendo consigo reivindicações por melhorias no acesso a assistência à saúde, a luta pelos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, denunciando a forma de tratamento para com as mesmas dentro dos manicômios, a fim de romper com o modelo hospitalocêntrico de atendimento a essas pessoas, e sobre a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede de assistência privada, gerando, com isso, a Reforma Psiquiátrica. Esta, conforme já explicitado no primeiro capítulo desse presente trabalho, é uma reforma que se inicia em meados da década de 1970 trazendo mudanças no campo da saúde mental juntamente com a Reforma Sanitária e influenciando diretamente no processo de tratamento que até então estava ofertado à pessoa com transtorno mental.

Diante desse contexto, com vistas a promover uma desinstitucionalização e humanização dos serviços em saúde mental, são criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo sido o primeiro, nomeado por Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no Brasil no ano de 1986 em São Paulo, ficou conhecido como o CAPS da rua Itapeva, foi implantado de forma introdutória, pois não apresentava as especificidades que possuem após o seu decreto por Lei. Nesse sentido, vive-se a possibilidade da criação de uma rede de cuidados substitutiva do hospital. Na mesma época são implantados em Santos, São Paulo, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), funcionando 24 horas por dia, criadas também cooperativas e associações que estavam voltadas para auxiliar os usuários e suas famílias, colaborando para um melhor entendimento de sua situação. Através da Portaria 224/1992 veio serem implantado os CAPS, assim como outras modalidades de atendimento ambulatorio, os quais apresenta:

Organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (Brasil, Portaria nº 224,1992).

E esse avanço na saúde mental se deu pela promulgação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei 8.080 de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Em seguida foi criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) que vem coordenar a política de saúde mental no Brasil.

Os Centros de Atenção Psicossocial demonstra, diante da Reforma Psiquiátrica, que é possível tratar a pessoa com transtorno mental fora do hospital psiquiátrico, ou seja, que é possível a mudança desse modelo de tratamento. São serviços de saúde que funcionam de forma aberta, comunitária, realizando o acompanhamento em regime de atenção diária, auxiliam na reinserção social às pessoas com transtornos mentais através de práticas terapêuticas. O CAPS é definido como:

Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, p. 04).

Com o avanço da Reforma Psiquiátrica, foi homologada a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que “dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental” contribuindo para o desenvolvimento da área. Assim, daí em diante vários outros CAPS, assim como outros serviços de redes extra-hospitalares vieram a ser instituído no Brasil a fim de proporcionar atendimento clínico e evitando internações em hospitais psiquiátricos.

Os Centros de Atenção Psicossocial apresentam papel importante na articulação de serviços de saúde mental a população, por meio da organização de redes de atenção básica. Sua implementação se dá a partir do grau de complexidade e abrangência populacional, apresenta serviços de saúde mental, aberto, a quem dela necessitar, apresenta funcionamento clínico e diário aos usuários, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Funcionam como uma rede substitutiva aos hospitais que está ligado à Secretaria de Saúde dos Municípios. Em 2002, por meio da Portaria/GM 336, se configurando mais um avanço importante para o desenvolvimento dos CAPS, organizado de acordo com suas particularidades, instaurou o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e o CAPS i⁴.

Os CAPS I, II e III, respectivamente, são determinados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, cumprindo a mesma função no que diz respeito ao atendimento à população, além do CAPS Infantil (CAPSi) destinado ao atendimento a crianças e adolescentes que possuem algum tipo de transtorno mental e o CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) este, para usuários

⁴ Segundo a Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, as modalidades de CAPS são: CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPS i – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos; CAPS ad – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

com transtornos provenientes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, Portaria Nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002).

Esses Centros de Atenção estão para promover atendimento à população, visto a sua área de abrangência, fazendo o acompanhamento clínico e a integração novamente desse usuário ao meio social. O CAPS tem por função, prestar atendimento diário, gerenciar projetos terapêuticos, disponibilizar para os usuários cuidados médicos, de forma individual e atuando por meio de ações intersetoriais, onde estejam a educação, lazer, cultura e esporte, abrindo estratégias para enfrentar os problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O primeiro atendimento ao CAPS pode ser feito diretamente ao serviço, pelo usuário, um membro da família ou responsável. O usuário também pode ser encaminhado pela Estratégia saúde da Família (ESF), até mesmo por qualquer outro serviço de saúde. De início quando o usuário chega ao CAPS é feito o acolhimento, incluindo toda a situação do usuário, conseqüentemente, instituindo um vínculo terapêutico de confiança entre a equipe profissional presente naquela instituição. É construído no CAPS uma estratégia terapêutica de forma individual ou em grupo, visando construir um ambiente acolhedor, estruturado, facilitador envolvendo várias modalidades de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para o Ministério da Saúde (2004, p. 18):

O CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente a sua vida.

Os avanços conquistados desde o modelo da psiquiatria clássica que estava pautado no enclausuramento e segregação da pessoa com transtorno psíquico, até uma consolidação de práticas diferenciadas para esse modelo de tratamento, visando um reestabelecimento da saúde mental para esse usuário, como também uma promoção em sua qualidade de vida.

É notório que, na prática a pessoa que possui transtorno psíquico, mesmo após a saúde mental ter desfrutado de mudanças significativas, principalmente em relação ao modelo tradicional de tratamento às pessoas com transtornos mentais, faz-se necessário para que esse usuário tenha um melhor desempenho em sua

recuperação psicossocial, incluindo a sua reinserção em meio à sociedade, ele precisa do acompanhamento familiar, de equipes que possam atuar em sua recuperação de forma humanizada e digna.

A família desempenha papel importante para o desenvolvimento da recuperação do usuário, quando este é aceito e acolhido em seu núcleo familiar, caso contrário, pode até prejudicar o seu desenvolvimento no tratamento. Vale salientar que essa é uma questão que atualmente é discutida junto ao lugar de tratamento com essas pessoas e famílias, uma vez que ainda existe rejeição por parte de familiares.

O atendimento no CAPS é feito aos usuários de forma a suprir suas necessidades básicas, oferecendo-lhes um tratamento digno através de uma equipe multidisciplinar de profissionais

4 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

4.1 Contextualizando o campo de estudo

O município de São João do Rio do Peixe, no Estado da Paraíba (Brasil), está localizado na microrregião de Cajazeiras. De acordo com o último censo do IBGE em 2010, a população do município era de 18.201 habitantes, com estimativa para o ano de 2017 que essa população diminuísse para 17.934 habitantes.

Os serviços de saúde que são disponibilizados no município são Estratégia Saúde da Família (ESF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e um hospital de pequeno porte.

O nível de atenção à saúde no município é de caráter primário, ou seja, que é conhecido como porta de entrada do SUS, encontra-se as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), onde são marcadas consultas, exames básicos, e os profissionais se articulam para atuar nos diversos espaços da comunidade, além de visitas domiciliares.

4.2 Contextualizando o CAPS de São João do Rio do Peixe-PB

Para o Ministério da Saúde (2004), os CAPS devem dispor de um espaço próprio e adequado para atender as mais variadas demandas, sendo esse espaço bem estruturado com recursos físicos necessários para a atuação do profissional junto ao usuário, sendo estes: consultórios para atividades individuais, espaço de convivência, salas para atividades grupais, oficinas, refeitórios, sanitários e áreas externas para oficinas, esportes e recreação dos mesmos.

De acordo com o objeto deste trabalho, o CAPS I do município de São João do Rio do Peixe enquanto órgão que está para oferecer suporte ao usuário que ali frequenta, possui ainda suas fragilidades em relação principalmente a precariedade de instrumentos oferecidos para que o profissional possa executar seu trabalho de forma completa, podendo assim, atender as demandas em seu espaço sócio ocupacional.

O referido CAPS estudado, quanto à sua estrutura e funcionamento, pôde-se inferir que o serviço e o ambiente não se adequam a esse exposto do Ministério da Saúde, como veremos a seguir.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, situado na cidade de São João do Rio do Peixe – PB, foi implantado no ano de 2011. Esse CAPS conta com uma equipe de profissionais que atuam na perspectiva do direito às pessoas com transtornos mentais, como também, integrá-las por meio da reinserção às suas famílias e a sociedade como um todo. O tratamento desse usuário é feito à base de medicamentos como também, atendimento terapêutico, envolvendo assim, as especificidades de cada profissional para englobar as demandas de cada usuário.

O CAPS UNIVALE situado na cidade de São João do Rio do Peixe – PB engloba em um consórcio municipal outras cidades, tais como: Poço de José de Moura, Triunfo, Bernardino Batista, Joca Claudino, Uiraúna e Santa Helena, pois, são cidades circunvizinhas que estão inseridas na área de abrangência do CAPS.

A equipe multiprofissional do CAPS I é composta por um psicólogo, um assistente social, dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois farmacêuticos, um artesão, três monitores, dois recepcionistas, duas cozinheiras, uma lavadeira, um auxiliar de serviços gerais, dois guardas, um coordenador, um educador físico e dois médicos (um psiquiatra e um clínico geral). Ao todo são 23 funcionários. A instituição dispõe também de transporte cedido pela Secretária Municipal de Saúde, sempre que é necessário.

O público-alvo dessa instituição são pessoas com transtornos mentais. Atualmente 15 usuários estão inseridos no CAPS em situação permanente, sendo que os dias para a estadia de cada um são organizados pela coordenadora, visto que, não há espaço suficiente para abrigar todos em um único dia. São aqueles que chegam pela manhã, fazem três refeições ainda na instituição, e no final da tarde, vão para suas casas. A instituição funciona, das sete horas da manhã, às dezessete horas da tarde, de segunda-feira à sexta-feira. As atividades durante o dia são organizadas para que todos os funcionários desenvolvam uma interação com esses usuários, respeitando a especificidade de cada profissão.

O CAPS UNIVALE I está situado na zona urbana, e funciona em uma casa alugada pela prefeitura municipal. Sua estrutura física é composta por nove cômodos, onde são divididas entre funcionários e usuários.

As atividades realizadas pelo assistente social no CAPS I são o atendimento individual, atendimento com as famílias e em grupos; são realizadas visitas domiciliares; são feitos relatórios informando a situação dos usuários; estudo social; pareceres; encaminhamentos à rede sejam eles à saúde, à previdência e assistência, encaminhamentos ao sistema de garantias de direitos; capacitações; palestras; orientações aos indivíduos em relação ao Serviço Social. Vale ressaltar que desde a implantação desse CAPS, se faz presente a atuação do profissional de Serviço Social.

Como se sabe, na saúde mental, assim como em outras áreas, a efetivação do trabalho profissional é seguida por dificuldades e não é diferente para o Serviço Social junto com a equipe que atua naquele local, ou seja, a instituição não possui os instrumentos necessários para a atuação dos profissionais presentes naquele campo. Diante disso, os usuários que frequentam e necessitam de um atendimento completo em relação as suas necessidades, acabam por ficar à mercê dos desmontes que atingem todas as políticas sociais envolvidas na efetivação dos direitos dos mesmos.

4. 2.1 A atuação do/a Assistente social no CAPS de São João do Rio do Peixe

O contexto social e político que delimita as políticas sociais no Brasil, contexto da política seletiva, focalizada, restritiva, corrobora para uma limitação no fazer profissional sobre as múltiplas expressões da questão social. Na política de saúde mental o assistente social é demandado a intervir junto a equipe básica para CAPS e ambulatórios que venha intervir nessas expressões presente na vida do usuário acometido por transtorno mental.

Para o CFESS (1993), a atuação do assistente social na saúde mental precisa estar pautado na defesa intransigente dos direitos humanos, e recusa do arbítrio e autoritarismo, se colocando contra os tratamentos desumanos que possam violar a integridade física e psíquica da pessoa que possui transtorno mental. Na medida que vem contribuir para a ampliação da cidadania dos usuários com transtorno psíquico, contribui também para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, se colocando na luta junto aos usuários da saúde mental para sua inclusão nas políticas públicas para que sejam garantidos os direitos sociais, políticos e civis, contribuindo para o exercício de cidadania dessas pessoas.

Se posiciona também no “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivo à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças” (CFESS, 1993, p. 18). O que nos remete a entender que não é uma tarefa fácil ao profissional, mas que é necessário contribuir para a eliminação desse histórico de preconceito existente para com essas pessoas que estão acometidas por um transtorno psíquico e por outro lado, procurar fortalecer os espaços de participação dessas pessoas.

Sabemos que não é sempre possível que o profissional consegue efetivar o seu trabalho seguindo cada parâmetro, pois são encontrados grandes problemas para essa realização do fazer profissional, um dos principais destes é a falta de recursos e políticas que possam intervir sobre a questão social, sendo necessário que o profissional se empenhe a enfrentar esse problema, assim como outros que possam aparecer, pensar estratégias viáveis de instrumentalização do trabalho profissional.

Nesse contexto, o trabalho profissional também encontra limites conforme a setorialização da política social, e nesse sentido, as redes intersetoriais se tornam importantes para a intervenção profissional sobre as expressões da questão social, pois é através da rede que o assistente social enaltece a possibilidade de responder a essas expressões que estão presentes na vida desse usuário, visto que há uma visão mais ampla de integralidade das políticas e de respostas obtidas de forma coletiva em rede, pois a forma tradicional de se fazer a política social deixa a desejar por ser idealizada de forma setorializada e incapaz de trazer respostas as demandas dos sujeitos em sua totalidade. Como afirma Junqueira (2004), que cada política social coloca a seu modo uma solução sem levar em consideração o sujeito em sua totalidade, como também, ações das outras políticas sociais. Portanto, essa forma de agir dentro das políticas precisa de mudanças para que através da integralidade possa ocorrer melhores resultados no exercício da profissão.

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e seus problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente (JUNQUEIRA; INOJA E KOMATSU. 2004, p. 27).

Visto toda problematização e peculiaridade para o exercício da profissão dentro das instituições, acredita-se que a articulação e atuação do profissional junto a rede intersetorial é uma forma de viabilizar direitos sociais em uma forma integrada que vem proporcionar a pessoa com transtorno mental gerando um fortalecimento de sua autonomia, do mesmo modo, uma colaboração no seu processo de desinstitucionalização do usuário.

Outro importante aspecto que contribui de forma significativa para um bom desempenho profissional e conseqüentemente favorável à concepção de desinstitucionalização é a articulação junto aos familiares dos usuários, visto que esse deve ser observado em sua totalidade e dentro do seio familiar se torna possível viabilizar critérios de acesso, além de conhecer suas condições de reprodução social, articulando uma rede de trocas que sejam capazes de contribuir para tal reabilitação do usuário.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo realizado se configura de natureza qualitativa, tendo por finalidade captar a essência do fenômeno estudado e, não sendo apenas a sua aparência, pois o mesmo busca nos dados coletados o seu significado dentro do contexto em que se encontra o fenômeno (TRIVIÑOS, 2013).

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, enquanto modo que aborda o real, preocupa-se com o natureza dos significados das ações e relações humanas, ou seja, “preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, mas sim, analisado e refletido por pressupostos teóricos que o auxiliem.

Para tanto, esse estudo sendo de caráter exploratório, objetiva desenvolver e esclarecer ideias que permitam tornar mais explícita a citada problemática para estudos que venham a ser desenvolvidos posteriormente, se configurando em uma primeira fase para estudos mais vastos e sistematizados (GIL, 2008).

O método crítico-dialético elaborado por Marx, um método capaz de compreender a realidade em seus determinantes sócio-históricos, como também de sua perspectiva crítica, se faz o método norteador desse estudo.

Em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus fundamentos, os seus condicionamentos e os seus limites – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais (NETTO, 2009, p. 6).

Segundo o exposto, é um método que demanda uma investigação de forma que inclua a realidade e a totalidade em que se encontra o objeto estudado, apreendendo não só a aparência mas também a sua essência.

A realização desse estudo aconteceu no mês de julho de 2018 e contou com a participação de 01 (uma) assistente social do CAPS I do município de São João do Rio do Peixe-PB.

Utilizamos-nos da entrevista de caráter semiestruturado, onde a mesma possibilita uma forma mais livre de abordar o/a participante da pesquisa, como também do roteiro de perguntas formuladas como elemento de orientação do processo de diálogo. Para Triviños, a entrevista semiestruturada se caracteriza como:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (2013, p. 146).

A análise de conteúdo pode constituir parte de uma abordagem mais ampla de natureza dialética, ou seja, empregando o pensamento de Marx crítico-dialético, a análise de conteúdo pode ser uma “subsídio” para esse instrumento que procura estabelecer a realidade concreta do elemento pesquisado por meio de suas determinações sócio históricas, classes sociais, determinados modos de produção, etc., (TRIVIÑOS, 2013)

Este estudo baseia-se nos aspectos éticos e devem ser considerados durante todo seu desenvolver, respaldados pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que avalia a ética na pesquisa como implicadora do respeito pela dignidade humana e da proteção aos sujeitos pesquisados/.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, termo adotado nesse estudo que consiste na relação de confiança entre pesquisador/a e pesquisado/a, em que o/a pesquisador/a apresenta a natureza de sua pesquisa aos/as seus/suas participantes, garantindo o sigilo das informações, a privacidade e a proteção de sua identidade, imagem e voz.

5.1 Dados da Pesquisa: reflexões acerca do lócus de estudo

Neste trabalho, objetivamos analisar a importância do assistente social na saúde mental, assim como, desafios para a realização do seu trabalho em seu espaço sócio ocupacional, sobretudo, a relação entre a política de saúde mental e princípios que norteiam o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

Com relação a política de saúde mental, diante das análises dessa pesquisa, a assistente social fez referência a mesma da seguinte forma:

A Política Nacional de Saúde Mental abrange as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Então, ela envolve a atenção a pessoas com transtornos mentais incluindo aquelas com quadro de uso e dependência de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas) (ENTREVISTADO 1).

Analisando a compreensão da entrevistada, pode-se observar que a mesma traz a ideia de mostrar a política de saúde mental de forma mais resumida, visto que, é uma política que vai muito além devido as suas particularidades, além da avaliação da política nacional de saúde mental brasileira ser especialmente difícil, dada a dimensão e complexidade de nosso sistema de saúde.

Podemos dizer que a política de saúde mental tem se transformado nas últimas décadas no Brasil, mais precisamente após o movimento de Reforma Psiquiátrica⁵, que veio transformando o arcabouço dos serviços de saúde mental recusando a restrição ao hospital de internamento psiquiátrico, se propagando para a compreensão de uma rede de base comunitária.

Assim, indagamos sobre a importância do assistente social na saúde mental:

Bom, a concepção de saúde ela vai além da questão da ausência de doenças e o assistente social é um dos profissionais mais capacitados, é o profissional mais capacitado para trabalhar neste espaço, porque compreende o ser em sua totalidade, é uma particularidade do assistente social, os fatores econômicos, culturais e sociais, que não podem ser interpretados nos consultórios médicos ou em setor de enfermagens. Os subsídios do serviço social é, tais como: estudo social, parecer social e demais relatórios produzem grande impacto na vida dos usuários do serviço porque a partir daí são realizados todos os encaminhamentos necessários.

Diante de tal fala, podemos perceber que a partir do trabalho exercido pelo profissional de Serviço Social, o usuário que necessita dos serviços psiquiátricos, possui diante desse profissional a oportunidade de ser tratado além de sua patologia. É um profissional que atua para que a pessoa acometida por transtorno mental para que o usuário seja tratado como um sujeito de direito e que tais direitos sejam efetivados. Vindo a ser um profissional que tem sua atuação na saúde mental afim de responder as inúmeras expressões da questão social.

E, segundo Rosa (2008) a questão social sempre esteve presente na saúde mental, visto que a pessoa com transtorno psíquico estava excluída do meio social, sendo uma pessoa vista pela sociedade como perigosa, incapaz, etc.

A ser questionada sobre os desafios encontrados para a sua atuação nesse serviço de saúde mental, no caso, o CAPS I a assistente social destaca:

⁵O Movimento de Reforma Psiquiátrica foi apresentado no primeiro capítulo deste trabalho.

Existe barreiras estruturais que dificultam a materialização das ações, como a própria precarização das políticas públicas e das instituições que compõem a rede de atendimento. Um dos maiores desafios é o trabalho em equipe que não acontece, é, no CAPS, visto que os demais profissionais muitas vezes não compreende o papel do assistente social também, então não é um trabalho em equipe, é cada um que vai desenvolver o seu papel. Outra grande dificuldade são os recursos materiais, os instrumentos que faltam. Três anos praticamente trabalhando sem computador, sem impressora, então muitas vezes pra elaborar um parecer, um relatório e pra não deixar o usuário prejudicado acabamos levando serviço pra casa, o que não é adequado, a falta de internet também. As dificuldades do profissional é no dia a dia, a começar pelo salário que também não dá pra gente se manter trabalhando em um ambiente apenas, então já começa pela desvalorização do profissional, então se a gente for enumerar as dificuldades, são várias, a própria relação, relação muitas vezes que não é entendida da atividade das suas atribuições, apesar de ser colocado constantemente qual é a função do assistente social, é, como foi dito: o assistente social é um dos profissionais mais importantes na atuação na saúde mental porque ele vai compreender a vida do usuário e sua totalidade, compreender o usuário não apenas como usuário, mas como ser humano e identificar todas as suas necessidades, as vezes mediar conflito, que talvez seja aquele conflito que esteja dificultando a evolução desse usuário, então na mediação de conflitos, encaminhamentos que seja à rede saúde, assistência, previdência, então o assistente social vai ser o único profissional que vai olhar o usuário como ser humano em sua totalidade.

De acordo com a resposta acima, a profissional vem falar que a precarização nas políticas públicas traz consequências para a efetivação do trabalho profissional como também a falta de materiais que são essencialmente necessários dentro da instituição.

Atuando sobre uma política neoliberal, o profissional se depara com dificuldades estruturais, conjunturais e assim prejudicando o trabalho profissional, conseqüentemente não atendendo as demandas postas aos usuários.

Sabemos que o trabalho profissional diariamente esbarra nos limites das políticas públicas, como também na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros fatores, como a falta de estrutura física e de acesso aos serviços, como é o caso relatado pela entrevistada, não sendo os mesmos, entretanto, justificativas para o profissional não concretizar o seu exercício. O profissional de Serviço Social é capaz de articular, e ao mesmo tempo buscar estratégias que auxiliie na superação das barreiras existentes nesse meio.

Perguntamos a profissional sujeito da pesquisa as estratégias utilizadas pela mesma para a materialização da política de saúde mental. Vejamos sua reflexão:

As principais estratégias são: primeiro articular o conhecimento da realidade dos usuários da Política Municipal de Saúde com os dispostos do Sistema Único de Saúde; Investigar a realidade socioeconômica e cultural dos usuários e estabelecer parcerias com as demais políticas públicas.

Diante da fala da entrevistada, evidencia-se que para uma boa efetivação do trabalho profissional nas instituições é necessário que haja um conhecimento da realidade dos usuários, assim como uma integralidade entre as políticas públicas.

Como visto no capítulo anterior, que não é sempre possível que o profissional consegue efetivar o seu trabalho seguindo cada parâmetro, pois são encontrados grandes problemas para a realização do trabalho profissional, sendo necessário que o profissional se empenhe para uma boa efetivação do mesmo, além de pensar estratégias viáveis de instrumentalização do trabalho profissional. Dessa maneira, é preciso avançar nos processos de expansão e de articulação da atenção na rede básica e substitutiva e ainda fortalecer o lugar do CAPS, pois, na política de saúde mental o assistente social é demandado a intervir junto a equipe básica para CAPS e ambulatórios que venha intervir nas expressões da questão social presente na vida do usuário acometido por transtorno mental.

Quando indagada se existe intersetorialidade⁶ de outros profissionais na perspectiva de consolidação da política de saúde mental no CAPS I de São João do Rio do Peixe, destaca:

Sim, como Assistência, Previdência, estreita parceria com o Sistema de Garantia de Direitos, entre outros. É bem complicado falar em intersetorialidade se não existe nem a compreensão do trabalho em rede, existe né, vamos dizer assim, existe o trabalho intersetorial porque sempre vai ter essa ligação com as outras políticas públicas, mas é algo que não é bem compreendido e que

⁶ De acordo com Couto, Raichelis e Yazbek (2011, p. 39), a intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Supõe a implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades sociais da população. Envolve a agregação de diferentes políticas sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção das redes municipais.

também não é concretizado, falando de CAPS, mas eu acredito também que não tenha essa intersectorialidade também em outras instituições. O trabalho intersectorial ele tem que ter, não é perfeito, como diz, é uma rede furada, mas a gente tem uma perspectiva, a gente tem as leis, tem as diretrizes e a gente tem pelo menos um caminho, tem um norte é que a gente tenta seguir.

Na fala acima, indagada sobre a intersectorialidade, a assistente social reafirma a problemática existente sobre a dificuldade em que os profissionais encontram para que os serviços tenha a participação de toda a rede.

Visto que a concepção de saúde vai além da ideia da ausência de doença e que engloba ainda outros fatores para a sua efetivação, a política de saúde no Brasil está organizada no âmbito de legislação de forma intersectorial para que seja possível enfrentar os fatores que abarcam o processo de adoecimento através de uma ação integrada com outras políticas sociais.

Nesse sentido, o trabalho do assistente social precisa estar sempre buscando estratégias que vá além da atuação institucional, permitindo conhecer a realidade que o usuário vive, bem como os serviços que são possíveis de serem acessados.

O contexto político, social, cultural e econômico de um país, um estado e uma localidade é pensado de forma direta nos níveis de saúde da população, o que reflete no agravamento da questão social. Para Campos (et al., 2004a, p. 746)

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

Pensando assim, caberia ao Estado dispor de mecanismos que subsidiasse o combate dos fatores que contribuem para o adoecimento. Portanto, o processo de intersectorialidade é importante entre as políticas sociais, onde diferentes mecanismos trabalham de forma compartilhada no enfrentamento aos problemas sociais.

Por último, inquirimos sobre a relação entre a política de saúde mental e os princípios que norteiam o Projeto Ético-Político do Serviço Social, tivemos como resposta:

O campo de ação do assistente social engloba questões intrinsecamente ligadas à democracia e justiça social. O profissional deve possuir um arcabouço de conhecimento, técnicas e instrumentos que precisam ser adequadas à realidade e à necessidade de intervenções, tendo como referência a crítica da sociedade, a compreensão das relações socioeconômicas, políticas e culturais a fim de que sejam viabilizados os direitos da população atendida.

De acordo com o sujeito da pesquisa, a assistente social, ao lutar pela democracia e pela justiça social, necessita de um aporte de conhecimentos teórico-metodológicos que possibilitem uma apreensão crítica da realidade. Mesmo não apresentando de forma explícita, a profissional deixa claro a relevância da teoria social de Marx, de forma que a mesma oferece subsídios que permitem compreender a realidade e suas múltiplas determinações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em discussão objetivou debater o espaço sócio-ocupacional do assistente social levando em consideração as mudanças ocorridas com a transformação do modelo psiquiátrico no Brasil e ainda sobre o papel dos/as assistentes sociais no âmbito da saúde mental.

Observou-se que o profissional de Serviço Social tem atuado principalmente com o objetivo de proporcionar às pessoas com transtornos mentais uma melhor qualidade de vida, contribuindo para a consolidação de seus direitos. O estágio feito em uma instituição do modelo CAPS, e ainda a pesquisa bibliográfica na saúde mental, pôde nos remeter que o assistente social tem uma importância fundamental nessa área.

A Reforma sanitária, em seu movimento, partiu do resgate da dívida social, com o desígnio de conseguir no futuro, um sistema de proteção social mais justo e igualitário. A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz para a saúde mental um novo modelo de tratamento para com os usuários, embora saibamos que é preciso ir além. Apesar de todas as conquistas alcançadas com o processo de reforma, entende-se que é preciso investir mais na construção da autonomia e da cidadania das pessoas acometidas por transtorno mental, designando estratégias para que os usuários dos serviços de saúde mental sejam contemplados em seus direitos, considerando que ainda hoje, essas pessoas são “excluídas” não apenas pela sociedade, como também existe a exclusão por parte da família, vale ressaltar que com as mudanças no âmbito da saúde mental esses casos são menos frequente.

Nesse contexto, o assistente social deve estabelecer relações entre essas pessoas e seus familiares, uma vez que esses, também, precisam de acompanhamento, visto que a questão que os envolve é bastante complexa, se fazendo necessário a intervenção do profissional de Serviço Social, assim como de outros profissionais que operam na área da saúde, junto ao estado e a sociedade geral. É importante frisar que o atendimento mais humanizado e social ajuda melhorar a qualidade de vida, de forma que estabiliza o quadro da loucura, inserção social, respeitando a singularidade do sujeito no espaço social e comunitário que o mesmo está inserido.

Com base na problematização acerca da Reforma Psiquiátrica da construção de direitos para com as pessoas com transtornos psíquicos, podemos dizer que a saúde mental proporciona uma atuação do profissional de Serviço Social voltada para um fazer crítico.

É necessário que o profissional de Serviço Social que atua na saúde mental possa problematizar as demandas e intervenções na área, com o intuito de viabilizar o acesso aos direitos dos usuários. Portanto, a prática profissional precisa constantemente de uma análise crítica do exercício da profissão, garantindo uma boa qualidade no atendimento aos usuários.

Em relação à pesquisa realizada em um dispositivo de saúde mental, no município supracitado, podemos dizer que o profissional de serviço Social tem uma relevância significativa no campo da saúde mental. A/o profissional entrevistado/a possui um conhecimento significativo dentro da saúde mental, mas que naquele espaço sócio ocupacional não encontra os subsídios necessários para uma boa efetivação do seu trabalho, que parte dos desmontes nas políticas públicas, o que contribui para a precarização dos serviços nas instituições, à intersectorialidade com as outras políticas, entre outros fatores que dificultam o fazer profissional.

Vale ressaltar que apesar da precarização existente a profissional de Serviço Social atuante naquele espaço está sempre buscando estratégias para que o usuário não deixe de ter acesso aos seus direitos, como também para que tenha um resultado significativo em relação ao seu transtorno psíquico.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** / coordenado por Paulo Amarante. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial.** / Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2007.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Política social: **fundamentos e história**/ Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2)
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** / José Augusto Bisneto. – 3. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.
- Brasil. Presidência da República. **Lei. 10.216** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 de Abril de 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf
- COUTO, Berenice Rojas; RAICHELIS, Raquel; YAZBEK, Maria Carmelita. A Política de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. *In:* _____. [et al]. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento.** 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.
- CAMPOS, Gastão W. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.
- CFESS. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993. **Código de Ética do Assistente Social.** 6ª Ed. rev. e atual. Brasília, 1993.
- Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n.º 336/GM* de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.
- FLEURY, S. **Reforma Sanitária Brasileira:** dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- JUNQUEIRA L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade:** na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: os centros**

de atenção psicossocial. Secretária de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MINAYO, Maria Cecília de S, DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. 14ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan-mar. 2014.

PORTARIA GM N° 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, REPUBLICADA EM 30/12/2011.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

Serviço Social e saúde: **formação e trabalho profissional** / Ana Elisabete Mota... [et al.], (orgs), - 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Serviço Social e interdisciplinaridade**: o exemplo da saúde mental. In: ROSA, L. C. S.; VASCONCELOS, M. E. (Org.) Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

FICHA GERADORA DE DEPOIMENTOS

Curso de **Serviço Social**

Pesquisadora: Maria José Lopes da
silva

Prof. Resp. **Reginaldo P. França
Júnior**

Email: reginaldo.francajr@gmail.com

Campo:

Data de coleta:
____/____/____.

Técnica:

Modalidade: **Entrevista semi-
estruturada**

Aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: () sim () não

1. Discorra sua compreensão sobre a política de saúde mental.
2. Como você avalia a importância da atuação do assistente social neste espaço?
3. Quais os maiores desafios à sua atuação neste Serviço de Saúde Mental?
4. Quais as principais estratégias utilizadas por você à consolidação da política de saúde mental?
5. Existe intersetorialidade de outros profissionais na perspectiva de consolidação da política de saúde mental nesta instituição?
6. Qual a relação entre a política de saúde mental e os princípios que norteiam o projeto ético- político do Serviço Social?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa que tem por título, **A SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SOCIO-OCUPACIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS**: o trabalho no CAPS de São João do Rio do Peixe-PB.

Concordo em participar, como voluntário, do estudo que tem como pesquisador responsável a discente Maria José Lopes da Silva do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, campus Sousa/PB.

Tenho ciência de que o estudo tem por objetivo identificar os rebatimentos na atuação do/a profissional de Serviço Social na política de saúde mental, como também desvelar a partir da percepção dos/as assistentes sociais, as possibilidades e perspectivas para a efetivação dos direitos dos/as usuários/as atendidos no Caps I de São João do Rio do Peixe –PB.

Participarei de forma a conceder informações por meio de entrevista semiestruturada sobre o tema, aplicado pela aluna. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, que os dados obtidos serão analisados e colocados na pesquisa, sendo preservado o anonimato do/s participante/s, assegurando assim minha privacidade.

Eu, _____
tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar dela.

São João do Rio do Peixe, _____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisadora