

Organizadoras

SOFIA LAURENTINO BARBOSA PEREIRA
LUCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA

Saúde mental e o trabalho do (a) Assistente Social

Saúde mental e o trabalho do(a) Assistente Social

ORGANIZADORAS

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Saúde mental e o trabalho do(a) Assistente Social

ORGANIZADORAS

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Lucia Cristina dos Santos Rosa



Universidade Federal do Piauí

Reitor

Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor

Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social

Fenelon Martins da Rocha Neto

Diretor da EDUFPI

Cleber de Deus Pereira da Silva

EDUFPI - Conselho Editorial

Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)

Cleber Ranieri Ribas de Almeida

Gustavo Fortes Said

Nelson Juliano Cardoso Matos

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo

Wilson Seraine da Silva Filho



Pró-Reitora de Extensão e Cultura - PREXC

Deborah Dettman Matos

Coordenador de Programas, Projetos e

Eventos Científicos e Tecnológicos - CPPEC

Raul Lopes de Araújo Neto

Organização da obra

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Comitê científico na área do Serviço Social

Andréa Valente Heidrich - UCPel

Fernanda Nunes da Rosa Mangini - UFSM

Tathiana Meyre da Silva Gomes - UFF

Warllon de Souza Barcellos - UEMG

Projeto Gráfico, Capa e Editoração Eletrônica

Alexandre Wellington dos Santos Silva

Imagem de capa:

Starline (<https://br.freepik.com/starline>)

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras
Serviço de Processos Técnicos

S255 Saúde mental e o trabalho do(a) Assistente Social /
organizadoras, Sofia Laurentino Barbosa Pereira,
Lucia Cristina dos Santos Rosa. - Teresina :
EDUFPI, 2022.
237 p.
ISBN: 978-65-5904-189-3
1. Saúde mental - Aspectos sociais - Brasil. 2.
Serviço social. I. Pereira, Sofia Laurentino
Barbosa. II. Rosa, Lucia Cristina dos Santos.
CDD 362.209 81

Bibliotecária: Thais Vieira de Sousa Trindade - CRB-3/1282



Editora da Universidade Federal do Piauí – EDUFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
CEP 64049-550 • Bairro Ininga - Teresina-Piauí – Brasil
Todos os direitos reservados



Sumário

APRESENTAÇÃO - Organizadoras.....	07
1. Docência em Serviço Social e formação profissional em Saúde Mental: caminhos, interfaces e experiências – Sofia Laurentino Barbosa Pereira; Lucia Cristina dos Santos Rosa.....	13
2. A dimensão social na saúde mental e a atuação do Assistente Social - Juliana Cristina Fernandes..	49
3. Trabalho profissional da(o)s assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS´s/ Belém-Pará: Um estudo sobre as condições éticas e técnicas - Vera Lúcia Batista Gomes; Rosiane Silva da Silva.	73
4. Serviço Social e trabalho socioeducativo na Saúde Mental infantojuvenil - Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger; Sofia Laurentino Barbosa Pereira; Wanessa de Sousa Santos.....	105
5. O Projeto Ético Político do Serviço Social e suas dimensões no campo do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas - Patrícia Maia von Flach; Eliana Brito Nascimento.....	135

6. A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil: Tendências contemporâneas - Rosiane Oliveira da Costa; Alessandra Ximenes da Silva.....	169
7. As políticas de Saúde Mental como campo de atuação dos assistentes sociais em Portugal - Helena Teles; Maria Irene Carvalho.....	197
Nota sobre as autoras.....	231

Apresentação

Três direções iniciais orientaram a organização do livro *Saúde mental e trabalho do(a) Assistente Social*: a) buscar reunir em uma obra, autoras focadas na discussão sobre o Serviço Social na saúde mental, que saísse do eixo do Sudeste/Sul do Brasil, para aglutinar vozes de outros territórios; b) intensificar o debate na confluência entre o exercício da docência, o ensino do trabalho profissional, a esfera da formação, como espaço sócio-ocupacional histórico do Serviço Social na política educacional de nível superior, com o cotidiano interventivo, nos diferentes territórios e instituições de implementação da política de saúde mental; c) reforçar as ações e as reflexões a partir do Projeto Ético Político na sua convergência com os pontos de articulação com a Reforma Psiquiátrica/luta antimanicomial; d) reunir uma coletânea que aborde diferentes olhares e recortes sobre o exercício profissional dos(as) assistentes sociais no campo da política de saúde mental, álcool e outras

drogas, destacando, sobretudo, sua dimensão técnico-operativa, tendo em vista a parca produção a respeito disso e a crescente demanda dos(as) assistentes sociais que trabalham nos diferentes dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial que buscam caminhos e direções para o fazer profissional. Nesse sentido, sob a égide dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado; do cuidado integral; da visão de totalidade; e da clínica ampliada, iluminados pelos princípios dos direitos humanos, recebemos 7 textos.

O texto *Docência em Serviço Social e formação profissional em Saúde Mental: caminhos, interfaces e experiências*, de autoria de Sofia Laurentino Barbosa Pereira; Lucia Cristina dos Santos Rosa, a partir da experiência docente em saúde mental, no Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, investe nas peculiaridades da docência, a partir do tripé, ensino, pesquisa e extensão, promovendo uma visão panorâmica e um balanço da articulação ensino/formação e exercício profissional e dos produtos consignados.

O capítulo *A dimensão social e a na saúde mental e a atuação do assistente social*, de autoria Juliana Cristina Fernandes, a partir de sua tese de doutorado, investe no significado do social e suas apropriações e, em um contexto em que toda a equipe de saúde mental e seus diferentes profissionais são instados a fazer o mesmo, o que antes da reforma psiquiátrica pareceria ser um exclusivismo do assistente social, se dissemina para outros campos de saber. Nesse contexto, a autora busca compreender como os(as) assistentes sociais (re)significam o “social” e as demandas dele advindas, e que respostas oferecem, a partir dos CAPS III, de um município do interior paulista.

O terceiro texto, *Trabalho profissional da(o)s assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS's/Be-lém-Pará: um estudo sobre as condições éticas e técnicas*, de autoria de Vera Lúcia Batista Gomes e Rosiane Silva da Silva, diante da intensificação da precarização das condições de trabalho dos assistentes sociais, inclusive nos CAPS, principal dispositivo reformista, mapeiam os rebatimentos nas condições éticas e técnicas de trabalho à luz da Resolução nº 493/CFESS, sinalizando seu não atendimento, o que viola o direito à privacidade/sigilo profissional, sem ambiência de trabalho compatível com um exercício profissional conforme os parâmetros normativos, sinalizando ainda para a necessidade de resistência coletiva em face disso.

O quarto texto denominado *Serviço Social e trabalho socioeducativo na saúde mental infantojuvenil*, de autorias de Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger, Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Wanessa de Sousa Santos, objetiva analisar o trabalho socioeducativo a partir da realidade do CAPSi, tendo por foco o trabalho socioeducativo e grupal desenvolvido com crianças e adolescentes, destacando as estratégias técnico-operativas construídas por assistentes sociais, em sua articulação com as dimensões teórico metodológicas e ético políticas.

O quinto capítulo, *O Projeto Ético Político do Serviço Social e suas dimensões no campo do cuidado aos usuários de substâncias psicoativa*, de autorias de Patrícia Maia von Flach e Eliana Brito Nascimento, trazem a partir de suas dissertações e teses e da experiência territorial realizado na Bahia, a partir do Consultório de rua, do CETAD, com ênfase na dimensão técnico-operativa do Serviço Social, mas bem fundamentadas na trilogia que orienta o Projeto Ético Político, os balizadores na intervenção com os consumidores de substâncias psicoativas,

ênfatisando a complexidade das diferentes temporalidades e atores em cenas de uso, assim como explicitando os marcadores das desigualdades sociais ênfatisadas nas dimensões de classe e racial.

O sexto texto, *A política de saúde mental e drogas no Brasil: tendências contemporâneas*, de Rosiane Oliveira da Costa e Alessandra Ximenes da Silva, processa uma densa análise das normativas e alterações da política nacional de álcool e outras drogas, mostrando o giro contrarreformista do processo então em curso, da reforma psiquiátrica orientada pela antimanicomialização do modelo. Adensam na análise legislativa, na perspectiva de reforço ao modelo segregador, proibicionista, inscrito na lógica privatista/mercantil e desuniversalizante da política pública

O sétimo texto, *As políticas de saúde mental como de atuação dos assistentes sociais em Portugal*, de autorias de Helena Teles e Maria Irene Carvalho, mostra a trajetória da política de saúde mental em Portugal e, embora circunscrita a outro país, faz com que seja visível a semelhança com a realidade brasileira, onde, apesar da perspectiva de reorientação do modelo asilar, para o comunitário, a hegemonia da internação e da centralidade na ação médica e medicamentosa, persistiram. Nesse contexto, os(as) assistentes sociais, que historicamente sempre estiveram na saúde mental, destacam sua intervenção no pós-alta, no aconselhamento – alguns com uma orientação mais clínica – muito embora não seja exigido a especialização dos assistentes sociais na saúde mental nesse contexto. Esse texto remete a uma tendência que cresce no Brasil, sobretudo pós vitória do Governo Bolsonaro, em que muitas tendências até então pouco visíveis ou silenciosas ou aparentemente minoritárias na profissão, explicitamente passam a defender o

Serviço Social Clínico, o que desafia o Projeto Ético-Político da profissão, ainda predominante na academia. O pluralismo remete para o diálogo com outras vertentes do Serviço Social e para o debate respeitoso e orientado para a efetivação dos direitos dos usuários dos serviços.

Assim, esperamos que a coletânea fomente o debate e provoque reflexões sobre produções de assistentes sociais que se debruçam a estudar sobre diversos aspectos que permeiam o exercício profissional no campo da saúde mental, sob uma perspectiva crítica e alinhada ao Projeto Ético-Político da profissão, de forma a contribuir também com a articulação entre os(as) diferentes pesquisadores(as) e redes de estudo no/do Serviço Social, que tem como objeto de investigação a saúde mental e suas especificidades.

CAPÍTULO I

Docência em Serviço Social e formação profissional em Saúde Mental: caminhos, interfaces e experiências

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Introdução

O texto tem como objetivo apresentar alguns elementos para discutir sobre a docência em Serviço Social e a formação profissional em saúde mental, a partir de um relato de experiência das autoras que exercem a docência no magistério do ensino superior na Universidade Federal do Piauí, no Departamento de Serviço Social e no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

A docência é um espaço de trabalho dos/as assistentes sociais, haja vista a inserção profissional nos cursos de bacharelado e nas pós-graduações em Serviço Social, prevista como atribuições privativas na Lei de Re-

gulamentação da profissão no Brasil: “assumir, no magistério de Serviço Social, tanto em nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular”, assim como “dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação”; e “elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social” (CFESS, 2011, p. 15).

Apesar disso, Sâmya Ramos (2007, p.164) salienta lacunas com relação à docência no Serviço Social destacando “a não existência de disciplinas optativas, relacionadas à docência, como didática, por exemplo, ou mesmo, a não compreensão da docência como um dos espaços de trabalho do Serviço Social” (p. 164). Nessa direção, alguns estudos, como os de Pimenta e Anastasiou (2010), mostram que impera o autodidatismo na docência do ensino superior, haja vista o pressuposto da identidade desse professor estar vinculada ao domínio de conhecimentos específicos a uma determinada área profissional e à pesquisa, o que reforça a importância de se ampliar essa discussão no âmbito do Serviço Social.

A escolha dessa temática do exercício da docência e da formação profissional no campo da saúde mental motivou-se pela própria trajetória das autoras, congregado ao fato de este ser um importante espaço sócio-ocupacional para os/as assistentes sociais, todavia ainda pouco presente no processo de formação nos cursos de bacharelado em Serviço Social nas universidades brasileiras em geral, a exemplo da Universidade Estadual da Paraíba (PATRIOTA *et al.*, 2010) não sendo diferente na UFPI.

Ademais, o contexto imposto pelo COVID-19 trouxe à tona a importância do tema da saúde mental, o que requer profissionais preparados para tal abordagem, posto como inerente a um cuidado comunitário, mas que no cerne do debate do Serviço Social muitas vezes fica tolhido, como analisa Vinicius Pinheiro Magalhães (2020), na generalização do suposto risco de “psicologização das questões sociais”, o que requer um repensar pois, sob diversas matizes, têm-se registros de um veio de discussão associado à intenção de ruptura da categoria e ao campo progressista, associada a valores e à ética profissional mas também ao cotidiano e às alterações substanciais na relação da sociedade com a loucura.

As discussões são feitas a partir das experiências das docentes na UFPI, sobretudo no curso de bacharelado Serviço Social, que foi criado em 1976 e reconhecido pelo MEC em 1983 (UFPI, 2007) e no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Políticas Públicas (PPGPP), criado em 2001 e que teve o mestrado homologado pelo MEC em 2002 e o doutorado em 2011 (UFPI, 2008).

A organização curricular do curso de Serviço Social da UFPI fundamenta-se nos princípios definidos pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e Diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, obedecendo ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, consagrado no artigo 207 da Constituição Federal de 1988. Nessa direção, o presente texto irá abordar as experiências no exercício da docência voltadas para o campo da saúde mental em cada um desses eixos. Ressalta-se que a dimensão do ensino, sobretudo na graduação, ganhará maior amplitude analítica, por se configurar a base a partir da qual se irradia as ações direcionadas pela pesquisa e extensão.

Ensino

As diretrizes curriculares do Curso de Serviço Social no Brasil estabelecem o perfil do bacharel em Serviço Social como “profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho” (MEC, 1999). Dessa forma, diferente da maioria das profissões da saúde, o/a assistente social tem uma formação generalista e inserida no âmbito das Ciências Sociais aplicadas, pois não atua exclusivamente nesse campo, sendo requisitado para trabalhar em diversas áreas e espaços sócio-ocupacionais.

Destaca-se ainda que a formação profissional tem na questão social sua base de fundamentação sócio-histórica, constituindo matéria prima de trabalho do exercício profissional, exigindo: a) densa reconstituição das desigualdades subjacentes à sociedade capitalista, que se expressam nos embates das lutas sociais entre o capital e o trabalho, atravessando as políticas sociais em cada formação social, e b) os deslindamentos das “particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social” (IAMAMOTO, 1998, p. 59).

No contexto do curso de Serviço Social da UFPI, o Projeto Político-Pedagógico está em consonância com o Projeto Ético Político que defende a formação generalista, voltada para preparar o futuro profissional para compreender a totalidade da vida social, decifrando as expressões da questão social e intervindo de forma qualificada em cada realidade concreta. Para tanto, todo conteúdo da matriz curricular se organiza em disciplinas e se distribui através de 3 núcleos: 1) Núcleo de fundamen-

tos teórico metodológicos da vida social; 2) Núcleo de Fundamentos da Formação sócio-histórica da sociedade brasileira e 3) Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional.

No âmbito do ensino, são poucas as disciplinas previstas no Projeto pedagógico do curso de Serviço Social da UFPI que preveem em seu ementário discussões diretas que permeiam a saúde mental. Há algumas ministradas por docentes, não assistentes sociais, que remetem a conteúdo da saúde mental, destacando-se em especial a Psicologia Geral, a única relacionada ao Núcleo de Fundamentos teórico metodológicos da vida social. As demais, que podem fazer incursões pontuais, de maneira direta ou indireta, pela saúde mental, se vinculam ao Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional, dentre as quais Política Social I, que trata da seguridade social e nela a política de saúde e também a saúde mental. Apesar de não estar presente na ementa, a temática pode aparecer também nas disciplinas de Processo de Trabalho, Oficina, Pesquisa, dentre outras, a depender do direcionamento dado pelo/a docente que a ministre.

Uma das disciplinas que pode ser voltada para a discussão mais aprofundada sobre a saúde mental é Tópico Especial, que objetiva “criar momentos específicos para aprofundamento de temáticas relevantes sob diferentes perspectivas, estimulando o senso crítico e a criatividade do alunado” (UFPI, 2007, p.35). Destaca-se que “nos semestres em que serão ofertados os Tópicos Especiais, a coordenação ofertará disciplinas com temáticas diferentes, para propiciar aos alunos opção por temáticas relacionadas a seus interesses” (UFPI, 2007, p.35). Dessa forma, por ser uma disciplina optativa, as temáticas abordadas variam a cada semestre letivo e não há obrigatoriedade ou garantia de oferta regular da disciplina

voltada para a discussão da saúde ou saúde mental semestralmente ou anualmente.

Mas focar-se-á naquelas sob regência de assistentes sociais docentes, que tratam diretamente da saúde mental, assim o Estágio Supervisionado Obrigatório ganha investimento prioritário, sendo oferecida todo semestre, se constituindo em um momento privilegiado da formação profissional, caracterizada pela sua dimensão teórico-prática e tendo como uma de suas premissas oportunizar ao/a discente o estabelecimento de relações mediatas entre os conhecimentos teórico-metodológicos e o trabalho profissional, a capacitação técnico-operativa e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da profissão (ABEPSS, 2010).

Para tal, o estágio supervisionado deve seguir a legislação da profissão, conforme Lei nº 11.788/2008, a Lei de regulamentação da Profissão, o Código de Ética do/a Assistente Social e a Resolução 533/08 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2008), sendo concebido como “uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço socioinstitucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática” (ABEPSS, 1996, p.19.).

No campo de estágio, o/a discente é supervisionado por um/a assistente social denominado de supervisor/a de campo, e por um/a docente, denominado supervisor/a acadêmico, que tem as seguintes atribuições, segundo a Resolução nº 533/08 do CFESS:

Art. 6º. Ao supervisor de campo cabe a inserção, acompanhamento, orientação e avaliação do estudante no campo de estágio.

Art. 7º. Ao supervisor acadêmico cumpre o papel de orientar o estagiário e avaliar seu aprendizado, visando a qualificação do aluno durante o processo de formação e aprendizagem das dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-política da profissão.

Art. 8º. A responsabilidade ética e técnica da supervisão direta é tanto do supervisor de campo, quanto do supervisor acadêmico, cabendo a ambos o dever de:

I. Avaliar conjuntamente a pertinência de abertura e encerramento do campo de estágio;

II. Acordar conjuntamente o início do estágio, a inserção do estudante no campo de estágio, bem como o número de estagiários por supervisor de campo, limitado ao número máximo estabelecido no parágrafo único do artigo 3º;

III. Planejar conjuntamente as atividades inerentes ao estágio, estabelecer o cronograma de supervisão sistemática e presencial, que deverá constar no plano de estágio;

IV. Verificar se o estudante estagiário está devidamente matriculado no semestre correspondente ao estágio curricular obrigatório;

V. Realizar reuniões de orientação, bem como discutir e formular estratégias para resolver problemas e questões atinentes ao estágio;

VI. Atestar/reconhecer as horas de estágio realizadas pelo estagiário, bem como emitir avaliação e nota.

Nessa direção, Lewgoy (2010) destaca que os supervisores, no processo de estágio em Serviço Social, de-

semprenham uma função pedagógica ao constituir o elo privilegiado da relação entre instituição/campo de estágio e o processo de ensino. Assim, enquanto processo de formação acadêmica, o estágio exige a interação e construção recíprocas entre estagiários/as, supervisor/a de campo e supervisor/a acadêmico/a, cabendo a todo/as o compromisso de preservação da qualidade do campo de estágio e do processo ensino-aprendizagem. Assim, a atividade de estágio oportuniza o compartilhamento de experiências e conhecimentos, favorecendo constante qualificação dos sujeitos envolvidos.

No curso de Serviço Social da UFPI, a disciplina Estágio Supervisionado Obrigatório é concretizada em 2 semestres letivos, Estágio I e II, cada qual com 225 horas em que o aluno deverá permanecer na instituição realizando seu estágio. A carga horária docente é de 90 horas aulas, que tem por principal atividade a visita sistemática, no geral de 15 em 15 dias, à instituição pelo supervisor acadêmico e acompanhamento de todo trabalho realizado pelo/a estagiário/a. Ressalta-se que geralmente o grupo de discentes que opta e se engaja no estágio em instituições ligadas à saúde mental é pequeno, apesar de ser uma dimensão que atravesse todas as instituições e políticas.

Na operacionalização das disciplinas e do processo de trabalho das disciplinas de estágio obrigatório, vale destacar 2010 como um marco, posto pela mudança na Coordenação de estágio que imprimiu alterações em dois sentidos.

Até essa data, um número reduzido de docentes do Departamento/Curso de Serviço Social da UFPI, em torno de 3 a 5, ou seja, 20%, se envolviam diretamente com as atividades do Estágio obrigatório, figurando tais ações quase como exclusividade de alguns, sem que o

coletivo se envolvesse ou demonstrasse interesse na direção de inserção ou ampliação de seu raio de ação, o que pode ser explicado por vários aspectos, dentre os quais, destacam-se: o baixo *status* acadêmico/universitário adquirido pelas atividades de ensino relacionados ao acompanhamento direto do estágio; tal atividade ser eminentemente realizada fora do espaço/muros da Universidade, sendo, muitas vezes realizada em carro próprio do/a docente, até então, sem seguro algum e ao mesmo tempo exigir um processo de negociação interinstitucional, pois abarca interesses organizacionais às vezes conflitantes; muitas vezes exige do/a docente dedicação para além da carga horária estabelecida pela disciplina, havendo, portanto, muito trabalho invisível e pouco reconhecido pela Universidade; as exigências do processo de capacitação do coletivo, contando com muitos afastamentos contínuos para realização de mestrado e doutorado; constituir atividade complexa, ao exigir a síntese de todo processo formativo, convocando vários saberes, incorporados no decorrer do fluxo do/a estagiário/a pela matriz curricular; inserir-se em uma esfera que traz incertezas. Desde então, a situação é invertida, com 80% do quadro docente se envolvendo com a supervisão acadêmica, o que pode ser explicado por alguns fatores como: a visibilidade que o estágio ganha com a PNE; o coletivo do DSS passa a estar 100% com doutorado; a associação do estágio com a pesquisa e a extensão acadêmica se adensam; a renovação do quadro do DSS, com a aposentadoria de alguns/as docentes e novas contratações via concurso público.

Em outra dimensão, até 2010, o/a docente da disciplina de estágio estava com a turma em dois momentos, no Estágio Obrigatório (com 90 horas docente) e na disciplina de Seminário de Prática I e II (com 60 horas), ou seja,

4 horas, uma vez por semana. Em Seminário de Prática, o/a docente, em sala de aula, explorava as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. A partir deste ano, foram propostas e acatadas alterações nessa dinâmica, assim, Seminário de Prática I e II passa a figurar como uma atividade coletiva, para e com todos/as os/as alunos, de todas as instituições e campos de estágio obrigatório, sob a regência de um/a único/a docente. Tal proposta se deu na perspectiva de fomentar a intersectorialidade na formação, o que foi salutar, dada inclusive a concepção de saúde como associada aos determinantes sociais do processo saúde doença, possibilitando visualizar interfaces entre as diferentes políticas e as ações profissionais em distintos espaços sócio ocupacionais, sobretudo na atenção psicossocial, que tem como foco as condições de reprodução social da pessoa com transtorno mental, o que extrapola a política de saúde, ao exigir articulações em torno do morar, do trocar identidade e produzir valores que a sociedade valoriza (ações de geração de emprego e renda) (SARACENO, 1999). Também possibilitou enfatizar ações no território de vida das pessoas, onde se localiza equipamentos das distintas políticas sociais.

Tais mudanças ocorrem em um contexto de lançamento, discussão e consolidação da Política Nacional de Estágio pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (2010), retratando uma conjuntura favorável a alterações, mas, também expressa a correlação de forças entre os/as docentes de um mesmo Departamento/Curso, haja vista a implementação de um projeto pedagógico ocorrer em um “território em disputa” (ARROYO, 2013), o que levou os principais protagonistas desse processo a se debaterem em torno de projetos societários, explicitando a hegemonia de determinada

perspectiva teórico-metodológica; ético-política e técnico operativa. Logo, o projeto pedagógico condensa relações de forças, disputas e materializa, em um documento e na sua execução, o que foi possível pactuar em determinado contexto. Muito embora as alterações pactuadas tenham ficado passíveis de serem experienciadas e, posteriormente avaliadas, figuraram até o momento como definitivas. Então, na visita institucional o/a supervisor acadêmico/a, a partir de 2010, passou a ter que suprir as demais dimensões, anteriormente investidas em sala de aula, o que trouxe algumas limitações e exigiu do/a docente maior investimento, inclusive em termos de carga horária dispersa para a supervisão.

A saúde mental tem sido campo de estágio supervisionado no Curso de Serviço Social nesta Universidade desde o seu surgimento em 1976, ou seja, desde a primeira turma do curso, sendo realizada em diversos dispositivos do município de Teresina, como Hospital Areolino de Abreu, Hospital-Dia, Centros de Atenção Psicossocial. Por um lado, isso implica em certa limitação, pois focaliza os territórios da capital e do espaço urbano, sem incursões na particularidade da zona rural e de municípios de pequeno porte, espaço em que os recém formados geralmente tenderão a se concentrar.

Foi encontrado um relatório final de estágio da primeira turma do Curso, da aluna Maria do Socorro Gomes Pereira, que teve por supervisora de campo Rosemary Feitosa e supervisora docente Maria de Jesus Freire Soares, datado de 1982 (ROSA, 2011). Várias docentes do CSS-UFPI assumiram a condição de supervisor/a acadêmico/a de estágio no campo da saúde mental, mas, aquelas que permaneceram por mais tempo foram: Maria de Jesus Freire Soares; Maria Dulce Silva e Lucia Rosa. Com a renovação do quadro do DSS, sobretudo a

partir de 2015, outras docentes passam a integrar o grupo de supervisores acadêmicos nesta área, como Edna Maria Goulart Joazeiro e, em 2019, Sofia Laurentino Barbosa Pereira.

Em pesquisa realizada por Lustosa (2015), verificou-se que cerca de 50% dos estágios do curso de Serviço Social da UFPI foram realizados em campos da saúde e saúde mental nos últimos 15 anos. A autora conclui que o estágio supervisionado aparece como um dos principais – quando não o único – espaço de aproximação do/a discente com a saúde mental no referido curso, muito embora se observe que manifestações de sofrimento social e até psíquico atravessem todos os campos do exercício profissional e esteja muito presente nas condições de vida dos/as usuários/as prevalentes do trabalho profissional, sobretudo as camadas populares.

Historicamente, de 1982 até 2007, o principal e quase exclusivo campo de estágio em saúde mental no contexto piauiense figurou na lógica manicomial/hospiciocêntrica, concebida como uma instituição total em função de se configurar como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1992, p. 11), tendo por principal marca a segregação e a tendência de redução da identidade da pessoa com transtorno mental como incapaz e perigosa, o que, inclusive, grassa o imaginário social. Tais instituições, embora com a missão original de produzir saúde, no decurso da história mostraram se violadoras de direitos humanos, sendo reforçadoras de estigma social e produtoras de incapacidade para a vida social, o que foi reconhecido e condenado por órgãos in-

ternacionais, através da Declaração de Caracas, em 1990 (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1990).

Assim, o Hospital Areolino de Abreu - HAA foi, durante muitos anos, a principal instituição campo de estágio. Uma instituição criada em 1907, e gerida pelo governo estadual, figurando como a principal referência na atenção à crise para todo estado do Piauí. Constituiu-se também como hospital escola, abrigando o estágio de vários cursos, do ensino médio e superior, inclusive a residência de psiquiatria. Conformou-se como um complexo, no decorrer da sua trajetória, por abarcar: hospital dia; a farmácia para dispensação de psicotrópico; o serviço ambulatorial; até 2015, o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr Martinelli Cavalca, a perícia forense e de certa forma, também, foi utilizado como manicômio judiciário. Tais configurações permitiam maiores intercâmbios multiprofissionais, a aproximação de alunos de diferentes segmentos da saúde mental e o conhecimento da particularidade de alguns serviços, apesar de se observar poucas inovações na direção interdisciplinar ou interinstitucional.

O HAA, desde 1962, passou a contar com assistentes sociais em seu quadro profissional (VERAS; MOREIRA, 1997), tendo seu número crescentemente ampliado, sobretudo a partir do final da década de 1980, passando a oscilar do quantitativo entre 9 a 13, o que permitia intercâmbios e construção de estratégias em comum no cerne da profissão.

Muito embora existisse um hospital psiquiátrico privado na época, o Sanatório Meduna, conveniado ao SUS, que contava com um número de 4 assistentes sociais e depois tenha sido criada a Clínica Gesta, outra instituição privada, custeada através de planos privados de saúde, com uma assistente social, havia priorização para

a oferta de estágio na instituição pública, vinculada ao SUS. Duas experiências foram tentadas, em cada uma dessas instituições mas, dadas as dificuldades de operacionalização do estágio nesses equipamentos, não passou de um ensaio experimental.

Algumas estagiárias previamente haviam sido bolsistas no HAA, ou seja, tinham realizado estágio não obrigatório na instituição. Nessas circunstâncias, eram indagadas sobre o que alterou, do transito da condição de bolsista para a condição de estagiária. A maioria afirmava que, “antes do estágio, tudo o que ocorria na instituição era visto como “normal”, depois, passaram a ver o cotidiano de maneira crítica, denotando alterações nos olhares e concepções.

Nesse diapasão, a legislação da profissão, ao condicionar a forma de organização do estágio nos Cursos de Serviço Social no país, ao requerer a co-implicação entre supervisor/a acadêmico/a e supervisor/a de campo, aquele/a profissional contratado pela instituição, permite a “integração docente assistencial” e inclusive contribuições da docência, no sentido de desnaturalizar processos que foram historicamente produzidos. Essa corresponsabilização também permite que o/a docente explicita elementos para repensar os processos de trabalho, a exemplo do plantão, considerado por alguns profissionais como espaço por excelência da “demanda espontânea”, portanto, sem possibilidade de planejamento, o que foi muitas vezes palco de discussões.

É necessário evidenciar que a imersão do/a docente no cotidiano assistencial, inclusive para propor inovações/reorientações, depende da correlação de forças entre os/as próprios/as assistentes sociais e desses/as com o/a professor/a e a instituição formadora. Houve conjunturas propiciadoras de maiores intercâmbios, o que en-

sejou, por exemplo, a organização conjunta de jornadas de Serviço Social no HAA e a sistematização de experiência, que redundou em um livro.

Outro aspecto importante, é que um grupo significativo de assistentes sociais do HAA assumiu a vanguarda de processos reformistas no início das mudanças paradigmáticas no contexto piauiense. Algumas foram gerir Serviços Residenciais Terapêuticos, contribuindo diretamente em processos desinstitucionalizantes. Uma delas, Edna Castelo Branco, em 2005, assumiu a gestão estadual da política de saúde mental, orientada pela reforma psiquiátrica, na direção antimanicomial, reorientando a atenção do HAA para serviços comunitários/extra-hospitalares, levando para a equipe outras assistentes sociais do mesmo espaço.

O acompanhamento como supervisora acadêmica nessas condições permitia intercâmbios com a residência em psiquiatria e com a direção do serviço, sobretudo na década de 1990, quando docentes da UFPI eram diretores, o que possibilitou inclusive a inserção docente na construção do projeto terapêutico institucional. A imersão no cotidiano institucional da lógica manicomial, em pleno processo de desconstrução, pela política de reforma psiquiátrica, orientada por uma perspectiva antimanicomial, implementada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, iniciada nos anos 1990, mas de desconstrução por dentro dessa mesma instituição, pela redução no número de leitos e exigência de melhorias/modernização assistencial e tendo em vista a inserção tardia do Piauí nesse processo, ensejou o engajamento docente no acompanhamento, inicialmente, de maneira indireta, através da participação de jornadas de psiquiatria e saúde mental, organizadas pela Gerência de

Saúde mental da Secretaria da Saúde do Piauí em conjunto com a Associação Psiquiátrica, federada do Piauí.

Com a criação do CAPS Infanto Juvenil Dr. Martinelli Cavalca, o primeiro do Piauí, e sob gestão estadual e muito dependente do Hospital Areolino de Abreu, tem início o estágio em serviços substitutivos, embora houvesse estagiária no ambulatório do HAA, que atuava com crianças e adolescentes.

Com a criação dos primeiros CAPS sob gestão do município de Teresina, a partir de 2007 (CAPS norte e leste), o CAPS leste passa a ser campo de estágio. Vale registrar que o CAPSad Clidenor de Freitas Santos, criado também em 2004, figurou mais como campo de estágio não obrigatório. No segundo semestre de 2013, o CAPS II Sul torna-se também campo de estágio. No primeiro semestre de 2016 e no segundo semestre de 2018, respectivamente o CAPS III e o CAPSi Dr Alexandre Nogueira tornam-se campos de estágio. Em 2019, o NASF sul passa a figurar como campo de estágio, pelo deslocamento da supervisora de campo para esse novo espaço. Tal fato denota que, no geral, o/a estagiário/a passa a ter um vínculo maior com o/a supervisor/a de campo do que com a instituição campo de estágio, sinalizando para flexibilização dos termos legais em que se assenta o estágio na sua operacionalização.

A partir do estágio obrigatório, observaram-se muitas possibilidades na integração docente assistencial, o que se viabiliza através dos projetos de intervenção, um documento negociado entre supervisora de campo, estagiária e supervisora docente, a partir da análise de conjuntura institucional, das manifestações da questão social e do lugar ocupado pelo/a assistente social no trabalho coletivo, com ênfase nas ações que requerem maior investimento. Nesse sentido, parte significativa dos projetos de

intervenção se orientaram para a construção de perfis de usuários e de suas demandas. Outros buscaram instituir ações inovadoras, tais como a sala de espera e ações de articulação com a rede socioassistencial, mas, que figuraram como algo associado a seu autor, pois em poucas ocasiões houve apropriação do Serviço Social como um todo, persistindo enquanto o estagiário permanecesse na instituição.

Há momentos de intensa colaboração docente assistencial, sobretudo no HAA e nos próprios CAPS, quando o/a docente, por exemplo, é chamado para discutir Projetos Terapêuticos Singulares e Institucionais ou outras dimensões do processo de trabalho. Mas, embora minoritariamente, de maneira sutil já se observou certo rechaço, sobretudo da parte de algumas chefias. Um desafio local se coloca exatamente, nos tensionamentos entre os/as próprios/as assistentes sociais de uma mesma instituição, que tem dificuldade em gerir as diferenças internas e a concepção plural do Serviço Social e do direcionamento do projeto profissional na saúde mental, o que tende a reverberar, mesmo que sutilmente, na experiência de estágio.

Outro desafio emana das crescentes alterações na/da natureza e na sobrecarga do trabalho docente, cada vez mais polivalente e invisibilizado, o que limita incursões mais abrangentes no cotidiano assistencial. Nessa direção, é pertinente evidenciar que Lewgoy (2010) já sinalizava o processo de contrarreforma do Estado e seus impactos na Educação, articulados a massiva precarização do trabalho docente, são processos que influenciam no processo de supervisão do estágio, como também na atuação e formação profissional do/a Assistente Social.

Nessa direção, Alburquerque (2018) destaca que a rotina do/a assistente social docente vem passando por

profundas transformações e sofrendo distintas formas de intensificação do trabalho, que se expressa de várias formas, como: acúmulo de tarefas; polivalência; aumento da exigência de produtividade e por mais resultados na mesma quantidade de tempo de trabalho; dentre outros, que implicam em um desgaste maior físico, mental, emocional e relacional do/a trabalhador/a. Ademais, a autora afirma que essa intensificação, muitas vezes, fica oculta, com a invasão do tempo de trabalho na esfera privada, o que se acentua tendo em vista que o Serviço Social brasileiro é uma profissão predominantemente feminina, o que significa que há um acúmulo de atividades de trabalho acrescido ao trabalho doméstico e materno.

Isso pode ser observado na realidade apresentada, especificamente em relação a supervisão de estágio acadêmico, em que há a necessidade da realização de visitas institucionais regularmente, entretanto o tempo gasto para o deslocamento até os campos de estágio não são considerados dentro da carga horária docente, assim como os custos financeiros decorrentes, que são assumidos pelos/as professores/as sem contrapartida da Universidade, prevalecendo, muitas vezes, o esforço pessoal para realização de uma supervisão de estágio de qualidade. Ademais, diversas vezes as supervisões duram cerca de 3 a 4 horas, ultrapassando a carga horária prevista na disciplina, fora o tempo dedicado para correção dos trabalhos produzidos pelos/as discentes no estágio e as orientações feitas através de e-mail, telefone ou *whatsapp*, inclusive aos finais de semana e feriados.

Avanços se retratam na ação colaborativa entre supervisor/a acadêmico/a e de campo, o que tem propiciado o fomento à sistematização das ações, através da pesquisa, inclusive pela inserção de muitos/as assistentes sociais, como mestrandos/as do PPGPP, proximidade possibili-

tada através da disciplina Tópico Especial de Política de Saúde, em que a saúde mental tem ganhado uma unidade específica. Ainda, através da produção, por parte dos/as supervisores/as de campo, de capítulos de livro, no formato de coletânea, organizado por docentes do DSS/CSS/UFPI e pela via dos Trabalhos de Conclusão de final e Curso, dos/as estagiários/as. Assim, a sistematização de ações dos assistentes sociais na saúde mental tem sido assegurada, garantindo a preservação da memória da profissão na saúde mental, a construção de conhecimento e fomento à pesquisa.

Pesquisa

As Diretrizes Curriculares, estabelecida pela ABEPSS (1996), para a formação de assistentes sociais destacam entre as habilidades e as competências do futuro profissional, “realizar pesquisas que subsidiem formulação de políticas e ações profissionais” o que fomenta a postura investigativa, haja vista inclusive o Serviço Social figurar como área de conhecimento na CAPES. Também a Lei nº 8.662/93, de regulamentação da profissão, em seu art. 4º, inciso VII destaca como sendo da competência profissional “planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade e para subsidiar ações profissionais” (CFESS, 2011, p.14). Dessa forma, há o reconhecimento do caráter investigativo das competências e atribuições profissionais.

Nessa direção, Netto (1996, p.125-26) define o/a assistente social como um “intelectual que, habilitado para operar numa área particular, compreende o sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social”. Seguindo essa perspectiva, Guerra (2009) afirma que a pesquisa garante o estatuto de maioria intelectual a profissão, sendo uma condição

indispensável tanto a uma intervenção profissional qualificada, quanto à ampliação do patrimônio intelectual e bibliográfico da profissão.

A pesquisa subsidia a análise situacional, que constitui ferramenta fundamental de deciframento da realidade social para o assistente social planejar sua intervenção cotidiana. Segundo Guerra (2009), a sistematização da prática permite a identificação e problematização das condições do exercício profissional, a identificação de suas características, dificuldades, lacunas, a necessidade de aprofundamento teórico para melhor compreendê-los, possibilitando uma intervenção mais qualificada. Entretanto, como ressalta Ney Luiz Teixeira Almeida (2006), não se forjou uma cultura profissional voltada para atividades investigativas, por isso a necessidade de investir em uma formação que valorize e estimule a pesquisa. Muito embora haja o investimento em “uma série de procedimentos de registro e avaliação das suas atividades” (p. 399), há muita dificuldade entre os/as assistentes sociais em sistematizar sua prática e também realizar pesquisas, pela absorção do seu tempo de trabalho em ações imediatas, o que vem paulatinamente se alterando pelo fomento à produção de capítulos de livro ou pela inserção de assistentes sociais na pós-graduação. De maneira mais intensa, tal tarefa tem sido apropriada no rol das exigências de elaboração da monografia de final de curso, na maioria das vezes, realizada, como desdobramento da atividade de estágio obrigatório, mas não obrigatoriamente.

No Projeto Pedagógico do CSS-UFPI consta que o projeto de pesquisa que dá origem ao Trabalho de Conclusão de Curso da UFPI poderá ser “proveniente de tema relacionado à profissão de Serviço Social, proveniente de experiência de campo de estágio ou associadas às áreas de

estudo consolidadas pelos professores do Departamento de Serviço Social” (UFPI, 2007, p. 52). Nessa direção, em estudo sobre a série histórica dos TCCs do referido curso nos anos de 1987 a 2018, realizado por Araújo (2019), foram encontrados 66 trabalhos sobre saúde mental, em equipamentos do SUS, nos anos de 1987 a 2018 e desse total “cinquenta e seis deles explicitaram no texto a influência da experiência do Estágio Supervisionado Obrigatório na delimitação do tema do estudo” (ARAÚJO, 2019, p. 132), o que sinaliza que os campos de estágio tem um papel significativo na pesquisa dos discentes de Serviço Social da UFPI.

Os estudos encontrados tinham como principais cenários: o Hospital psiquiátrico Areolino de Abreu, Hospital-Dia, Hospital do Mocambinho, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os diferentes CAPS de Teresina, além de alguns estudos em CAPS de outros municípios.

João Paulo Macedo *et. al.*, (2011) ao propor um catálogo com a produção acadêmica e as publicações em saúde mental no Piauí, nos últimos 30 anos, até 2009, a partir do acervo das bibliotecas das instituições de ensino superior, públicas e privadas, situadas em Teresina, com base em cursos de graduação e pós-graduação, *lato sensu e stricto sensu*, localizou um montante de 242 TCCs, 102 trabalhos finais de especialização e 15 dissertações, relacionados à saúde mental, sendo a maioria, 66 relacionados à graduação em Serviço Social da UFPI e na mesma instituição na pós-graduação *lato sensu* - 47 e 15 em mestrados, com destaque para o mestrado em ciências da saúde.

De 71 TCCS, orientados por Lucia Rosa relacionados à área da saúde mental, entre 1994 a 2019, se sobressaem numericamente três temas: 33,8% família, sendo que a associação com o tema álcool e drogas ganha maior rele-

vo; 28,2% tratam da avaliação de serviços (ambulatório; Comunidades terapêuticas; CAPS, gestão; CREAS, Consultório na rua); 12,6% tem por objeto a prática do/a assistente social. Outros tratam de alguma particularidade de algum segmento específico, como: criança e adolescente; mulheres, homens, gênero, 3ª idade, trabalhador de saúde, dentre outros. Dois abordam a participação/controlado social. Os produtos dos TCCs, no geral, trazem elementos: a) de reconstituição da trajetória histórica de serviços e da própria ação profissional; 2) para subsidiar a construção de indicadores de avaliação de serviços e da própria ação profissional; 3) caracterizar a particularidade ou alguma dimensão em especial de algum segmento, grupo específico, estratégia de ação ou processo de trabalho.

Destaca-se que nem todo/a estagiário/a acompanhado pela referida docente como supervisora acadêmica produziu TCC relacionado à saúde mental, assim como não foram todos/as os discentes que pesquisaram sobre a saúde mental que foram orientados pela docente, em função da grande demanda. Em relação às produções vinculadas ao estágio, observa-se a exploração de temas do cotidiano do exercício profissional, caracterização e discussões sobre o perfil de usuários e de suas demandas e temas emergentes. Logo, o TCC preserva a memória e gera novos conhecimentos.

A UFPI implementa o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC, remuneradas e voluntárias. De 2004 a 2010, Lucia Rosa acompanhou 10 bolsistas remunerados/as, com pesquisas concentradas no público infante juvenil, abarcando desde as características dessa população, quanto perfis de homens e mulheres com transtornos mentais. É pertinente destacar que desse quadro de bolsistas, duas chegaram ao doutorado,

o que evidencia que a iniciação científica tem contribuído para a formação e estímulo à produção de conhecimento no âmbito do Serviço Social. Apesar disso, a mais recente chamada do CNPq, que oferta 25 mil bolsas de iniciação científica, exclui o financiamento das Ciências Humanas e Sociais no ano de 2020 a 2021, por não serem consideradas áreas prioritárias pelo órgão de fomento, indo de encontro a concepção de ciência defendida pela gestão federal presidida por Bolsonaro. Essa medida pode ter sérios impactos na formação de jovens pesquisadores e na produção de conhecimento na área do Serviço Social e nas ciências sociais de forma geral, assim como para as áreas de filosofia, artes e outras não consideradas “prioridades” para o financiamento do CNPq.

O mestrado e o doutorado em Políticas Públicas da UFPI também são palco das pesquisas em saúde mental, assim como os cursos de pós-graduação *latu sensu*, através dos quais, tem sido fomentado também a sistematização das ações profissionais, através de livros publicados, com financiamento através do próprio projeto do curso, tais como o curso de especialização em saúde mental, realizado a partir de 2004 (Convênio nº 443/03 entre UFPI e Ministério da Saúde: livro: Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí (2004) e o curso de atenção psicossocial (Convênio nº 625/2007 – Ministério da Saúde e UFPI), que teve como subproduto o livro Cenários de Práticas em Saúde Mental: a atenção psicossocial no Piauí (2009), ambos no cerne do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Através do Centro Regional de Referência em Formação Permanente aos Profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à saúde e de Assistência Social com Usuários de crack e outras Drogas do Piauí – CRR-UFPI 2ª edição, também teve como subproduto o livro

Experiências de Cuidados Intersetoriais aos Consumidores de Substâncias Psicoativas no Piauí (2016).

Dessa forma, além da atuação como orientadoras de monografia, dissertação e teses, as docentes também são pesquisadoras do campo da saúde mental, desenvolvendo estudos e produzindo conhecimento sobre as diversas especificidades que envolvem a temática, tais como: saúde mental e família; saúde mental, classe, gênero e etnia/raça; trabalho do assistente social na saúde mental; intersectorialidade e saúde mental; etc.

Através das pesquisas e do fomento à sistematização das práticas profissionais e das experiências inovadoras vinculadas à saúde mental e a reforma psiquiátrica no Piauí, busca-se preservar a memória dos serviços e dos principais acontecimentos no campo da saúde mental no contexto local, estimular os/as próprios/as profissionais a desenvolverem uma cultura investigativa e de registro do seu fazer e de difusão de boas práticas em saúde mental.

A pesquisa é fundamental para sistematizar o fazer do assistente social, alimentar o cotidiano assistencial, fornecer subsídios para avaliar as políticas sociais e preservar a memória do acontecer histórico, em cada conjuntura, e o CSS tem contribuído sistematicamente nesse sentido, tendo como último produto o livro: A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS, de 2017. Um avanço é o estímulo aos profissionais sistematizarem diretamente e pensarem sobre o seu fazer. Alguns desafios também se vislumbram: as dificuldades no atendimento aos protocolos da ética na pesquisa, colocados pela Resolução nº 510/2016. A dificuldade de reconhecimento institucional sobre a importância da pesquisa, o que faz com que muitos profissionais desenvolvam seus mestrados e doutorados sem liberação alguma de carga horária,

o que prejudica até mesmo a qualidade do produto final, e sem uma política de cargos e salários que valorize o título obtido.

Outro desafio remete à forma de socialização dos produtos das pesquisas junto aos gestores das políticas sociais. A Universidade, sem dúvidas, não apenas no Curso de Serviço Social, tem um acervo significativo na área da saúde mental, mas, que é pouco conhecido pelos gestores piauienses. Nesse cenário, os trabalhos de extensão universitária ganham importância, para dar materialidade às recomendações das pesquisas, assim como propor inovações.

Extensão

A extensão universitária, juntamente com o ensino e a pesquisa, compõe o tripé que constitui o eixo fundamental do ensino superior no Brasil, sendo um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade. Assim, a extensão reafirma o papel de transformação social da Universidade, que deve ser voltada para os interesses e necessidades da maioria da população e propiciadora do desenvolvimento social e regional, assim como para o aprimoramento das políticas públicas (FORPROEX, 2012).

Segundo a Resolução Nº 085/18 da UFPI, a extensão deve ser direcionada à promoção de interação transformadora entre universidade e os demais segmentos da sociedade, sendo executado a médio ou longo prazo, possuindo cunho educativo, social e político, e compreendem linhas e temas direcionados para ações científicas e tecnológicas ou culturais, esportivas e de lazer, tendo como finalidade levar à sociedade o desenvolvi-

mento e aplicação de pesquisas e ensinamentos adquiridos nas comunidades acadêmicas, visando transformar realidades e melhorar a qualidade de vida das pessoas, que por eles são assistidas. Além disso, permitem a convivência e a interação com as comunidades, possibilitam que novos conhecimentos sejam descobertos, e que efetivamente as teorias sejam postas em prática, a partir de situações diferentes daquelas vivenciadas nas salas de aula, de experiências e vivências, dessa maneira, constitui-se uma pluralidade que flexibiliza a elaboração de projetos que possibilita a interação sociedade/universidade.

A partir de 2018 verifica-se um estímulo às ações de extensão no âmbito da Universidade, com destaque o Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX), regulamentado pela Resolução nº 170/18 do CEPEX/UFPI, que tem por objetivo viabilizar a participação de alunos/as em programas e projetos de extensão, em um processo de interação entre a Universidade e outros segmentos da sociedade, contribuindo para sua formação acadêmico-profissional e para a transformação social, através da concessão de bolsas para esses/as discentes. Destaca-se ainda a regulamentação das Atividades Curriculares de Extensão (ACE), mediante a Resolução nº 53/19 da CEPEX/UFPI que estabeleceu que todos os projetos pedagógicos dos cursos de graduação da UFPI deveriam incluir atividades de extensão como componente curricular obrigatório, com no mínimo 10% da carga horária total do curso.

Ao longo dos anos, o Departamento de Serviço Social ofertou diversas atividades de extensão voltadas para a saúde mental, desde a oferta de cursos, eventos e projetos. Dentre eles ressalta-se o Seminário “A política de saúde mental e o Serviço Social”, nos dias 28 e 29 de abril de 2014, com o objetivo de promover debates e lançar o tema

da saúde mental para a arena das discussões constantes; o curso “Controle social na saúde mental”, realizado com uma carga horária de 80 horas, que se distribuiu de 27 de março a 27 de junho de 2015, tendo por objetivo geral: contribuir na qualificação de usuários, familiares, conselheiros de saúde e de lideranças comunitárias para a participação/controlar social na saúde mental. O curso foi realizado em parceria com a Âncora – associação de usuários e familiares da saúde mental e gerencia de atenção em saúde mental do Estado, contando com 74 participantes que concluíram o curso.

Merece destaque também o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET SAUDEGraduaSUS, coordenado pela Fundação Municipal de Teresina e Universidade Federal do Piauí, que surge a partir do Edital nº 13, de 28/09/2015, com vigência de maio de 2016 a maio de 2018. Com a postulação de inclusão de apenas 5 cursos da área da saúde, agregou os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Serviço Social da UFPI. Teve três eixos estruturantes: a) a construção de um Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES, a partir do que é estabelecido na Portaria Ministerial nº 1.124, de 04/08/2015; b) a integração ensino, serviço e comunidade, ampliando o diálogo e ações em prol da formação e exercício profissional fundado na realidade sócio-sanitária de cada território; c) mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, a partir do estabelecido nas Diretrizes Curriculares para cada curso. O Serviço Social teve por cenários o Hospital Parque Piauí e o CAPS leste.

Têm-se ainda o projeto de extensão: “Apoio a gestores da saúde mental piauiense, na produção de projetos terapêuticos institucionais”, tendo por objetivo geral: apoiar tecnicamente os gestores dos dispositivos de saú-

de mental do Piauí, na construção e/ou atualização dos Projetos Terapêuticos Institucionais, e desenvolveu-se no período de Junho a dezembro de 2017, com carga horária de 80 horas.

Evidencia-se também a Oficina “Ativar a potência da família na promoção em saúde mental”, realizada em parceria com a Fraternidade o Amor é a Resposta, que teve por objetivo contribuir com ações de promoção em saúde mental, na perspectiva de fortalecer laços parentais/familiares e ampliar recursos familiares na produção de cuidado de crianças, adolescentes e jovens, em contexto de vulnerabilidades. A referida atividade desenvolveu-se no período de 06 de março a 11 dezembro de 2019, na Vila Ferroviária, com carga horária de 105 horas.

Destaca-se também o projeto de extensão intitulado “Participação e controle social na saúde mental”, previsto para realizar suas ações no período de 2020 a 2021, com a participação de 20 discentes da graduação em Serviço Social e 02 do mestrado em Políticas Públicas, tendo por objetivo contribuir com a organização e formação política em saúde mental, através do desenvolvimento de ações de mobilização, participação e controle social com usuários, familiares, profissionais e estudantes. Além disso, conta com o financiamento de 02 bolsas do PIBEX/UFPI.

O referido projeto previa a realização de uma série de ações para capacitar para a participação social nas diferentes instâncias de controle social, tais como: oficina de formação política em saúde mental; experiências de participação em associações e instâncias de controle social; curso sobre o trabalho do assistente social na saúde mental; organização e realização de encontro de formação política de usuários e familiares de saúde mental do Piauí.

Entretanto, diversas ações do Projeto tiveram que ser redirecionadas e replanejadas para serem desenvolvidas de forma remota, em decorrência da pandemia do COVID-19, declarado como emergência de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, em 30 de janeiro de 2020, também definido pelo Ministério da Saúde em 03 de fevereiro de 2020, que levou a Administração Superior da UFPI a decretar suspensão do Calendário Acadêmico, devido a necessidade de isolamento social para resguardar a saúde da comunidade universitária e mitigar a transmissão do novo coronavírus.

Esse contexto demandou a adoção de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, incluindo no âmbito dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial que passaram a funcionar com a participação mínima de pessoas, suspendendo temporariamente as atividades em grupo e coletivas, em respeito às medidas de distanciamento social e aos riscos iminentes a saúde dos usuários e profissionais (BRASIL, 2020). Tais medidas tem um custo social e de saúde mental muito significativo, sobretudo nas pessoas com agravamento psíquico severo e persistente, que tinham atendimento regular nos Centros de Atenção Psicossocial e viam esse serviço não apenas como um espaço de tratamento ao transtorno mental, mas como local de socialização, construção de vínculos e lazer. Assim, evidencia-se que a saúde mental adquire um relevo maior no atual do contexto da pandemia, com inúmeros estudos, como relatórios da OMS, já indicando aumento de casos de pessoas em sofrimento psíquico em comparação com o período anterior, com destaque a grupos em situação de vulnerabilidade, como é o caso de sujeitos que já sofriam com transtornos mentais severos e persistentes antes da pandemia. Esse panorama coloca a

necessidade de ampliação dos investimentos do poder público e da sociedade em serviços e ações de cuidado e promoção da saúde mental e demanda diferentes áreas do conhecimento a propor formas de lidar com o contexto que permeia a crise, a fim de minimizar os impactos na saúde mental da população.

É nesse panorama que se insere o Projeto de Extensão Participação Social na Saúde Mental, reafirmando o papel de transformação social da Universidade e a sua contribuição essencial para a população piauiense nesse contexto da pandemia do COVID-19. Dentre as atividades realizadas nesse período destacam-se as reuniões *online* de suporte mútuo em saúde mental, que tem sido uma experiência inovadora por utilizar a mediação das tecnologias de informação e comunicação¹ para manter o contato com usuários e familiares dos CAPS do Piauí. Nesse contexto, houve a resignificação do uso de tecnologias, como ferramentas de “produção de relações de cuidado, “uma vez que no contato remoto os elementos centrais que se mantêm são: a força do vínculo, o poder das relações e o protagonismo do/a usuário/a no seu cuidado” (SILVA; BARBOSA, 2020).

Além disso, a partir do projeto houve a realização do Curso de Formação sobre “O trabalho do/a assistente social na saúde mental” em parceria com o CRESS Piauí, através da plataforma virtual *Google Meet*, que teve 245 inscritos de todo o país e foi ministrado por professores da UFPI, UFRJ, UFBA etc, que contribuiu com a qualifi-

1 Por tecnologias da comunicação e informação entende-se os recursos tecnológicos que permitem o trânsito de informações, que podem ser os diferentes meios de comunicação, assim como os meios eletrônicos que incluem as tecnologias como gravação de áudio, vídeo, as redes telemáticas, robótica e outros que, além de possibilitar novas formas de comunicação, gera novas formas de produzir o conhecimento (BRASIL, 1998).

cação de assistentes sociais e estudantes de Serviço Social para atuar na saúde mental e possibilitou a articulação da rede de profissionais que atuam na área.

Considerações Finais

Como visto, a docência em Serviço Social na saúde mental, no contexto piauiense, tem se desenvolvido em intensa conexão entre ensino, gestão, assistência e controle social, com fomento a uma cultura investigativa que estimula os profissionais a sistematizar sua experiência e produzir indicadores de avaliação.

Apesar da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, o ensino acaba sendo o carro chefe das ações, que repercute nas pesquisas e na extensão. Essa última, considerada sempre o “patinho feio” da Universidade, tem recebido crescente incremento nos últimos anos, através de bolsas de iniciação científica e extensão, acompanhando a tendência de valorização de inovações.

O que a experiência docente tem demonstrado é que é impossível promover um ensino meramente livresco e acadêmico, a necessidade exige articulações e capilaridade dos centros formadores com a realidade. A interface de saberes com os movimentos sociais tem se mostrado como fundamental para a democratização da universidade, sempre a serviço público. Desse modo, o Serviço Social contribui para forjar uma nova relação entre a sociedade e a loucura, fortalecendo o protagonismo e a ampliação de territórios para um segmento até então invisível socialmente, que passa a ocupar espaços no interior da própria universidade, se apropriando de seus recursos, conhecimentos e trocas, o que fortalece o exercício de sua cidadania e o serviço de utilidade pública dos centros formadores, forjando novas dinâmicas interativas.

Referências

- ABEPSS. **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**, maio de 2010.
- _____. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996.) Rio de Janeiro, novembro de 1996.
- ALBUQUERQUE, V. Serviço social e trabalho docente: precarização e intensificação nas instituições privadas de ensino. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Orgs). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018, p.150-180.
- ARAÚJO, L.J.C. **Serviço Social e Formação: traços da história da interlocução com o campo da saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2019.
- ARROYO, M.G. **Currículo, território em disputa**. 5ª ed. Petropolis: Vozes, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 12/2020**. Recomendações à rede de atenção psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da COVID-19 causada pelo novo coronavírus.
- _____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- CFESS. **Legislação e resoluções sobre o trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2011.

- _____. **Resolução nº. 533**, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a Supervisão Direta de Estágio no Serviço Social.
- FORPROEX. Fórum de Pró-Reitores das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus – AM, Maio de 2012.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 701-718.
- IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.
- LEWGOY, A.M.B. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- LUSTOSA, A.F.M. **Formação acadêmica do assistente social para atuar na saúde mental: tensionamentos entre a particularidade e a generalidade**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2013.
- MACEDO, J.P.; CARVALHO, N.J.G.C.; RIBEIRO, D.M.; FERNANDES, A.G.N.; NEGREIROS, S.D.; DIMENSTEIN, M. A proposta de um catálogo com a produção acadêmica e as publicações em saúde mental no Piauí. P. 197-255. In: ROSA, L.C.S.; CARVALHO, M.E.; MACEDO, J.P. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011.

- MAGALHÃES, V.P. Marxismo e subjetividade em Eduardo Vasconcelos: uma revisão crítica do pluralismo teórico do Serviço Social brasileiro. **O Social em Questão** – Ano XXIII – nº 47 – p. 245-270, mai a Ago/2020.
- MEC. Coordenação da Comissão de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Ensino em Serviço Social. **Diretrizes Curriculares**. Curso Serviço Social. Brasília, fevereiro de 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XVI, abr. 1996
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Milão: OPS, 1990.
- PATRIOTA, L. M.; EULÁLIO, M. C.; LIMA, G. S.; SILVA, M.D. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 55-65, jan./jun. 2010.
- PEREIRA, S.L.B. *et. al.* **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017.
- PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G.C. **Docência no ensino superior**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- RAMOS, S.R. A prática na formação profissional em Serviço Social: tendências e dificuldades. **Temporalis**, ano VII, n. 14, p. 149-174, jul-dez. 2007.
- ROSA, L.C.S. **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2004.

- ROSA, L.C.S. GUIMARÃES, L.; MELO, E. **Saúde Mental & Assistência Social:** tecendo a rede de experiências no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2008.
- ROSA, L.C.S.; GUIMARÃES, L; EVELIN, M. **Cenários de práticas em saúde mental:** a atenção psicossocial no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2009.
- ROSA, L.C.S. Docência em Serviço Social na saúde mental no Piauí: um relato e balanço autobiográfico. p.31-60. In: ROSA, L.C.S. **Saúde mental sob o prisma acadêmico:** A experiência em Serviço Social da UFPI na docência, nos estágio e em produção de conhecimento. Teresina: EDUFPI, 2011.
- ROSA, L.C.S et al. **Experiências de cuidados intersetoriais aos consumidores de substâncias psicoativas no Piauí.** Teresina: EDUFPI, 2016.
- SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Cora, 1999.
- SILVA, A.P.P.; BARBOSA, A.S. O cuidado em saúde mental no cenário de pandemia da COVID-19: a experiência de (re)organização do CAPS UERJ. In: ANA LOLE, A.; STAMPA, I.; GOMES, R.L.R. (Orgs). **Para além da quarentena:** reflexões sobre a crise e pandemia. Rio de Janeiro: Mórula Editorial/PUC-RIO, 2020.
- UFPI. Regulamenta o cadastro, o acompanhamento e a avaliação de Programas e Projetos de Extensão, no âmbito da UFPI. **Resolução nº 085/18**, de 15 de maio de 2018, Teresina.
- UFPI. **Projeto Pedagógico do curso de Serviço Social.** Teresina: UFPI, 2007.
- UFPI. **Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.** Teresina: UFPI, 2008

VERAS, A.M.R; MOREIRA, M.R.M. **A prática do Serviço Social no Hospital Areolino de Abreu: esboço de um resgate histórico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Teresina: Universidade Federal do Piauí, 1997.

CAPÍTULO II

A dimensão social na saúde mental e a atuação do Assistente Social

Juliana Cristina Fernandes

Introdução

Este texto discute as práticas do serviço social no contexto do trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – destacando o núcleo de conhecimento específico dessa área no atendimento das demandas psicossociais. Para este fim, através de pesquisa qualitativa com algumas profissionais inseridas neste tipo de serviço, buscou-se captar e analisar de que maneira as assistentes sociais compreendem as demandas sociais na saúde mental e quais metodologias de trabalho desenvolvem para realizar o trabalho social.

A transição paradigmática da loucura (ainda e sempre em curso), impulsionada pelo processo de desinstitucionalização revelaram de forma inexorável a *dimensão*

social da loucura. O processo de Reforma Psiquiátrica (RP) instituída oficialmente no Brasil a partir de 2001¹, inaugurou a reestruturação da assistência em saúde mental sob os aspectos jurídicos, políticos, sociais e assistenciais. Trouxe assim o estabelecimento de uma rede de serviços territorializados e comunitários, com destaque para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial² (CAPS), orientados pela lógica comunitária de inserção social das pessoas com transtorno mental, fomento ao exercício da cidadania e participação social. Os CAPS atuam sobre as demandas psicossociais da população adscrita ao seu território e suas equipes são compostas por profissionais de distintas áreas do saber: médicos psiquiatras e/ou clínicos, pediatras; assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais administrativos, monitores e outros. Esta composição de saberes está organizada para oferecer a assistência as questões psíquicas e sociais de população específica, a depender do tipo de CAPS, tendo como diretrizes a vinculação do usuário aos serviços e o fomento à autonomia dos mesmos; a atenção à crise com internações de curta duração; a atuação para a inserção social e o exercício da cidadania dos usuários e; o desenvolvimento de ações de forma integrada e compartilhada internamente e, também, externamente, com a rede de serviços do território.

1 O marco legal da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é a Lei 10.216 de 2001. Ademais, em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS – Portaria GM 3.088/2011), com objetivo de ampliar do acesso e encaminhamento adequado do transtorno mental, preservando a dignidade humana e o direito de viver em sociedade.

2 De acordo com o último levantamento realizado em 2015, haviam 2.465 CAPS (Brasil, 2017), em suas distintas modalidades, por todo país, desenvolvendo práticas heterogêneas e contando com diferentes redes assistenciais intersetoriais.

Um dos elementos chave para que se chegasse a tal organização de serviços reside na noção ampliada de Saúde, a qual considera a saúde das populações a expressão da organização econômica e social do país. Os determinantes sociais da saúde são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss & Filho, 2007, p.78).

Decorridas duas décadas do processo da RP, a dimensão social das políticas de saúde mental merece, portanto, cada vez mais destaque. De maneira geral, no contexto brasileiro, as demandas psicossociais, matéria-prima das práticas de cuidado na área, correspondem as características de uma população empobrecida economicamente, vivendo em precárias condições de moradia ou de forma isolada, que enfrenta a estigmatização decorrente do sofrimento psíquico em ambientes de trabalho, familiares e outros grupos sociais, além de permanecerem, em sua maioria, excluídas de qualquer forma de exercício de cidadania. A população jovem, em particular, revela na intensidade do sofrimento psíquico os altos níveis de vulnerabilidade social, expondo-os à situação de extrema violência, ao uso de substâncias psicoativas e ao agravamento de sua condição psíquica (OPAS, 2018). As barreiras sociais enfrentadas pelas pessoas que convivem com o transtorno mental afetam sua condição psíquica e, de modo similar, estas dificultam sobremaneira a construção de alternativas para seu enfrentamento. De tal modo que, todo fenômeno que se apresenta no campo da saúde mental, particularmente nos serviços destinados à esta atenção, apresenta a multidimensionalidade dos elementos que o determinam – como mencionado, aspectos econômicos, educacionais, raciais, jurídicos,

psíquicos, sociais, de gênero importam na avaliação de uma situação ou demanda para as equipes dos CAPS.

A reflexão a respeito das práticas sociais nos CAPS e, em especial, do trabalho do serviço social nessa área parte deste cenário. Muito embora do ponto de vista ético-político da profissão o serviço social se reconheça nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, este é um campo profissional que se distingue na natureza de seus saberes e práticas das demais áreas que compõe as equipes de saúde mental (áreas predominantemente “psi”). Se, por um lado, ao se reconhecer no movimento da luta anti-manicomial, o serviço social encontrou um vasto campo de atuação social pelas diretrizes de fomento à cidadania e garantia de direitos, de outro lado, parecem existir lacunas teóricas-metodológicas à profissão para atuação nesta área tão exigente em termos de conhecimento acerca dos processos de subjetivação e de postura interdisciplinar (Vasconcelos, 2008).

Um primeiro ponto é que o importante processo de revisão dos marcos teóricos e metodológicos, trazidos pelo movimento de reconceituação da profissão (décadas de 1970-1980), ao criticar as abordagens psicológicas e ajustadoras que predominavam nas práticas da psiquiatria a ele anteriores, como explicita Vasconcelos (2008, p.201), acabou “por reproduzir um processo de recalque dos temas da subjetividade, do inconsciente, da emoção e dos processos de subjetivação em geral muito semelhante àquele realizado pelo marxismo soviético”. Por consequência, como aponta Rosa (2016) permanecem no interior da profissão desafios para uma abordagem complexa com demandas de múltiplas naturezas de forma crítica e contemporânea, lado a lado ao receio de voltar às práticas conservadoras e psicológicas das questões sociais.

Portanto, a intersecção dos fenômenos psicológicos, sociais, históricos, biológicos e ambientais, exigem conhecimentos sobre os processos de intensificação do sofrimento psíquico, a capacidade de análise das interfaces entre esses sofrimentos e as questões sociais inerentes aos contextos sociais em que os usuários estão inseridos, bem como, maneiras de lidar com as distintas formas de expressão, de linguagens produzidas pelas psicoses, pelos transtornos neuróticos graves, borderlines, transtornos afetivos de humor. Tais elementos, todavia, em geral estão ausentes da formação na área das ciências sociais aplicadas como um todo.

Um segundo aspecto é que a dimensão social da loucura se impõe no cerne da atenção em saúde mental envolvendo todos os atores nessa atribuição, não somente o assistente social, tanto pela natureza territorializada desses serviços, quanto pelo acompanhamento contínuo dos casos. Para Machado (2009), a ampliação do debate social nas equipes de saúde mental trouxe a apropriação dos aspectos historicamente reconhecidos como atribuições da profissão do assistente social, o que fez com que as profissionais da área buscassem a afirmação de um novo lugar o processo de trabalho em saúde mental. Por certo, ressignificar a prática profissional em um campo onde as demais áreas de saber também atuam sobre o social torna-se um desafio em um palco de disputa entre os saberes e poderes (Machado, 2009; Fernandes, 2017).

Por outro lado, tendo em vista a perspectiva sempre multiprofissional e, muitas vezes, interdisciplinar das equipes de saúde mental, ao que se soma e a complexidade das demandas psicossociais e também a compreensão de que nenhum saber é completo, pode-se chegar facilmente à conclusão de que a atuação das equipes nos CAPS permite e mesmo exige a interlocução entre

diferentes áreas do saber. Concordamos com Rodrigues (1995, p. 156) ao afirmar que,

“É possível que a fecunda interlocução entre áreas que se ocupam do social constitua uma estratégia importante para que não se estreitem nem se cristalizem no interior de seus respectivos conhecimentos. Neste sentido, a interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do *conhecimento*, pode significar uma instigante disposição para horizontes do *saber* (grifos da autora)”

Neste ponto, destacam-se os conceitos de núcleo e de campo que favorecem a compreensão das dinâmicas que envolvem o trabalho em equipe nos serviços de saúde mental e lançam luz sobre as posturas interdisciplinares como estratégia de cuidado diante da complexidade das demandas. Por *núcleo* compreende-se a aglutinação de saberes e práticas que constituem certa identidade profissional e disciplinar e por *campo*, de maneira geral, o “espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000, p.221). Nesse sentido, temos que na saúde mental as lógicas de compartilhamento de saber e das tomadas de decisão muitas vezes nutrem nas equipes incertezas e ambiguidades quanto as funções dos núcleos profissionais e os limites da atuação no campo.

Diante disso, compreender a forma como as assistentes sociais significam o “social” e suas demandas e de que forma atuam sobre elas pode nos ajudar a compreender melhor o papel desempenhado pelos CAPS e os desafios encontrados nos serviços substitutivos de saúde mental. Intentamos com esta análise, portanto, contribuir para

o aprofundamento do estudo da atuação dos assistentes sociais no campo da saúde mental e ampliar o conhecimento acerca do trabalho social nesta área.

O presente capítulo procura detalhar e aprofundar parte do material de pesquisa coletado para a elaboração da tese de doutorado intitulada “A prática social na Saúde Mental” (Fernandes, 2017), na qual enfoquei as práticas sociais das equipes multiprofissionais de dois Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) de modalidade III, com relação ao social, a partir dos significados atribuídos ao mesmo. Embora circunscrito a um pequeno universo de pesquisa, os pontos levantados na análise referem-se a um contexto e desafios bastante gerais de atuação das equipes nos CAPS do país. De tal modo, nesta abordagem, temos como pressupostos que as práticas sociais elaboradas pelas assistentes sociais no âmbito dos CAPS envolvem aspectos ideológicos, políticos, sociais e contextuais conjugados na organização institucional e que são ainda amparadas pelos marcos regulatórios (éticos, políticos e assistenciais) para sua constituição. Ademais, entendemos que as análises dos significados atribuídos ao social permitem compreender as práticas a ela dirigidas, já que a elaboração das práticas, assim como sua intencionalidade, está “programada” a partir do que se possa entender pelo fenômeno social, para então ser transformada em situação e/ou demanda social pelas assistentes sociais. O texto está organizado em três seções, para além dessa introdução, e se encerra com algumas reflexões, na expectativa de fomentar ainda novas análises e debates.

O social e as práticas

Entendido como a conjuntura reflexa das dinâmicas, das relações e das condições sociais estabelecidas na vida cotidiana das pessoas com transtorno mental,

o social se torna a esfera onde são refletidas as ações da *saúde mental*, por se tratar do campo onde se expressam as relações entre as pessoas que, por sua vez, determinam e são determinadas pelas conjunturas econômicas, ambientais, políticas. Tal como elucida Wanderley (2013, p.211), o social é

“(...) o conjunto das ações e relações, quer de cooperação quer de conflito, quer de integração quer de ruptura, que se estabelecem entre indivíduos, grupos, associações, instituições, nações, em todos os campos societários. Diz respeito aos vínculos que cimentam o tecido de uma sociedade e que, ao mesmo tempo, gestam os conflitos e contradições que levam as rupturas. Esses vínculos comparecem, em as sociedades, para atender essencialmente a três necessidades: os materiais, as de relacionamento interpessoal e as espirituais (...)”.

As práticas são entendidas aqui como um *processo* constituído social e historicamente. Sua análise pode revelar nas formas do *fazer* ou do *agir* sobre uma determinada realidade e/ou objetos, em determinados contextos sociais, suas características, significados, direções e dinâmicas e a intencionalidade intrínseca expressa nos valores morais, éticos e políticos subjacentes ao agente, que é aquele que age sobre a matéria (Rodrigues, 2003).

A *ação*, sinônimo de *atividade*, é “um conjunto de atos em virtude do qual um sujeito ativo (agente) modifica uma determinada matéria-prima” (Vázquez, 1977, p.186). Portanto, o que define o objeto é o “olhar” do agente em virtude justamente de suas *intenções*, das influências do contexto social e pelas características daquilo que se apresenta para ser transformado. Ademais, o *olhar*

do agente que definirá o objeto, à medida que “não existe um olhar neutro e despretensioso sobre uma realidade..”. (Karsz, 2007, p.46).

Parte-se do entendimento de que as *demandas sociais* que se apresentam nos serviços substitutivos de saúde mental representam o resultado de um dinâmico processo de *significados atribuídos ao social* elaborados pelos distintos profissionais que atuam nestes serviços. De tal modo que, as situações que chegam para atendimento, por não se restringirem as de natureza psíquica, expressa também o contexto social (familiar, econômico, relacional) e as intervenções, resultantes desse complexo e articulado fenômeno, revelam o entendimento que os profissionais têm acerca do social.

Apresentaremos, a seguir, a análise das falas das assistentes sociais entrevistadas no decorrer da pesquisa de doutoramento (Fernandes, 2017), evidenciando as formas pelas quais as mesmas definem as demandas sociais, identificam as práticas sociais e as específicas da área. Os dados foram coletados durante o primeiro semestre de 2016, através de entrevistas semiestruturadas. Cada entrevista foi transcrita e analisada através de um percurso metodológico multivariado e de matriz qualitativa. Para fins desse artigo, trabalhei com o material categorizado à luz da Teoria Fundamentada de Kathy Charmaz (2009), que possibilita “a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e a exploração das ideias sobre os dados por meio de uma redação analítica”. Algumas falas diretas ilustrarão a percepção das assistentes sociais.

As demandas sociais

De modo geral, as entrevistadas destacam as *precárias condições de vida* das pessoas com transtorno men-

tal no que tange as formas essenciais de sobrevivência: moradia, alimentação, acesso aos direitos fundamentais, como sendo *demandas para o social*. Revelam que situações de negligência nos cuidados e violência são enfrentamentos cotidianos. O aspecto social de vida dos usuários torna-se o objeto da atenção e intervenção deste profissional. Identificam, ainda, o *agravamento das condições de saúde mental* decorrentes das precárias condições de vida.

A dificuldade em acessar *informações* sobre os direitos e, por consequência, aos serviços dos quais poderiam se beneficiar demonstram uma invisibilidade da população acometida pelos transtornos mentais nas *políticas sociais*, comprometendo a saúde mental da população. Inferimos que isso pode se dar tanto pela dificuldade do próprio sujeito em se organizar para atividades cotidianas devido ao transtorno mental ou pelo fato de as políticas sociais não estarem adaptadas as particularidades dessa população. Não é velada a indisponibilidade de alguns serviços e/ou profissionais em manter contato com as pessoas com transtorno mental diante do preconceito e o medo de não saber lidar com o transtorno mental.

“Percebi que tinha um pouco de medo [das] pessoas que iam lá (...), que eram dentro da saúde mental”.

(Assistente Social, CAPS III)

Outro aspecto significativo destacado nas entrevistas é o de que a população naturaliza a precariedade de sua condição social, tamanho os enfrentamentos cotidianos pela sobrevivência. De acordo com uma das assistentes sociais esse fenômeno resulta nas dificuldades de acesso e nas possibilidades de apoio social e, do ponto de vista, profissional reconhece a necessidade do trabalho social nos CAPS.

A perspectiva do assistente social se volta a dimensão das condições sociais em que os sujeitos estão inseridos, para além da situação de crise psíquica. Destaca-se neste relato igualmente a referência do olhar social como *cuidado*, ampliando o conceito e alinhando-o à perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

“Eu tento uns cuidados sempre que o paciente entra no leito, (...) Eu tento fazer essa pergunta para a referência, ele está no leito, mas ele está afastado do trabalho, como que ficou essa questão, ele tem filhos. Quem ficou com os filhos”. (Assistente Social, CAPS III)

As práticas sociais

O contexto de atuação de onde parte a experiência das assistentes sociais é o das equipes multiprofissionais e do trabalho interdisciplinar. Marcadamente, aspectos dessa configuração permitem a identificação daquilo que *se mistura* - efeitos das trocas de saberes entre distintas áreas do conhecimento -, mas também aquilo que se distingue entre as áreas, permitindo que possamos compreender os elementos que compõe as especificidades das práticas e olhares do serviço social.

O trabalho em equipe, bem como a postura interdisciplinar são destaques nas formas de organização do cuidado em saúde mental no CAPS. A postura interdisciplinar e articuladora da assistente social: comunicar, acionar e ampliar aparecem como predisposições específicas da profissão no trabalho em equipe são destacadas pelas entrevistadas. As assistentes sociais reconhecem que todos os profissionais *fazem tudo* significando esta ação como positiva no sentido de, ao compartilhar

os conhecimentos, criam-se possibilidades – alternativas às complexas demandas atendidas pelos CAPS.

“É uma equipe multi e, ao mesmo tempo, que tem algo que é do seu núcleo, tem algo que não é do seu núcleo (...). Todo mundo faz tudo e são as possibilidades (...). Você descobre habilidades que você nem imaginava que você tinha” (Assistente Social, CAPS III)

A interlocução entre as áreas do saber tende a resultar na horizontalização dos poderes disciplinares, desnaturalizando a hierarquia dos conhecimentos convenionados socialmente. Outrossim, a complexidade das situações exige respostas multivariadas, encadeadas e articuladas, qualificando-as e diminuindo os equívocos. *Saber o caminho para fazer* ações do campo social não eximem ou extraem do serviço social sua especificidade, mas sim potencializa as ações, agrega outros olhares e, mais do que isso, aumenta a eficácia da atenção integral e equânime para os usuários dos serviços.

O serviço social enquanto núcleo de conhecimento, desempenha *uma outra forma de trabalho*, de acordo com uma das assistentes sociais, referindo-se a especificidade do trabalho na área da saúde mental. O aspecto trazido pela assistente social mostra a identidade profissional no mesmo momento em que se diferencia das demais áreas. Identifica uma diferença significativa da intenção da ação profissional e da abordagem realizada diante das demandas psicossociais, em especial, no tempo para a intervenção, no sentido de que ao constatar uma demanda social não precisa esperar que a demanda seja manifesta pelo usuário, assim como refere ser para a atuação do psicólogo. O momento da intervenção, as abordagens são distintas e específicas.

O olhar atento as questões sociais trazidas pelas situações dos usuários, associadas as características da formação profissional constituem mais um componente da especificidade do assistente social na saúde mental. A perspectiva que compõe a avaliação e a ação profissional está ligada a percepção das demandas sociais, mesmo na área da saúde mental onde as descrições dos casos e as ações delas decorrentes são voltadas, predominantemente, às situações do sofrimento psíquico.

Outro aspecto evidente na fala das assistentes sociais entrevistadas acerca das práticas específicas da profissão é a *articulação*. Articular é a ação de organizar o encadeamento de algo; de associar, unir, juntar partes de um todo, característica essa entendida como fundamental para a atuação no campo da saúde mental (Saraceno et al, 1997). Está presente nas práticas cotidianas o movimento ativo de acionar dispositivos integrantes das redes setoriais e de saúde a fim de atender as demandas dos usuários de forma direta, assim como referem como prática o estímulo à construção de parcerias da equipe com a rede. Confluem com esta análise, outros elementos atribuídos pelas assistentes sociais como sendo específicos da profissão.

Identificar demandas sociais junto a um outro profissional e com o usuário são práticas eminentemente específicas do assistente social. Essa tendência marcadamente ligada a uma atitude de participação e integração constituem as bases de uma concepção psicossocial do trabalho em equipe (Saraceno et al., 1997). Outrossim, a respeito da especificidade da atuação, se revela, segundo as entrevistadas, ao considerar que *facilitam as coisas para os profissionais*.

“Consigno facilitar algumas coisas para os profissionais (...). A acessibilidade melhorou bastante dos profissionais tanto de informação, quanto de contato, ampliação de rede” (Assistente Social, CAPS III)

Pode-se compreender a operação de dois eixos da atuação profissional específica: a verificação empírica da ausência de reflexões ou de conhecimento acerca do trabalho social, justificado na atitude de ajudar a equipe a identificar as demandas sociais; e outra que revela sutilmente a especificidade não da prática, mas do saber profissional do assistente social. Ademais, as falas de *abrir a porta, facilitar algumas coisas* expressam o reconhecimento das assistentes sociais de um lugar nas equipes e atribui significado a suas práticas sociais.

Outra ação do núcleo do serviço social na saúde mental, segundo as entrevistadas, é a prática com os *benefícios*.

O que é do serviço social, que é específico aqui (...) é benefícios. Porque é algo que eles [profissionais da equipe] não tem domínio, por mais que a gente explique, é confuso” (Assistente Social, CAPS III)

Se concordarmos que o *específico de benefícios* é o saber sobre os processos de encaminhamento da demanda, a orientação documental, por exemplo pode-se compreender que esse é um *saber* do qual a assistente social se apropria, como *instrumento* para a atuação profissional garantindo o acesso aos direitos sociais. Portanto, a especificidade do serviço social se revela na *capacidade de identificar, analisar e projetar* os caminhos para o acesso a renda. De tal modo que o saber sobre os benefícios torna-se algo que as equipes poderiam também se apropriar ampliando o acesso dos usuários, portanto não específico do serviço social.

Ao referir o nível de conhecimento da equipe acerca dos benefícios – *não ter domínio e ser confuso, por mais que se explique* – pode-se inferir que a profissional aponta para o lugar onde as equipes projetam o serviço social enquanto área de conhecimento, o lugar da expectativa dos profissionais. Na fala a seguir, podemos verificar a distinção entre a expectativa das equipes com relação a atuação do assistente social e a maneira como a profissional identifica questões nucleares e potencializa sua atuação.

A especificidade dessa atuação, em especial a identificação de outros cuidados prioritários, que não são benefícios, elucidam a habilidade de analisar situações preconfiguradas pela história social (matéria-prima do trabalho social) e do adoecimento psíquico, bem como, das formas de inserção social do sujeito (rede social de apoio, suporte familiar, renda, nível educacional, grau de comprometimento do adoecimento), para elaborar ações.

Há talvez dois movimentos que se confluem com relação aos benefícios. Um deles é o da associação entre o assistente social e os a viabilização de recursos assistenciais (cesta básica, benefícios) e o outro o interesse das assistentes sociais em conhecer os meios para acesso dos benefícios tendo essa habilidade como instrumento de atuação frente as demandas que lhes são postas.

Com relação as alternativas ao benefício assistencial pode-se entender que as assistentes sociais previamente constroem o caso social, a partir da história pessoal, social e o nível do adoecimento psíquico do sujeito e o articula aos seus conhecimentos acerca dos recursos disponíveis, alternativas, tais como, inserção ao mundo do trabalho, trabalho assistido e outros direitos previdenciários, por exemplo.

Percebe-se o movimento de análise das demandas e, mais uma vez, a articulação de saberes, técnicas e comunicação interna e externa ao serviço na *construção* de respostas as questões sociais. *Tentar, discutir, conseguir, redirecionar e encaminhar* configuram ações que envolvem, necessariamente, outros agentes (usuários, profissionais, serviços) e que pressupõe intencionalidades, direção e planejamento. Muito embora, o campo da saúde mental exija habilidades para lidar com o imprevisto, o espontâneo, a dimensão do planejamento parece fazer parte da especificidade do trabalho social das assistentes sociais na saúde mental. De todo modo, essas atitudes e/ou práticas promovem o encadeamento de ações e contatos irrestritos ao profissional. Destacando a postura interdisciplinar da profissão.

A menção feita à articulação junto aos setores da justiça e conhecer as legislações, denotam um tipo comum de conhecimento entre as entrevistadas e identificado como algo ligado à profissão. A acumulação de saberes provenientes de distintas áreas é uma das habilidades da assistente social com o objetivo de apontar os caminhos para a resolução de questões sociais mais complexas.

Ao considerarmos os altos níveis de vulnerabilidade social e o estigma decorrente do transtorno mental aos quais estão submetidas a população usuária dos CAPS, segundo as assistentes sociais, estabelecer parcerias e acessos para discussão de casos com o judiciário auxiliam na diminuição dos processos daquilo que na rede de serviços é possível encaminhar. Muito embora, a judicialização com objetivo de fazer valer os direitos sociais e assistenciais previstos em lei ou em programas, demonstrem a fragilização dos mecanismos de acesso e efetivação direitos sociais (Sierra, 2011), atuar com vistas a estas

práticas, de acordo com as assistentes sociais entrevistadas, é um olhar específico do profissional na área.

Facilitar a expressão dos usuários pode ser compreendida como um saber aprimorado e sensível para o exercício da cidadania. O resgate do poder individual de agir sobre sua vida, por meio da tomada de decisões e de alcançar efeitos sociais (dentro da família, dentro do Projeto Terapêutico Singular - PTS, entre as pessoas do convívio diário, por exemplo) são ações genuinamente antimanicomiais. Ademais, em uma das falas, a profissional relaciona o serviço social como um exercício de cidadania. Essa perspectiva traz a luz uma expectativa de que o serviço social possa criar com suas capacidades técnicas e habilidades de articulação, dinâmicas concretas de exercício de cidadania. Fomentar a expressão dos usuários dos serviços, manter a comunidade e o entorno informado sobre o que o serviço CAPS pode oferecer, orientar sobre direitos e benefícios, identificar a necessidade de acessos judiciais, são exemplos de ações recorrentemente mencionadas pelas entrevistadas e que caracterizam o Núcleo do serviço social, no caso em tela, na saúde mental.

No que tange o trabalho em equipe, as entrevistadas revelam encontrar dificuldades para realizar algumas ações específicas do serviço social e demonstram a sobrecarga de trabalho. Desempenham as funções de Campo, como técnicas de referência e a de Núcleo como assistentes sociais do serviço. Enquanto profissional de referência, consideram conseguir ampliar e qualificar a abordagem às questões sociais e envolver as famílias no cuidado.

“O que é minha referência eu consigo ter mais acesso, consigo (...) conversar mais com a família, aten-

der melhor a família, fazer um trabalho de rede maior". (Assistente Social, CAPS III)

O mesmo não ocorre, segundo as assistentes sociais com relação as demandas sociais dos usuários acompanhados por outros profissionais, de modo que alguns profissionais compreendem a necessidade de um olhar sobre as questões sociais e outros não, evidenciando uma tensão na construção dos casos pelas equipes.

Ainda neste sentido, as profissionais analisam que as equipes atuam pouco sobre as questões sociais, mesmo considerando que todos teriam possibilidades de compreender e agir sobre a mesma.

“Às vezes, acabo me metendo. Porque tento respeitar o tempo, mas quando vejo que são situações delicadas que não dá para esperar, chego na referência e falo olha, ele trouxe isso para você. Está acontecendo isso e isso, posso estar ajudando” (Assistente Social, CAPS III)

Reflexões

A perspectiva ora apresentada, no conjunto dos elementos que constituem as estruturas do trabalho em equipe predominantemente nos CAPS – incentivo a postura interdisciplinar, possibilidades de compartilhamento de poderes de decisão, multiplicidade de saberes direcionados ao mesmo objeto – criam um cenário muito favorável a ampliação das alternativas de cuidado em saúde mental e para o trabalho social. Conceitos esses trazidos aqui separados a fim de facilitar a compreensão, mas que acontecem de forma conjugada e interdependente.

Nem sempre a prática dirigida ao “social” é clara para as equipes, muitas vezes, sendo demonstrada como indefinida ou entendida por uma variedade de significados.

Desta feita, corremos o risco de que o social seja compreendido “como algo consensual e validado por todos, o que independeria das orientações teóricas e posições ideológicas de quem se apresenta” (Wanderley, 2013, p 174). Uma abordagem simplista poderia aumentar o risco de ações sociais reduzidas ao assistencialismo ou à tutela. Do mesmo modo, a indefinição do social afeta a atuação das assistentes sociais, atribui-lhes especificidades ajustadas ao campo da saúde mental, muitas vezes restringindo as ações a encaminhamentos para benefícios e/ou a assessoramentos pontuais para lidar com as precárias condições de vida dos usuários.

A percepção das assistentes sociais de que as demandas sociais não são prioridade para o conjunto das equipes e que a entrada nos casos é difícil, aponta tanto para a forma como as temáticas psíquicas sobrepõem as sociais tanto quanto o trabalho das assistentes sociais deixam de atingir maiores níveis de eficiência. Prescindir desses aspectos afeta a potência das estratégias de intervenção em saúde mental restringindo seu alcance para a inserção social dessa população à medida que deixa de ampliar as ações direcionadas as articulações de cuidado no território, de valorizar as autonomias dos sujeitos, em oposição as tutelas impostas historicamente aos considerados desarrazoados. Tampouco faz avançar na incorporação de que a loucura é um fenômeno inerente e decorrente de nosso modo de vida e das condições ambientais, sendo assim, também, a expressão das questões sociais que devemos superar.

A especificidade deste profissional está inscrita nas atribuições e peculiaridades da área de atuação, de tal modo que uma assistente social inserida na saúde mental desenvolverá habilidades e competências para utilizar como instrumentos de atuação a escuta qualificada,

a avaliação de risco psíquico e social de uma pessoa, a capacidade de distinguir nas situações apresentadas aspectos de diferentes naturezas, bem como, alinhar os encaminhamentos de acordo com a gravidade, a vulnerabilidade, a oferta de cuidados disponíveis dentro e fora do serviço, qualificar as formas de encaminhamento e, por fim, também a capacidade de agir para a transformação de alguns aspectos da condição de vida dos usuários dos serviços para a melhora da qualidade de vida.

Por isso, dois pontos ao meu ver são fundamentais para compreender a atuação do assistente social na saúde mental. Um deles é a complexidade e multidimensionalidade das situações acolhidas pelos serviços de saúde mental, o que, impreterivelmente, vai conferir as práticas também essas características, sendo talvez essa a razão da dificuldade em localizar o que só o trabalho social pode fazer, uma vez que o objeto é ocultado pelas leituras e práticas de linhagem psi. O segundo ponto é a onipresença de questões sociais, no sentido de que todas as pessoas vivenciam problemas de ordem social associadas, quando não decorrentes, dos transtornos mentais, expressões estas que o trabalho em saúde mental não pode prescindir sob risco de afetar sua efetividade e eficácia.

Os saberes acerca do social e as práticas a ele direcionadas assumem uma característica de sutileza na saúde mental. As questões sociais existem, são determinantes e determinadas, são complexas por serem produzidas ao longo do tempo, envolvendo fatores biológicos, políticos, individuais e sociais, de tal forma, que requer um olhar apurado e qualificado que compreenda suas naturezas e sutilezas.

Não pretendemos aqui desqualificar o trabalho terapêutico, mas chamar atenção para a necessária qualifi-

cação do trabalho social como uma ampliação de perspectiva em saúde mental. Apontamos a potencialidade residente na ampliação da variedade de práticas sociais, não limitando-as àquelas de caráter pontual, emergencial e psicologizante do social. A resistência cotidiana relatada pelos profissionais acerca dos enfrentamentos contra práticas de cunho manicomial pode ser realizada desfocando a doença e ressaltando a vida em seus aspectos multidimensionais.

Na perspectiva da mudança paradigmática consideramos ser este um ponto a ser qualificado e não negado ou invisibilizado. A depuração de seus significados nas discussões cotidianas dos serviços, resgatando o que, de fato, pertence a saúde mental enquanto proteção social, pode, a nosso ver, transcender a mera constatação da pobreza ou das condições precárias de vida dos usuários para galgar definições mais claras acerca do social neste campo e de práticas condizentes com esta dimensão. Com isso, por fim, seria possível oportunizar a qualificação da rede socioassistencial através de seu acionamento adequado, conhecer o “social” e o que dele se pode esperar.

Referências bibliográficas

- BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 99-93, 2007.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde Pública e saúde Coletiva: Campo e Núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):219-230, 2000.
- CHARMAZ, K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Artmed Editora, Porto Alegre, RS, 2009.

- FERNANDES, J.C. A prática social na Saúde Mental. Tese. PUC São Paulo, 2017.
- KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social* (2004). Definición, figuras, clínica. Gedisa Editorial, 1ª Edição, Barcelona (Espanha). Tradução: Irene Agoff e Saül Karsz. Título original: Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique. Dunod, Paris, 2007.
- MACHADO, G.S. Reforma Psiquiátrica e serviço social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) *Abordagens psicossociais Volume III: perspectivas para o serviço social*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.
- OPAS - Organização Mundial da Saúde. “Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes” (atualizado em setembro de 2018). Acesso em 31/08/2020. Disponível em: <https://bit.ly/3tY88oB>.
- ROSA, L.C.S. Panorama geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica/atenção psicossocial. In: *Atenção Psicossocial e Serviço Social*. ROSA, L. (org.). Campinas. Papel Social, 2016.
- RODRIGUES, M.L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M.L., RODRIGUES, M.L., MUCHAIL, S.T. (organizadoras). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*, São Paulo, Cortez, 1995.
- RODRIGUES, M.L. (1999). *Ações e interlocuções: estudo sobre a prática profissional do assistente social*, 2ª Edição corr., São Paulo, Série Núcleos de Pesquisa, Veras Editora, 2003.
- SIERRA, V.M. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 256-264, jul./dez. 2011.

- SARACENO, B; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária. 2ed. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.
- VASCONCELOS, E.M. Da Hiperpsicologização Normatizadora ao Recalcamento da Subjetividade: notas históricas sobre o serviço social, subjetividade e saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. *In: Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* 4ed. São Paulo, Cortez, 2008.
- VÁZQUEZ, A.S. *Filosofia da Práxis.* Trad. Luiz Fernando Cardoso, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2ª edição, 454p., 1977.
- WANDERLEY, L.E. Enigmas do Social. *In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L. & YAZBEK, M.C. (Orgs.). Desigualdade e a Questão Social.* 4ª Ed. São Paulo: EDUC, 2013.

CAPÍTULO III

Trabalho profissional da(o) Assistentes Sociais nos cen- tros de atenção psicossocial - CAP's em Belém-Pará: Um es- tudo sobre as condições éticas e técnicas

Vera Lúcia Batista Gomes

Rosiane Silva da Silva

Introdução

O presente é tributário da análise dos dados de uma pesquisa empírica que está sendo realizada sobre trabalho e saúde da(o)s assistentes sociais que atuam na área da seguridade social nos estados do Acre, Amazona e Pará¹, pois foi evidenciado que as condições de trabalho,

¹ Projeto de âmbito nacional “Trabalho e Saúde da(o)s assistentes sociais que atuam na área da Seguridade Social nos estados Acre,

entre outros aspectos, não atendem às exigências da Resolução 493/CFES - 2006 que trata das condições éticas e técnicas do trabalho profissional do/a assistente social. Este fato suscitou o interesse em aprofundar o conhecimento sobre essa situação de trabalho dos referida(o)s profissionais nesses espaços sócio ocupacionais, particularmente, nos CAPS's instalados nos municípios de Belém-Pará.

Assim, constatou-se que existem 34 (trinta e quatro) profissionais de Serviço Social atuando em 09 (nove) CAPS's no município de Belém-Pará, contudo, até o momento, só foi possível realizar entrevistas com 07 (sete) assistentes sociais, dada a indisponibilidade desses profissionais participarem da pesquisa. Importa registrar que objetivando assegurar o anonimato dos/as pesquisados/as, esta(e)s foram identificados como: AS1, AS2, AS3, AS4, AS5, AS6, AS7. Desta forma, foi realizado um estudo do tipo qualitativo, tendo como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, por entender que a mesma permite conhecer a perspectiva dos sujeitos da pesquisa sobre determinados contextos sociais, bem como, o aprofundamento e até formulação de novas perguntas do roteiro para melhor compreender a fala do/a entrevistado/a.

Para analisar o trabalho profissional da(o)s assistentes sociais e as condições éticas e técnicas, considerou-se imperativo entender, primeiramente, que o trabalho dessa(e)s profissionais encontra-se inserido na esfera da produção/reprodução social, cujo objeto de trabalho, segundo Iamamoto (2005), é a questão social, em suas

Amazonas e Pará” da qual, em nível regional, participam as autoras deste artigo. No âmbito regional, a pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA - CEP-ICS/UFPA, em 24 de outubro de 2019, CAEE: 12469819.9.0000.0018.

diversas formas de manifestação, tendo como meios de trabalho, os instrumentais e como finalidade a intervenção profissional junto as classes subalternas, na perspectiva da luta pelo acesso aos seus direitos sociais.

Sendo assim, essa(e)s profissiona(is) trabalham, diretamente, com os usuária(o)s que procuram acessar os seus direitos, via políticas públicas e sociais, dentre as quais, a política de saúde, a qual se constitui *locus* privilegiado de atuação da(o) assistente social. Para tanto, a(o)s assistentes sociais necessitam de condições objetivas para exercer o seu trabalho profissional que devem ser fornecidas pelos respectivos empregadores, assim como, estar em consonância com o Projeto ético político da profissão.

O Serviço Social dispõe, atualmente, de uma vasta produção sobre as condições de trabalho do/a assistente social, haja vista que como todo trabalhador assalariado, vivencia o desemprego, a flexibilização/precarização de relações de trabalho, sobretrabalho, polivalência, dentre outros. Deste modo, reconhecendo o fato de que a inexistência de parâmetros acerca das condições éticas e técnicas do trabalho profissional geravam dúvidas aos próprios assistentes sociais sobre o referido trabalho profissional, foi criada a Resolução do Conselho Federal do Serviço Social - CFESS nº 493 de 21 de agosto de 2006, a qual dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

Esta Resolução foi elaborada com o intuito de oferecer subsídios para que o trabalho profissional do/a assistente social seja qualificado do ponto de vista ético e técnico, ou seja, com base no Código de Ética do Assistente Social. Assim, a referida Resolução elenca os parâmetros para atuação profissional, ressaltando os direitos e os deveres dos/as assistentes sociais, bem como, as responsabilida-

des das instituições empregadoras, conforme preconiza o mencionado Código de Ética em seus Artigos: 2º, inciso d - inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; Art. 7º inciso a - dispor de condições de trabalho condignas seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional e do Cap. V sobre o sigilo profissional.

Desta maneira, este artigo teve por objetivo analisar o trabalho profissional da(o)s assistentes sociais que atuam nos CAPS's instalados no município de Belém-Pará, problematizando as condições éticas e técnicas. em face do que preconiza a referida Resolução do CFESS sociais que trata das condições éticas e técnicas o trabalho dos/as assistentes sociais. Entende-se que a análise deste objeto ganha sentido, ao considerar o momento político e econômico do Brasil que sob a orientação neoliberal das agencias multilaterias no que concerne aos ajustes estruturais, tem conduzido o Estado a efetuar cortes orçamentários dos gastos sociais, impulsionando a privatização dos serviços públicos, o sucateamento das instituições públicas e a derruição dos direitos sociais, deslocando, assim, suas responsabilidades para as entidades filantrópicas e/ou privadas. Em consecuencia, tem-se agravado as condições de trabalho precário nas referidas instituições públicas, a exemplo dos CAPS's.

Assim, a(o) assistente social enquanto trabalhador/a assalariada(o) vem, nas últimas décadas, sofrendo inúmeros ataques devido às medidas neoliberais adotadas pelos últimos governos brasileiros - ajustes fiscais impostos pelas referidas agências multilaterais internacionais (Fundo Monetário Internacional - FMI, Banco Mundial etc.) - devido a redução dos gastos sociais, a exemplo, daqueles destinados às políticas sociais públicas. No que se

refere à política de saúde mental, observa-se que tais medidas têm favorecido os serviços de caráter asilar, em detrimento dos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS); além disso, têm provocado novas formas de trabalho precário dos trabalhadores/as, em geral e, em particular do/a assistentes social, nos mencionados CAPS's.

Como se sabe, os CAPS's são resultados do avanço da concepção de um novo lugar social para as pessoas em situação de sofrimento psíquico/emocional comprometida em ultrapassar a centralidade do tratamento na doença através do isolamento da pessoa, passando a considerá-lo como sujeito portador de direitos pertencentes a uma família e a uma comunidade, fazendo destas, parte do tratamento, levando em conta a emancipação desses sujeitos.

Apesar desse significativo avanço, importa ressaltar que, ainda, persiste uma lógica de tratamento centrado nos medicamentos que deveriam ser disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entretanto, são recorrentes as reclamações de falta de medicamentos nesses estabelecimentos, obrigando os usuários a comprá-los, isto é, quando estes dispõem de condições materiais para tal, o que favorece a indústria farmacêutica e dificulta o tratamento dos usuários da política de saúde mental.

Sendo assim, a(o)s assistentes que trabalham nos CAPS's, em Belém/Pará, vêm enfrentando inúmeras dificuldades para exercer o seu trabalho profissional, pois, em geral, não dispõem de espaços com estrutura física adequada para a realização das suas atividades profissionais, tais como: sala própria para atendimento individual, sendo necessário o revezamento entre os profissionais de outras categorias. No que se refere aos recursos humanos e financeiros, foi observada a falta de

suprimento de material para o desenvolvimento das atividades e o número de profissionais insuficiente para o atendimento da demanda etc. Quanto à remuneração, há defasagem salarial e desvalorização de servidores/as na área da saúde mental (SILVA, 2015).

Essas considerações conduziram a elaboração deste artigo objetivando a analisar o trabalho profissional da(o)s assistentes sociais que atuam nos CAPS's, em Belém-Pará, fazendo destaque para as condições éticas e técnicas, na perspectiva de contribuir para a luta por melhores condições de trabalho dessa(e)s profissionais e, conseqüentemente, um atendimento qualitativo aos usuários que buscam acesso aos seus direitos sociais.

O Artigo encontra-se estruturado em 04(quatro) partes, incluindo a primeira parte que trata desta introdução; a segunda que se reporta ao trabalho profissional da(o) assistente social no contexto das contrarreformas do Estado neoliberal, no Brasil; a terceira que analisa as condições éticas e técnicas nos CAPS's instalados no município de Belém-Pará e a última parte que se refere as considerações finais fazendo destaque para nas condições de trabalho, o que implica no fazer profissional desse profissional, na medida em que os espaços sócio ocupacionais não dispõem de infraestrutura adequadas, tal como: a falta de um ambiente de atendimento que garanta o sigilo profissional, o número de profissionais existentes nos referidos espaços é insuficiente para atender a demanda, além de que essa(e)s profissionais vivenciam situações de tensões emocionais provocadas pela carga de trabalho, o que repercute no adoecimentos de determinada(os)s profissionais.

O trabalho profissional da(os) Assistentes Sociais no contexto das contrarreformas neoliberais: elementos para reflexão

Analisar o trabalho profissional da(o) assistente social no contexto das contrarreformas neoliberais, no Brasil, conduziu, inicialmente, a compreensão sobre a instituição do Serviço Social no âmbito da reprodução das relações sociais, cujas determinações políticas, econômicas e sociais foram imprescindíveis para a sua emergência enquanto profissão, superando, assim, uma concepção endógena sobre o seu surgimento, a partir da profissionalização da filantropia e da caridade. Sob esta ótica, entende-se que o Serviço Social emerge em um cenário muito específico da sociedade burguesa – “isto é, as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entrecruzam com a “questão social”, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica” (NETTO, 1992, p.14). Assim,

O Serviço Social só pode afirmar-se como prática institucionalizada e legitimada na sociedade ao responder as necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada (IAMAMOTO, 1982, p. 16).

Sendo assim, o Serviço Social situa-se no âmbito das relações sociais determinadas pelo capital enquanto uma relação social que tem suas bases no antagonismo entre os proprietários e não proprietários dos meios de produção, o que pressupõe uma relação entre o capital e o trabalho assalariado: uma unidade do diverso, pois, o capitalista compra o direito de explorar a força de traba-

lho por meio do salário que é o preço da força de trabalho (parte variável do capital). Ao comprar a força de trabalho, o capitalista impõe ao trabalhador um tempo de trabalho necessário para produzir a sua subsistência e um trabalho excedente objetivando a extração da mais valia.

No final do século XIX, o capitalismo passou a experimentar profundas modificações na sua dinâmica econômica que afetou a estrutura social e as instâncias políticas das sociedades nacionais, ou seja, nesse momento histórico, o capitalismo concorrencial sucede ao capitalismo dos monopólios, articulando o fenômeno global que, especialmente a partir dos estudos lenineanos, tornou-se conhecido como o estágio imperialista” (NETTO, 1992, p.15):

Na fase do capitalismo monopolista, o primeiro passo na criação do mercado universal é a conquista de toda a produção de bens sob forma de mercadoria; o segundo passo é a conquista de uma gama crescente de serviços e sua conversão em mercadorias; o terceiro é um “ciclo do produto”, que inventa novos produtos e serviços, alguns dos quais se tornam indispensáveis à medida que as condições da vida moderna mudam para destruir alternativas. Desse modo, o habitante da sociedade capitalista é enlaçado na teia trançada de bens-mercadoria e serviços mercadorias da qual há pouca possibilidade de escapar mediante parcial ou total abstenção da vida social tal como existe (BRAVERMAN, 1987, p.239).

Observa-se que nesta fase, o capitalismo criou novas estratégias para a monopolização do capital, começando a penetrar setores sem caráter mercantil/empresarial: saúde, educação, penitenciário, etc. As influências e o pa-

pel do capital que “*se lançam freneticamente*” a toda nova área possível de investimento, reorganizou, totalmente, a sociedade, e ao criar a nova distribuição do trabalho criou uma vida social amplamente diferente (BRAVERMAN, 1987, p.238). Desta forma, o capital monopolista ‘conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados” (NETTO, 1992, p. 20).

Segundo este autor, o Estado passa a ter uma intervenção macroscópica em função dos monopólios, através de planos e projetos de médio e longo prazos, atuando “como um instrumento de organização da economia, operando notadamente como um administrador dos ciclos de crise” (p.22). Sendo assim,

o Estado – como instância da política econômica do monopólio – é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência, principalmente), a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação das necessidades e projetos do monopólio (NETTO, 1992, p.23).

Com efeito, o Estado capturado pelos interesses do capital monopolista, pelas suas dinâmicas e contradições busca legitimação política por meio do jogo democrático permeável às demandas da classe trabalhadora, em meio a um processo tensionado pelas exigências da ordem monopólica. Nessas condições, “as sequelas da “questão

social” se constituíram objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado, pois, é somente “a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas na ordem monopólica (concretização viável do jogo das forças políticas) que a “questão social” se põe como alvo das políticas sociais” (NETTO, 1992, p.25):

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais como um novo tipo de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2001, p. 77).

Assim, compreender o significado social da profissão de Serviço Social, a partir das relações sociais, torna-se imprescindível ultrapassar uma análise do Serviço Social em si mesmo, para situá-lo no contexto das relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista. Sob este entendimento, a “emergência profissional do Serviço Social é, em termos históricos universais, uma variável da idade do monopólica; enquanto profissão, o Serviço Social é indissociável da ordem monopólica - ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social” (NETTO, 1992, p. 70).

Portanto, é na tessitura das relações sociais concretas que foram criadas as condições históricas da sociedade brasileira, para que no processo de divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social se tornasse uma profissão que passou a se inserir “obtendo legitimidade no conjunto de mecanismos reguladores, no âmbito das políticas socioassistenciais, desenvolvendo atividades e

cumprindo com objetivos que lhes são atribuídos socialmente e que, como assinalamos anteriormente, ultrapassam sua vontade e intencionalidade (IDEM, p..133).

A inserção do/a assistente social no mercado de trabalho se inscreve em uma relação de assalariamento, como um/a dos/as profissionais responsáveis pela execução de políticas sociais instituídas pelo Estado, na perspectiva de respostas às expressões da questão social. Desta forma, a(o) assistente social é demanda(o) pelo Estado objetivando contribuir para a reprodução e manutenção da força de trabalho via serviços sociais. Segundo Yamamoto (2005), a(o) assistente social se insere em um processo de trabalho, cujo objeto de trabalho são as expressões da questão social e os meios/instrumentos de trabalho é o arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

Sendo assim, o Serviço Social se reproduz como um trabalho especializado e, como tal, possui um valor de uso; a(o) assistente social como trabalhador (a) assalariada(o) participa do processo de produção e reprodução da riqueza social e do processo de redistribuição da mais-valia via fundo público, quando empregado, diretamente, pelo Estado. Contudo, “o Serviço Social também se vincula à organizações privadas de caráter organizacional na prestação de serviços sociais à população” (IAMAMOTO, 2008, p.79). Tem-se, então, a base do assalariamento da(o)s assistentes sociais e no interior do capital monopolista encontrarão as condições necessárias para a venda da sua força de trabalho.

Segundo Gois (2015), por meio dos serviços sociais prestados pelas instituições públicas e privadas, “esses profissionais convertem a sua força de trabalho em mercadoria, tendo o vínculo entre sua força de trabalho e o capital sem uma relação direta, o qual na maioria das

vezes, é mediatizado pelo Estado” (GUERRA, 2011 apud GOIS, 2015, p. 62). Desta forma, a(o) assistente social tem o Estado como o seu maior empregador, fazendo parte dos trabalhadores assalariados, exercendo o trabalho profissional mediado pela operacionalização de políticas e serviços sociais.

A sua condição de trabalhador(a) assalariada(o) implica na precarização e na exploração da força de trabalho, ao considerar que “a força de trabalho do assistente social contem contradições típicas de toda a mercadoria entre trabalho concreto e abstrato que preside a sociabilidade capitalista” (IAMAMOTO, 2012, p.215). Isto significa dizer que a sua força de trabalho, assim como, a dos demais assalariados é uma mercadoria que é vendida em troca de um salário. Sendo assim, tal condição de assalariamento implica nas condições de trabalho oferecidas pelos empregadores.

Ao considerar que o Estado brasileiro tem se constituído o maior empregador dessa(s) profissionais, a compreensão das condições éticas e técnicas do trabalho profissional da(o) assistente social, conduziu a compreensão sobre como o mesmo se apresenta no capitalismo contemporâneo, visto que, a resposta do capital à crise dos anos 1970 foi marcada pela reconfiguração dos Estados nacionais, assim como, por uma reestruturação produtiva que vem impactando, fortemente, o trabalho e o movimento dos trabalhadores em nível mundial.

No Brasil, esse processo se iniciou logo após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988 e teve nos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso as mudanças de maior impacto, a partir de um intenso processo de privatização e da introdução de mudanças constitucionais que reconfiguraram o Estado brasileiro. Embora a conjuntura brasileira fosse, naquele momento, marca-

da pela ascensão de movimentos populares e pelo novo sindicalismo, não impediu que a programática neoliberal passasse a ser adotada, no Brasil, ainda que houvesse movimentos de resistência à contrarreforma². Segundo Behring (2019), o centro da “reforma” foi o ajuste fiscal, visto que as razões da crise política, econômica e social que se vivia no Brasil, eram atribuídas ao Estado, sendo necessário, portanto, “reformá-lo”, para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos, discurso largamente reposto hoje” (p.48). Desta forma, a política econômica teve por base as privatizações, as desvinculações orçamentárias e

Desvinculação de Receitas da União (DRU), no superávit primário e na Lei de Responsabilidade Fiscal, na prática de juros altíssimos e no pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública – ocorreu aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro por meio de uma inserção na ordem internacional que deixou o país à mercê dos especuladores do mercado financeiro (BEHRING, 2019, p. 48).

Em consequência, houve uma forte tendência do Estado em se desresponsabilizar pela política social, desconsiderando as conquistas sociais obtidas na Constituição de 1988, embora se tivesse um crescente aumento de demanda social provocada pelo aumento do desem-

2 O termo contrarreforma é utilizado aqui para denominar “as reformas neoliberais do Estado brasileiro que implicaram um profundo retrocesso social, partindo das reflexões de Behring, vinculadas à “recusa de caracterizar como reforma processos regressivos”. Para a autora o reformismo é um patrimônio da esquerda, um termo que ganha sentido no debate do movimento operário socialista e de suas estratégias, tendo em vista a equidade, e que difere substancialmente da perspectiva regressiva das “reformas” neoliberais” (MARCH, 2011, p.176 grifos do autor).

prego e dos níveis da pobreza. Para conter os impactos mais destrutivos das orientações neoliberais preconizadas no Consenso de Washington, bem como, as pressões da crise do capital, nos governos do presidente Lula da Silva, novas mudanças foram introduzidas no Brasil, pelo Estado que conjugavam medidas de cunho social-liberal sem romper a programática neoliberal. “Ao contrário, rendia-se às estratégias de valorização do capital, apoiando um conjunto de medidas para favorecer e proteger o investimento das transnacionais, em detrimento dos investimentos em Educação, Saúde, Habitação entre outros (CASTEL, 2010 apud CASTILHO, LEMOS e GOMES, 2017, p.452).

Trata-se de um reformismo efetuado pelo alto designado como neodesenvolvimentismo, o qual se constituiu a opção do governo

diante da incapacidade de ir além da ordem capitalista, escolhendo e priorizando políticas que não alteram nenhum interesse firmado com a classe dominante, combinando, no limite da ordem neoliberal, um projeto que conjugue redistribuição de renda, incentivo ao consumo e enfrentamento à pobreza extrema, com interesses do poder hegemônico oligárquico-burguês que se encontra presente nas esferas econômicas e políticas da cena brasileira (ALVES, 2014 apud CASTILHO, LEMOS e GOMES, 2017, p.452).

Essas políticas tiveram continuidade na transição do governo do presidente Lula da Silva para o governo da presidente Dilma Rousseff, com estímulo do Estado brasileiro à formação de oligopólios (grupos econômicos nacionais e internacionais) que controlam a esfera política e econômica, bem como, com manutenção dos pro-

gramas de renda voltados para o estímulo ao consumo interno, a elevação do salário mínimo e da ampliação do Programa Bolsa Família. Contudo, com a destituição da presidente Dilma Rousseff e a ascensão do governo ilegítimo do presidente Michel Temer, tem-se a “radicalização do projeto liberal, com o intuito de reformar o Estado pautado na privatização da infraestrutura econômica e social” (BRAVO, 2019, p.143).

Esta autora citando Fagnani (2017) refere-se que o processo de destruição do Estado social, no governo, Temer tem seis atos principais, a saber: O “novo regime fiscal, o fim de vinculações de recursos para a área social, a reforma da Previdência Social, a reforma tributária e o retrocesso nos direitos trabalhistas e sindicais” (BRAVO, 2019, p. 143). Desta forma, o novo regime fiscal com a aprovação da EC n.95/2016 vincula o crescimento das despesas do Estado à inflação durante 20 anos, ou seja, institui o congelamento dos recursos aplicados em políticas sociais, como educação e saúde. Em consequência, inviabiliza o modelo de proteção social preconizado na Constituição Federal de 1988, na medida em que “irá reduzir a receita da educação de 18% para 11% e a saúde de 15% para 9,3%” (FAGNANI, 2017 apud BRAVO, 2019, p.144).

A política de saúde no governo do presidente Temer, ao reduzir o seu orçamento, diminuiu o tamanho do SUS; instituiu planos populares de saúde. Além disso, diminuiu o poder de regulação da Agência Nacional e Saúde Suplementar (ANS), efetuou a revisão da Política Nacional de Atenção Básica e da Saúde Mental³, sem de-

3 Segundo Bravo (2019), a reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada como um retrocesso pelos movimentos da luta antimanicomial, ao fortalecer o processo de internação o processo de internação em hospitais psiquiátricos e a criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais e ampliando os recursos para esse

bate com a sociedade e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRAVO, 2019, p.146).

Em síntese: A base da reforma do SUS implica dentre outros em: Reorganização do serviços e das finanças do SUS em torno de redes integradas de saúde compostas por prestadores autônomos de serviços de saúde (OS's); equipes pagas por capacitação e incentivo a produtividade, racionalização da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, dentre outros. Segundo Bravo (2019), a proposta de “contrarreforma” da saúde do governo Temer vai de encontro às medidas tomadas no governo do presidente Bolsonaro, reforça a consolidação do SUS submetido ao mercado, o que se distancia da universalidade e da saúde enquanto direito e dever do Estado brasileiro. Neste cenário, pergunta-se; quais são as condições éticas e técnicas do trabalho profissional da(o)s assistentes sociais que atuam nos CAPS's instalados em Belém-Pará

As condições éticas e técnicas do trabalho profissional da(o)s Assistentes Sociais nos CAPS's Belém/Pará

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde, segundo Matos (2013) se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional, a partir de um modelo clínico, possibilitando, assim, que o/a assistente social fosse identificado, juntamente, como outros profissionais (enfermagem, nutrição etc.) como um dos que podia contribuir para o aperfeiçoamento dos médicos. Trata-se, então, de um momento histórico, nos anos 1940, em que o serviço de saúde estava em construção, desta forma, o Serviço Social, na área da saúde, surgiu

fim (BRAVO, 2019).

nos hospitais por meio da demanda “de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após, a alta, bem como, para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência” (PINHEIRO, 1985 apud MATOS, 2013, p. 57).

A metodologia que era utilizada na intervenção profissional, naquele momento histórico, era o Serviço Social de Caso referenciado pela teoria funcionalista, a qual compreendia “os problemas vivenciados pelos “clientes” como frutos de seu próprio comportamento” (IDEM, p.57). A ação profissional do/a assistente social, nesta perspectiva contribuía para legitimar o controle do Estado mediado pelas instituições de saúde. Sendo assim, o/a assistente social, se constituía, em geral, no primeiro “agente que os usuários encontravam nos serviços de saúde, atuando em uma demanda que não é sua, complementando as atividades do médico” (BRAVO, 2013, p. 93).

Contudo, após a Primeira Guerra Mundial, com a instituição dos princípios do Estado do Bem-Estar-Social, o Serviço Social começou um processo de elaboração teórica que tiveram influências das teorias sociais e psicológicas, da adoção do método científico na perspectiva positivista e funcional, objetivando o ajustamento e a adaptação do cliente à sociedade (BRAVO, 2013). Em consequência, as atividades desenvolvidas pela/o assistente social, na área da saúde, incorporaram novas técnicas, especialmente, investigativas objetivando analisar as implicações econômicas, sociais e emocionais da doença sem, contudo, considerar as determinações estruturais da sociedade capitalista.

Matos (2013) citando Bravo (1996) refere-se que até os anos 1980, o Serviço Social encontrava-se desarticulado

da discussão coletiva progressista da área da saúde que representa o movimento sanitário no Brasil⁴. Assim, foi somente, a partir dos anos 1990, que

o processo de trabalho coletivo nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sobre as quais a saúde pública se desenvolveu, no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hospitais, funções e especializações profissionais (COSTA, 2008, p. 308).

Desta forma, o movimento sanitarista iniciado, no Brasil, nos anos 1970, composto por médicos e lideranças políticas do setor de saúde, tendo como resultado o que se chama de Reforma Sanitária Brasileira, é possível, segundo Amarante (1994) efetuar ligações entre saúde mental e as políticas sociais da saúde, no Brasil, assim como, o Serviço Social na saúde mental dos movimentos do Serviço Social, em geral (BISNETO, 2007, p. 38). A propósito, este mesmo autor, refere-se que o Movimento de Luta Antimanicomial possibilitou uma concepção e prática de saúde mental mais politizada, bem como, a contratação de mais assistente social na área da saúde mental.

4 Segundo Vasconcelos (2008), “a partir de 1978, com a reemergência dos movimentos sociais no País e o fortalecimento da luta pela democratização, inicia-se nas principais capitais um forte movimento de crítica e mudança do sistema público de saúde mental, que é conhecido pela literatura, respectivamente, de reforma sanitária e reforma psiquiátrica” (192).

Contudo, há que se registrar que o início do Serviço Social na área da saúde mental, no Brasil, data 1946, pois nos primeiros trinta anos da profissão até os anos 1960, no Brasil, havia um número reduzido de assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica (hospitais, clínicas ou manicômio), haja vista que, neste período, os hospícios psiquiátricos públicos eram direcionados aos indigentes e os hospitais gerais e psiquiátricos atendiam aos trabalhadores – empregados formalmente vinculados aos IAP’s – e seus familiares, ambos, em geral, empregavam um número reduzido de assistentes sociais, neste período, inclusive, existiam poucas clínicas.

Além disso, na década de 1970, apesar do regime totalitário, as portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) enfatizavam a relevância da equipe multiprofissional nos serviços de assistência psiquiátrica e a necessidade de aumento no número de profissionais em equipes multiprofissionais nos hospitais, incluindo assistentes sociais numa tentativa de humanizar o atendimento prestado (BISNETO, 2007). Neste período ocorreu uma contratação maciça desses profissionais em hospitais psiquiátricos, ainda que em condições de trabalho precárias: contrato provisório, menor número de assistentes sociais do que necessário para o número de pacientes, baixos salários e até funções indefinidas nesses estabelecimentos (IDEM, 2007).

Com efeito, a(o)s assistentes sociais foram demandados para atuar nos hospícios não sobre a “loucura” em si, mais sobre o que era o maior problema para o governo da ditadura militar:

(...) a pobreza, o abandono, a miséria, que saltava à vista e que gerava contestações da sociedade, principalmente, após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede

previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2016, p.25) (grifos do autor).

Portanto, é neste viés contraditório que, de modo mais significativo, se dá a inserção de assistentes sociais na área da Saúde Mental, considerando tanto o avanço de concepções mais críticas no que concerne à psiquiatria social quanto à exigência de controle dos pobres “loucos perigosos” por parte do Estado autoritário. Assim, o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial para atuar como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental que, de um lado reiterava a sua contradição histórica de uma demanda oriunda das elites para atender aos “necessitados” e de outro, para atuar “no atendimento mais humano nos aparatos assistenciais através de equipes multiprofissionais (BISNETO, 2007, p. 25). Ou seja, o Serviço Social passou a atuar, a partir de “novas visões de Saúde Mental: universalidade da loucura, atuando, também, na prevenção primária e comunitária, haja vista que, neste mesmo período o Serviço Social passava por um processo de tentativa de ruptura com o conservadorismo e a aproximação da teoria marxista.

Nos anos 1980, diversos movimentos da sociedade passam a ganhar mais força, após o término do regime militar e com o processo de formulação da nova Constituição do Brasil. Dentre esses destacam-se o Movimento de Reforma Sanitária que é fruto de reivindicações de vários segmentos da classe trabalhadora. Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil (CFB), em 1988,

foi instituída a saúde como dever do Estado, além da própria aprovação do SUS. Igualmente, outros movimentos ganharam visibilidade no mesmo período, a exemplo, o da luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) que surgiu do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)⁵ que, a princípio, reivindicava melhores condições de trabalho, denunciava as condições precárias e desumanas dos manicômios, bem como, do processo terapêutico realizado nesses espaços, em geral, centrado na doença e não no sujeito.

Segundo Bisneto (2016), existem pautas comuns entre o Movimento de Reforma Psiquiatria (MRP) e o Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, a saber: o debate sobre transformações progressistas na organização da assistência dos serviços sociais, incluindo assistência psiquiátrica; ênfase na dimensão política destes serviços; a necessidade da interdisciplinaridade ultrapassar os limites dos saberes, respeitando as particularidades de cada saber dentro dos campos; a necessidade democratizar as relações de poder entre profissionais e usuários. Assim:

No Movimento de Reforma Psiquiátrica, o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí

5 Posteriormente, esta luta cresceu e tanto os usuários quanto os seus familiares se engajaram na mesma, até os dias atuais; este movimento é composto por inúmeros profissionais, inclusive assistentes sociais.

conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO, 2016, p. 61)

Desta forma, o MRP e o MLA contribuíram para que houvesse um número, ainda, maior de contratações de assistentes sociais na área da saúde, bem como, nos serviços alternativos de saúde mental que se ampliam, principalmente, após aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica; entretanto, deve-se levar em consideração que o aumento dos serviços alternativos de saúde mental se deu, também, por serem mais atrativos para os empresários (BISNETO, 2016). Nesta perspectiva, a(o)s assistentes sociais passaram a atuar no campo atenção psicossocial por compreender que este, comporta, também, expressões da questão social relacionadas aos sofrimentos psíquicos e emocionais sendo determinante e determinado por este.

Assim, o trabalho da(o) assistente e a sua inserção na assistência psiquiátrica e na saúde mental se situa no movimento das relações sociais, pois, à medida que mudam as formas de intervir sobre a loucura e a concepção de saúde mental, este campo absorve um maior quantitativo de profissionais e proporciona mudanças nas próprias abordagens do Serviço Social adotadas neste campo. Assim, dentre as principais demandas postas aos/as assistentes sociais na área da saúde mental são: a atenção a família e orientação social quanto aos direitos assistenciais e previdenciários.

Para a realização do trabalho profissional da(o) assistente social nos diversos espaços sócio ocupacionais, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) instituiu a Resolução 493/2006 que dispõe sobre as condições éticas e técnicas. Assim, o Art 2º da referida Resolução preconiza que o local de atendimento destinado ao assistente

social deve ser dotado de espaço suficiente para a realização das abordagens individuais ou coletivas, no entanto, conforme relatos da(o)s pesquisada(o)s nenhum dos CAPS's instalados em Belém-Pará possuem sala individual. Embora possuam espaços próprio para reuniões coletivas, os mesmos não apresetam condições adequadas, haja vista que ficam expostos ao sol e a chuva sujeitos a deteriorização, sem o devido reparo. Se inexistem espaços apropriados para o atendimento individual nos mencionados CAPS's, a privacidade fica comprometida. Segundo relatos da(o)s pesquisada(o)s, somente os médicos possuem salas reservadas unicamente para realização de seus atendimentos, enquanto que os/as demais profissionais têm que se reverzar para utilizar os espaços, na tentativa de garantir o mínimo de privacidade aos usuários, entretanto, mesmo diante deste esforço, quando algum(a) profissional bate na porta, em busca de uma sala disponível, gera desconforto para os/as usuários e profissionais que têm o atendimento interrompido.

Além disso, toda(o)s pesquisada(o)s relataram ter que conviver com ruído no ambiente de trabalho, tendo em vista que as paredes não possuem isolamento acústico, sendo possível ouvir tanto o ruído do corredor e das salas vizinhas, ou seja, as pessoas que passam quer sejam profissionais quer sejam usuários que se encontrem nas salas ao lado, podem ouvir o que é tratado durante um atendimento. Contudo, no inciso “d” do 2º artigo da Resolução 493/2006 está disposto que o local do atendimento deve possuir recursos que garantam a privacidade do usuário.

Nota-se pelo exposto que a(o)s pesquisada(o)s, em sua maioria, estão lotadas em um ambiente de trabalho pouco favorável ao exercício de suas competências éticas e técnicas, visto que toda(o)s assistentes sociais relataram estar cientes de que as condições de trabalho nos CAPS's,

às quais estão submetida(o)s não estão de acordo com o que dispõe na Resolução 493/2006 (CFESS), conforme evidenciam os depoimentos abaixo:

Nós não temos uma sala própria para o Serviço Social, fazemos revezamento de sala, ainda, assim, as paredes são finas, nós ouvimos um o atendimento do outro, as salas são quentes também, não temos espaço para guardar os materiais (AS7).

Estamos numa sala *superquente*, que a única que tem espaço para a gente ficar, e se tu for olhar, ainda, agora até o chefe estava dizendo que uma outra médica que atendia no turno da tarde vai passar para o turno da manhã; a gente disse “não, se isso acontecer a gente vai fazer revezamento de profissionais, porque onde a gente vai ficar?” Porque a gente não tem um espaço nosso do Serviço Social; o quê que acontece quando tem atendimento, a gente tem que correr atrás de uma sala. “Ah essa aqui não tem ninguém... tu vais atender depois, então, eu vou entrar aqui e vou fazer esse atendimento”. Então, é assim, de quem chegou primeiro na sala, funciona, assim, não existe um espaço para nenhuma categoria, agora em vários momentos já me peguei tendo atendimento para fazer e não tinha espaço, tive que ficar esperando, várias vezes tive que dizer “bora esperar um pouco um local para gente pode fazer” (AS2).

A resolução do CFESS aqui foi pro ar! Eu já trabalhei em lugar bom, mas, aqui realmente, cansei de reclamar! (AS5).

Os relatos acima evidenciam que a infraestrutura dos CAPS's são inadequadas para o atendimento dos usuários e afeta, não somente, a(o)s profissionais de Serviço Social, mais toda(o)s que trabalham e frequentam o refe-

rido estabelecimento. Há que se considerar que o usuário estabelece uma relação de confiança com o profissional e, não são raras as vezes que os usuários compartilham situações de sua vida privada que poderiam comprometer a sua imagem, se caso ocorrer de terceiros obterem conhecimentos sobre as mesmas e emitirem suas opiniões. Assim, constata-se que a(o)s referida(o)s profissionais encontram dificuldades para resguardar o sigilo profissional respaldado no Código Ética, o que se constitui um direito e um dever do/a assistente social. Contudo, há que se registara que esta situação parece estar sendo enfrentada de forma individual, conforme expressa o relato: "Eu já trabalhei em lugar bom, mas, aqui realmente, cansei de reclamar! (AS5).

As condições de trabalho nos CAPS's instalados em Belém-Pará conduziram, também, a se interrogar sobre a autonomia da(o)s assistentes sociais no trabalho que realizam nesses espaços sócio ocupacionais. As respostas obtidas, em geral, foi que a(o)s mesma(o)s possuem autonomia relativa, conforme pode ser evidenciado no relato a seguir: "Possuo autonomia profissional, parcialmente, porque nem tudo é possível fazer, a gente tem que lidar com os outros profissionais, com os limites da instituição pública, incluindo a limitação de espaço" (AS7).

Este relato revela que apesar de nos termos da lei a(o) assistente social ser considerada(o) um(a) profissional liberal, na realidade a(o) mesma(o) é um(a) nquanto trabalhada(o)r assalariada(o). Sendo assim, o seu trabalho profissional está subsumido às condições objetivas que são determinadas pelas instituições que a(o)s empregam, podendo ser destacados: a sua ação atuação, a jornada, ritmo e intensidade do trabalho, disponibilidade de recursos, salário, as demandas, isto é, o recorte das

expressões da questão social sobre o qual o profissional irá intervir (IAMAMOTO, 2005).

Contudo, a(o) assistente social possui uma autonomia no trabalho que realiza nos CAPS's, sobretudo, no que se refere aos aspectos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político do Serviço Social, o que propicia um posicionamento crítico diante de certas medidas autoritários que se apresetnam incompatíveis com o seu fazer profissional, conforme preconiza o Código de Ética do(a) assistente social, em seu Art. 2º, Inciso "h" que trata "ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções".

Além da autonomia no trabalho, procurou-se conhecer as principais dificuldades que a(o)s assistentes sociais encontram no trabalho que realizam nos CAPS's, tendo obtido como respostas, as seguintes: - carga emocional devido o tipo de demanda, - dificuldade de acesso do usuário ao tratamento devido o momento político vivenciado no País de retrocesso ao acesso aos direitos sociais com avanço das medidas neoliberais, - precárias estruturas físicas dos CAPS's que limitam e, muitas vezes, impedem que os atendimentos sejam feitos com qualidade e até mesmo não assegurando a privacidade dos usuários. Os relatos a seguir são reveladores de tais dificuldades:

(...) Interfere, no cansaço e no estresse, eles estão muito provocados por essa falta de apoio mesmo de **gestão**, a falta de apoio para realizar... as vezes a gente quer fazer programa, para um que vem em uma roda de conversa, por exemplo, ou traz um tema para um grupo de referência técnica e que o tema proporcionaria que as pessoas tivessem espaço para estar em uma dinâmica, para ter um

vídeo, para ter algo que fixasse mais, ainda, o conteúdo temático pela pessoa e, muitas das vezes, isso não tem lá para ser oferecido (...) a tecnologia é muito precária dentro dos CAPS, principalmente, de lá do nosso. Tem, também, relação com os recursos e, isso, às vezes, também, contribui com o cansaço e com estresse. (AS1)

Temos muitos aborrecimentos por causa da própria estrutura, as vezes, as próprias relações interpessoais causam certos estresses (AS3).

Esse momento político é adoecedor. Veio desconstruir tudo aquilo que foi construído, eles têm uma visão manicomial.... Uma visão higienista, tenho medo que acabe o CAPS; querem aumentar o número de leitos psiquiátricos, além das próprias questões financeiras mesmo da gestão dos serviços. Lamentável! Vive - se uma angústia (AS4).

As condições de trabalho estressam, ainda mais, a gente saber que a gente vai ter que atender uma pessoa em condição ruim, nesse calor. Teve um dia que eu tive que fazer uma reunião de grupo e a sala por algum motivo, a sala estava piscando [as luzes], e aí eu sei que foi uma dor de cabeça, pressão subiu. Realmente as condições de trabalho são ruins, nossa eu saí muito mal, uma enxaqueca...(AS6).

A gente **escuta essas** histórias de vida pesada, sofridas. Aí, você atende uma jovem que diz: quero me matar, eu vou matar, e não consegue um médico para atender o usuário, entendeu? “Você fica... o quê que eu faço né!?”. Tem paciente que vem aqui só para conversar comigo, quer bater um papo, mas tem atendimento que é uma carga de sofrimento né, tão intensa que eu paro e não sei não sei o que fazer, então, não posso dizer para ti

que isso não interfere na qualidade da minha saúde... (AS7).

Os relatos acima evidenciam que as condições precárias do trabalho da(o)s pesquisada(o)s nos CAPS's pesquisados, além de não estar de acordo com o preconiza as condições éticas e técnicas do trabalho exercido pela(o)s assistentes sociais pesquisada(o)s, também, predispõem a(o)s mesma(o)s ao adoecimento. Trata-se de uma realidade intrínseca a lógica da exploração do capital sobre o trabalho, que encontra no Estado sob a hegemonia do capital financeiro, a legitimidade para tal, por meio do corte dos gastos sociais, na diminuição do financiamento para políticas sociais públicas, impedindo um trabalho profissional ética e tecnicamente qualificado. Sob a justificativa de base neoliberal, os últimos governos brasileiros vêm propagando na mídia que as políticas sociais públicas são onerosas demais para o Estado, sendo necessário, portanto, reduzir os custos com as mesmas ou mesmo extingui-las, privatizando os seus serviços e restringindo o acesso aos direitos sociais dos usuários dos serviços.

Considerações finais

As análises efetuadas neste artigo permitiram a constatação de que a precarização do trabalho da(o)s assistentes sociais que exercem suas atividades profissionais nos CAPS's instalados em Belém-Pará, são determinadas pelas medidas de ajustes neoliberal, a base política ideológica do capital financeiro que detém a hegemonia na sociedade capitalista contemporânea. Assim, têm-se novas formas de precarização expressas, não somente, nas condições objetivas, mais, também, nas condições subjetivas de trabalho, o que implica no fazer profissional desses profissionais, na medida em que os espaços sócio

ocupacionais não dispõem de infraestrutura adequadas para as atividades profissionais dessa categoria, tal como: a falta de um ambiente de atendimento que garanta o sigilo profissional, além de que o número de profissionais existentes nos referidos espaços é insuficiente para atender a demanda.

Situações desta natureza estão provocando adoecimentos dessa(s) profissionais, pois segundo Silva (2015) tais condições de trabalho têm afetado a saúde da(o)s profissionais pesquisados, a saber: insônia, irritabilidade, estresse, entre outros, evidenciando, assim, que o trabalho realizado nos referidos CAPS's podem repercutir sobre a saúde de toda(o)s trabalhadora(e)s ou mesmo, agravá-la, ainda mais, sobretudo porque o neoliberalismo tem conduzido a um movimento retrógrado da política de Saúde Mental, haja vista, que apesar da luta antimanicomial e do movimento pela Reforma Psiquiátrica, constata-se um avanço no tratamento dos agravos psicossociais, por meio de práticas, restritamente, medicamentosas e/ou religiosas, bem como, a diminuição dos investimentos em serviços extra hospitalares, em detrimento de serviços filantrópicos, e até lucrativos, com características asilares.

Assim, as condições de trabalho as quais estão submetida(o)s os assistentes sociais que atuam nos CAPS's instalados em Belém-Pará, não atendem as exigências das condições éticas e técnicas conforme preconiza a Resolução 493/2006-CEFSS. Diante dessa realidade se faz imprescindível que a(o)s assistentes sociais ultrapassem as estratégias, meramente, individuais e construam estratégias coletivas para reivindicar melhores condições de trabalho, pela revogação da PEC/95 que restringe os gastos sociais, nos serviços públicos, mas, não se restringindo a isso, haja vista que o modo de produção capita-

lista sob égide da lógica neoliberal, na atual conjuntura do País, assume sua face mais agressiva sob a hegemonia do capital financeiro e do comando do governo assumido em 2019 – que privatiza os serviços públicos, adocece a(o)s trabalhadora(e)s e dificulta sua organização política, condição imprescindível para a luta pelos seus direitos sociais, assim como, para outro projeto societário livre de dominação e exploração da classe trabalhadora.

Referências

- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.73-84.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Ajuste Fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. *In*: SALVADOR, Evilário, BEHRING, Elaine Rossetti e LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). **Crise do Capital e Fundo Público: implicações para o trabalho, os direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2019.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. A degradação do trabalho no século XX. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: LTC, 1987.
- BRAVO, M.I. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, M.I. et al. Avanço das contrarreformas na saúde na atualidade: O SUS totalmente submetido ao mercado. *In*: SALVADOR, Evilásio; BEHRING, Elaine Rossetti e LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). **Crise do Capital e**

- Fundo Público:** implicações para o trabalho, os direitos e a Política Social. São Paulo: Cortez Editora, 2019.
- CASTILHO, Daniela Ribeiro, LEMOS, Esther Luiza de Souza e GOMES, Vera Lúcia Batista. Crise do Capital e Desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, n.130, p.447-466, set/dez/2017. São Paulo: Cortez, 2017.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de saúde e a inserção dos/as assistentes sociais. In: In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2008.
- GOIS, Juliana Carla da Silva. O Serviço Social e o Debate sobre a categoria trabalho: Mediações para a análise do assistente social como trabalhador assalariado. In: TRINDADE, Rosa Predes e LINS, Maria Alcina Terto (orgs.). **Assistente Social: Trabalhador/a Assalariado/a: Fundamentos Teóricos e Históricos para uma análise crítica**. Maceió/Alagoas: Edufal, 2015.
- IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Cortez, 2005.
- IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; Lima (Peru) CELATS, 1982.
- MARCH, Claudia. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. In: **Revista Eletronica Tempus Actus de Saude Coletiva**, v.5.n.1. Brasília (DF): Universidade de Brasília/Centro de Estudos Avançados/Núcleo de Estudos de Saude Pública, 2011.

- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.
- RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, Set. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3tUnzON>. Acesso em 02 abril 2020.
- SILVA, C. F. **O trabalho do Assistente Social nos centros de atenção psicossocial – CAPS's do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários**. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

CAPÍTULO IV

Serviço Social e trabalho socioeducativo na saúde mental infantojuvenil

Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Wanessa de Sousa Santos

Introdução

A fase da infância e adolescência é peculiar para o amadurecimento, a construção e a solidificação de identidade, o sentimento de pertença, a sociabilidade, a inclusão, as garantias para ser e tornar-se sujeito de direitos. Para que isso ocorra, são imprescindíveis garantias legais e ações no âmbito do Poder Executivo e de outras proteções aprofundadas. Vários profissionais podem contribuir com suas expertises no reconhecimento protetivo tanto para crianças e adolescentes quanto para os familiares e as instituições que salvaguardam seus direitos.

O Serviço Social configura-se como profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho com significativa marca interventiva, cujo trabalho socioeducativo é uma das formas de concretização de tal dimensão. Trata-se de forma de atuação requisitada às/aos assistentes sociais nas mais diversas áreas, tais como saúde, assistência social, educação e previdência social, quer seja na esfera pública, quer seja na esfera privada. Acresce-se que uma das modalidades bastante adotada na intervenção socioeducativa é o trabalho com grupos, balizado no planejamento e na execução compartilhados entre os sujeitos envolvidos, cuja relação de saber e poder estão a serviço da população usuária dos serviços prestados.

Sob esta perspectiva, este capítulo objetiva discutir sobre o trabalho socioeducativo na saúde mental infantojuvenil, remetendo às especificidades de ações desenvolvidas por assistentes sociais, com destaque para as atividades em grupo com crianças e adolescentes. Como decorrência, em termos gerais, caracteriza-se como estudo de natureza qualitativa, exploratória e bibliográfica, construído a partir de referencial teórico voltado à saúde mental infantojuvenil e tópicos correlatos. Além de traçar questões históricas pertinentes às citadas faixas etárias e do cuidado então exigido, posteriormente, discute os fazeres da/o assistente social no âmbito da saúde mental, trazendo à tona elementos específicos de atuação profissional, à luz do referencial teórico acumulado, o que permite, ao final, apresentar contribuições do trabalho socioeducativo no âmbito da saúde mental infantojuvenil, ênfase para a ação com grupos. Para tanto, além da revisão de literatura pertinente, contempla-se o relato de experiência que discute a dinâmica de trabalho do profissional do Serviço Social num Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

Saúde mental infantojuvenil: da trajetória da infância aos desafios do cuidado

Para compreender o modelo de atenção à saúde mental infantojuvenil hoje em voga, é preciso retroceder na história a fim de conhecer a trajetória de crianças e adolescentes e as formas de tratamento e cuidado a eles destinados no decorrer do tempo. Segundo Melim (2012), o primeiro modelo brasileiro de assistência é caracterizado por certa tendência à institucionalização, com cunho repressor, assistencialista e corretivo. A visão do Estado em relação às crianças assistidas delineia um indivíduo deficiente social, isto é, crianças em condições de pobreza ou com deficiência mental e/ou moral. Os principais traços desse período, entre os séculos XVIII e XIX e os primórdios do século XX, apontam a criminalização da pobreza infantil e a institucionalização dos cuidados, fatores que demarcam forte exclusão das crianças e dos adolescentes da tessitura social (BRASIL, 2005).

Ainda segundo a fonte supracitada, por muito tempo, a assistência do Poder Público à população infantojuvenil mostra-se deficitária e ausente no que diz respeito às formas de acolhimento e de proteção. Quando dos séculos ora referenciados, as ações estão sob encargo do setor privado e/ou filantrópico. As medidas do Estado assumem matizes focalistas, os quais priorizam um único perfil da política social – a pobreza – como instrumento de reversão ou arrefecimento da situação de desigualdade social que se estende no país com o intuito central de “correção” de crianças e adolescentes em situação de rua.

Dentre as primeiras ações não estatais, sobressai-se a denominada “Roda dos Expostos” da Igreja Católica, que consiste em dispositivo sob formato cilíndrico e giratório, acompanhado de uma divisória ao meio. A Roda

mantém-se fixada no muro das entidades religiosas, de modo a permitir a colocação da criança dentro do espaço para acolhimento sem identificação de quem a colocou. De acordo com Freitas (2003), a “Roda dos Expostos” surge na Idade Média, na Itália, e perdura como única modalidade de assistência aos menores abandonados, no Brasil, por quase um século e meio, a partir do início do século XVIII, período que incorpora o Regime Imperial e Republicano. Na realidade, a medida prima pelo anonimato de quem abandona o bebê. Ao invés de deixá-lo em lugares, como lixos, bosques, praças, ruelas ou portas de igrejas, os desamparados são entregues nas Santas Casas de Misericórdia.

Com o decorrer do tempo, crianças e adolescentes assim abandonados passam à instância policial, cobrando do Estado medidas repressivas. A tendência atinge, sobretudo, os filhos de famílias pobres. Fora do controle dos núcleos familiares, passam a representar ameaça à ordem pública frente à sociedade elitizada. Assim, como estratégia de assegurar a ordem, o Poder constituído toma para si a responsabilidade quanto aos itens básicos desse público, incluindo educação, saúde e eventuais corretivos, reiterando as palavras de Priore (2013, p. 348):

A difusão da ideia de que a falta de família estruturada gestou os criminosos comuns e os ativistas políticos, também considerados criminosos, fez com que o Estado passasse a chamar para si as tarefas de educação, saúde e punição para crianças e adolescentes.

O contexto de correção e punição perdura por décadas graças à instituição de mecanismos legislativos e serviços adotados. Exemplificando, à época: Lei Orçamentária Federal n. 4.242, que implementa o Serviço de Assistência e Proteção ao Delinquente (BRASIL, 1921); Código

de Mello Mattos, conhecido como o primeiro Código de Menores (BRASIL, 1927); Serviço de Atenção ao Menor (SAM, BRASIL, 1941); Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor (FUNABEM, BRASIL, 1964); segundo Código de Menores (BRASIL, 1979). A legislação pretende manter o bem-estar e a ordem social por meio da imposição de rígida disciplina numa prática essencialmente institucionalista (BRASIL, 2014a, 2014b; BRITO; SILVA, 2016; COSTA, 2012).

Paradoxalmente, a realidade de então corresponde à não responsabilização do Estado no que se refere às questões de proteção à criança e ao adolescente. Mesmo com o fim da “Roda dos Expostos”, graças ao citado Código de Mello Mattos, a assistência a esse público permanece sem reconhecimento de direitos e, principalmente, como problema político do e /ou para o Estado. Tal cenário só se transfigura por volta dos anos 70 e 80 (século XX), quando do início das reivindicações para a redemocratização do Governo brasileiro, as quais levam à promulgação da Carta Magna de 1988, que inaugura uma nova era do Estado democrático e da cidadania. A Constituição Cidadã, no que tange aos direitos da criança e do adolescente, prescreve, em seu Artigo 227:

O direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A mudança de concepção do Estado acerca da criança e do adolescente, por sua vez, influencia a promulgação da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, que trata do Estatuto da Criança e do Adolescente voltado para esse

público. Na verdade, o ECA resulta de longo processo de conquistas, com início, ainda, em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU, 1989). Após o horror das duas Grandes Guerras Mundiais, exatamente há 70 anos, nações se unem em torno da garantia dos direitos igualitários de qualquer indivíduo, da dignidade de pessoa humana, através de princípios da liberdade e da igualdade, constituindo marco histórico mundial na garantia dos direitos humanos.

O Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos preceitua que a criança é detentora de direito à assistência e a cuidados especiais. E é a partir do documento da ONU (1989), que, adiante, o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância ou *United Nations International Children's Emergency Fund* elabora a Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989, ratificada pelo Brasil, em 1990 e que cumpre 30 anos de percurso exitoso (UNICEF, 1989, 2018, 2019).

A Convenção em discussão resulta da urgência de assegurar proteção especial à criança e ao adolescente, em sua condição peculiar de pessoa em pleno desenvolvimento, e, por conseguinte, que demanda cuidados especiais. Logo, a Convenção sobre os Direitos da Criança contribui para diluir a visão equivocada acerca da criança e do adolescente como objeto de medidas judiciais, tornando-os detentores de direitos, protegidos e amparados por legislações que devem ser adotadas, com rigor, por famílias, sociedade e Estado.

Os Estados-partes se comprometem a assegurar à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, dos tutores ou de outras pessoas legalmente responsáveis por ela e, para este pro-

pósito, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas apropriadas (ONU, 1989).

Assim, a referida Convenção, além de marco no reconhecimento dos direitos das crianças, serve como fonte de inspiração para os juristas brasileiros, tanto com a inserção do Artigo n. 227 direcionado, em especial, para crianças e adolescentes, quanto com a promulgação do ECA. E mais, é através do Sistema de Garantia de Direitos que crianças e adolescentes são alcançados em suas necessidades. Sobre o SGD, Cronemberger (2017, p. 18) afirma:

É um conjugado de órgãos, entidades, autoridades, programas e serviços de atendimento a crianças, adolescentes e suas respectivas famílias, que buscam proteção integral [...] Conforme regulamentações legais, sua atuação dá-se de forma articulada e integrada, promovidas pelo Poder Público (em suas esferas – União, Estados, Distrito Federal e municípios – e Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário) e pela sociedade civil. A materialidade do SGD está no escopo normativo do ECA e da Constituição Federal de 1988, quando instalaram um sistema de “proteção geral de direitos” de crianças e adolescentes cujo intuito é a efetiva implementação da Doutrina da Proteção Integral. O SGD é guiado por três eixos: Promoção, Defesa e Controle Social.

Para que o SGD aconteça, é imprescindível articulação entre esses serviços, assim como entre as diferentes políticas sociais, saúde, assistência, educação, etc. O SGD exige, ainda, intensificação das ações intersetoriais, assim como averiguação das potencialidades do território em que o público infantil e adolescente se encontra. Essas ações são essenciais para a consolidação dos cui-

dados. Afinal, como órgãos credíveis, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam, no âmbito da saúde mental, em termos gerais, o público infantojuvenil esteve durante anos quase que esquecido, o que justifica a defasagem no atendimento às demandas, em 2000.

Situação similar é vislumbrada em território nacional. Apenas em 2001, a assistência à saúde mental a crianças e adolescentes ganha espaço na agenda política, a exemplo da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, e do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, 2004. Os eventos denunciam a premência de expandir lutas e conquistas da Reforma Psiquiátrica para o cuidado ao público infantojuvenil. Sérios problemas vindos à tona face à institucionalização desse segmento também tornam visíveis a necessidade da ampliação de serviços de atenção psicossocial para crianças e adolescentes como estratégia de consolidação de novo modelo de cuidado.

Destaca-se como um dos principais serviços que visam fortalecer o novo modelo, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), destinados ao atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente. São eles regulamentados pela Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 e considerados a grande aposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, haja vista que sua meta é alcançar cuidado integral, intersetorial e comunitário (BRASIL, 2002).

Além do CAPS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088 / 2011, amplia a atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com demandas advindas do uso de drogas, como crack e álcool. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, no que tange ao público infantojuvenil. Prevê uma série de serviços, dispostos em níveis de atenção distintos, como unidades de acolhimen-

to infantojuvenil, leitos de saúde mental em hospitais gerais, consultórios nas ruas e centros de convivência, o que comprova nítida ampliação normativa da rede de serviços destinados ao público, objeto deste estudo.

Em comparação ao regime que antecede a legislação, atualmente, o Brasil mantém um suporte de serviços com números significativos para assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, em particular, quanto ao número de CAPSi. O documento n. 12 do Ministério da Saúde (MS, BRASIL, 2015), “Saúde Mental em dados”, visibiliza incremento considerável de serviços da RAPS nos últimos 15 anos. No que diz respeito aos CAPSi registrados naquele ano, somavam 201, enquanto o outro tipo de CAPS que também atende ao público infantojuvenil (CAPS I), no caso de municípios com 15.000 mil habitantes ou mais, totalizava 1.069 unidades, decerto, quantidade expressiva, em se tratando de serviços destinados ao público infantojuvenil.

Assim, desde 2002, há avanço quanto ao atendimento em saúde mental para infância e juventude no país, com a temática passando a integrar a agenda política. Ademais, há inegável conquista jurídico-legal, a qual prevê a criação de serviços de base comunitária pautados em cuidado integral e intersetorial, além da expansão de dispositivos, sobretudo de CAPS. Mesmo assim, os serviços existentes continuam insuficientes, com distribuição desigual ao longo do território nacional, com primazia de regiões, Estados e municípios em prejuízo de outros.

Por fim, destaca-se que, nos últimos anos, há crescente desinvestimento no SUS e nítida precarização das políticas sociais, aliados ao ataque à política de saúde mental em perspectiva reformista e antimanicomial, em detrimento do financiamento de serviços que priorizam o acolhimento em asilos, o que põe em xeque as conqui-

tas históricas da Reforma Psiquiátrica brasileira e ameaçam, inclusive, os direitos consolidados no ECA.

Contribuições do trabalho da/o Assistente Social na saúde mental

Historicamente, a saúde é o maior campo de trabalho da/o assistente social. De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) advindos de informações do DATASUS, Departamento de Informática do SUS, ao qual compete coletar, processar e disseminar informações sobre saúde, na página eletrônica do Ministério da Saúde, em 2008, estão registrados 15.228 assistentes sociais, com atuação no SUS em todo o país. Em 2020, esse número chega a um quantitativo de 34.879 (BRASIL, 2020), o que ratifica que a área da saúde permanece como campo significativo de inserção do Serviço Social, absorvendo, cada vez mais assistentes sociais ao longo de anos e décadas.

Apesar da inclusão nesse espaço sócio ocupacional não ser recente, com a ampliação do conceito de saúde legitimado na Constituição de 1988, há incremento gradativo da demanda da/o assistente social, principalmente, relacionado à exigência de profissional capacitado para atuar frente aos determinantes sociais dos processos saúde-doença. Estes se traduzem em necessidades de cuidados e são vistos como produto das relações sociais e dessas com o meio físico, social e cultural, como prescrito no Artigo 3º da Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Artigo 3º – Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o

meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Entende-se que a saúde decorre de fatores que extrapolam os aspectos biológicos. Logo, a efetivação do direito à saúde envolve mais do que o acesso aos serviços do SUS. Remete ao dever do Estado de assegurar ao cidadão condições para que usufrua, de forma ampla, tanto das garantias estabelecidas na LOS, quanto dos demais direitos sociais que conformam o conjunto dos determinantes e condicionantes do bem-estar, de forma a assegurar o atendimento às demandas integrais de saúde da população.

Inserido no trabalho coletivo em saúde, a/o assistente social exerce papel essencial, até porque é uma das poucas profissões com formação na esfera das ciências sociais aplicadas, o que lhe favorece habilidades e competências para atuar em vários níveis de determinantes sociais intervenientes no processo de adoecimento de indivíduos e populações. Nessa direção, a/o assistente social age a partir de uma visão de totalidade, vislumbrando as múltiplas determinações que envolvem a saúde, além de perspectiva meramente biológica, ao intervir nas diversas expressões da questão social que perpassam a vida dos indivíduos.

Reitera-se que a questão social é o objeto de trabalho da/o assistente social, que atua frente às múltiplas manifestações vivenciadas pelos indivíduos em seu dia a dia. Para Iamamoto (2015), as expressões da questão social são abordadas pela/o assistente social por meio de variados recortes, os quais assumem propriedades específicas, de acordo com a realidade em que se inserem. Com efeito, é a questão social e suas refrações, materializadas na vida dos sujeitos em situações diversas – pobreza, vio-

lência, falta de moradia e outros – que legitimam o trabalho profissional, ao aparecer como demanda concreta a ser respondida no cerne das mais diversas políticas e serviços sociais.

Em sua atuação na saúde, a/o assistente social, munido/a de arcabouços teórico-metodológicos, ético-políticos e estratégias técnico-operativas, deve ultrapassar as situações imediatistas e decifrar criticamente a realidade para perceber as relações que integram o processo saúde-doença da população e que compõem os determinantes de saúde, propondo alternativas de trabalho condizentes com o Projeto Ético-Político da profissão.

Na saúde mental, segundo inferências de Pereira (2017) e Rosa (2008), a/o assistente social opera sobre as refrações da questão social que se manifestam a partir da exclusão da pessoa em sofrimento psíquico do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade, como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, que deve ser excluída do convívio social. Além da exclusão social à qual a pessoa em sofrimento psíquico é submetida, que se traduz no imaginário social na expressão coloquial de que “lugar de louco é no hospício” e do estigma e preconceito que rondam esse segmento social e seus familiares.

A legitimidade do trabalho da/o assistente social está no trato com as diferentes expressões da questão social, que vão se materializar no âmbito de sua atuação no campo da saúde mental, que exigem do profissional o resgate de seu saber teórico-metodológico acumulado para gerar propostas de intervenção para responder as demandas dos/das usuários/as.

Além de contribuir para a compreensão dos determinantes sociais que influenciam no processo saúde-doença dos sujeitos e na análise em uma perspectiva macrosocial, a/o assistente social, no campo da saúde mental, também coopera para descortinar os atravessamentos étnico-raciais e de gênero, que tanto impactam a saúde e a saúde mental dos indivíduos e das populações. Muitas vezes, são indícios não visíveis a outros profissionais da equipe, uma vez que tais temáticas pouco integram seu processo de formação.

É nessa perspectiva que Machado (2009) afirma que a/o assistente social possui “capital simbólico” que a/o diferencia e a/o legitima na equipe de saúde mental, devido à bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que possui acerca das políticas públicas e dos direitos sociais. Desta forma,

[...] reconhecer a questão social como objeto de trabalho do Serviço Social implica em identificar as bases históricas que orientaram a construção do capital cultural e simbólico da profissão, abrangendo teorias, técnicas e legitimidade [...]. O assistente social é um profissional imprescindível no trabalho em saúde mental, pois é habilitado para abordar a questão social na relação saúde / sofrimento psíquico com conhecimento das políticas públicas e dos direitos que vão ao encontro da concepção de saúde ampliada (MACHADO, 2009, p. 110).

Reforça-se que a/o assistente social detém formação, habilidades e competências que permitem uma concepção ampliada de saúde, a partir de uma visão de totalidade dos sujeitos e das expressões da questão social que perpassam as suas condições de vida, buscando respostas na esfera da viabilização dos direitos. São múltiplas e

complexas expressões da questão social que permeiam a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias que vão ser postas como demandas concretas de trabalho para a/o assistente social e que vão exigir respostas no campo técnico-operativo, como discutido a seguir, com ênfase no trabalho socioeducativo para o público infantojuvenil.

Trabalho socioeducativo com grupos no âmbito da saúde mental infantojuvenil

A/O assistente social, na condição de trabalhador do campo da saúde coletiva, atua no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil como membro de equipe multiprofissional, atendendo as necessidades postas por crianças e adolescentes com transtorno grave e persistente e/ou com problemas relativos ao uso e abuso de álcool e outras drogas, assim como suas famílias.

O trabalho da/o assistente social vem tomando como referência teórico-metodológica, desde a “intenção de ruptura”, a tradição marxista (NETTO, 2015). Nessa direção, entende-se aqui o exercício profissional se dá com base em tripla dimensão: (i) interventiva; (ii) analítica; (iii) ética, as quais mantêm entre si relação de autonomia e interdependência. Por isso, urge manter a capacidade de reconhecer as demandas, formular estratégias e construir respostas de caráter crítico e analítico, em articulação com as condições objetivas dos usuários, de suas famílias e da realidade social circundante.

A dimensão interventiva do fazer profissional explicita-se tanto na construção quanto na efetivação das ações desenvolvidas pela/o assistente social. Compreende a intervenção propriamente dita, além do conhecimento das tendências teórico-metodológicas, a instrumentalidade,

os instrumentos técnico-operativos e o conhecimento do campo das habilidades, os componentes éticos e políticos, o conhecimento das condições objetivas de vida do usuário e o reconhecimento do *modus vivendi* da coletividade. É, sobretudo, na dimensão interventiva que os instrumentos técnico-operativos presentes no exercício profissional da/o assistente social ficam devidamente explicitados (BATTINI, 1994).

A dimensão analítica, por sua vez, compreende a produção de conhecimentos, a elaboração de pesquisas e os aspectos analíticos que dão suporte, qualificam e garantem a concretização da ação interventiva. Segundo a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 1996, p. 67), a postura investigativa “[...] é um suposto para a sistematização teórica e prática do exercício profissional, assim como para a definição de estratégias e o instrumental técnico que potencializam as formas de enfrentamento da desigualdade social”.

Por fim, em relação a dimensão ética, os pressupostos estabelecidos no Código de Ética de 1993 e no Projeto Ético-Político, destacando, principalmente, a forma como as/os Assistentes Sociais se apropriam desses saberes.

Essas dimensões, em complementaridade, favorecem a visibilidade do fazer profissional. Consolidam a coerência, a consistência teórica e argumentativa e, para além disso, são as formas concretas do agir profissional, como Iamamoto (2015) afirma.

Um dos eixos centrais da atuação profissional diz respeito as ações socioeducativas, conforme apresentado nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2009), que privilegiam as orientações reflexivas e socialização de informações ordenadas por meio de abordagens individuais, grupais ou

coletivas aos usuários, às famílias e à população. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos cidadãos na construção do conhecimento crítico de sua realidade, de forma a potencializá-los com vistas à solidificação de estratégias coletivas.

Nessa direção, Abreu e Cardoso (2009) assinalam que as práticas educativas adotadas pelas/os assistentes sociais mantêm dimensão pedagógica e, portanto, formadora de cultura, no sentido de um novo modo de pensar, sentir e agir. A formação da cultura é, aqui, entendida, sob o pensamento gramsciano, como adequação às exigências do padrão produtivo e do trabalho, sob a hegemonia de uma classe. A cultura é um dos elementos fundamentais na organização das classes subalternas, significando o rompimento com a ideologia dominante e a conquista da própria consciência. Para Moljo *et al.* (2012), a cultura possibilita conhecer os modos de vida, as formas de produzir e reproduzir das classes sociais, e as formas de consciência. Portanto, constrói-se ao longo do processo histórico e dentro da totalidade, como um todo contraditório e articulado.

Indo além, como Abreu e Cardoso (2009) acrescentam, as ações socioeducativas desenvolvidas pelas/os assistentes sociais interferem na cultura, ou seja, na formação de subjetividades e normas de conduta. Como decorrência, quando das inevitáveis lutas de classes, as/os assistentes sociais desempenham funções pedagógicas ou subalternizantes ou, em termos ideais, emancipatórias.

As ditas ações socioeducativas estruturam-se sobre dois pilares: um relaciona-se com a socialização das informações; o outro se refere ao processo reflexivo inerente à trajetória da inter-relação profissionais e usuários. A socialização de informações, garantida na Constituição

em vigor, pauta-se no compromisso de acesso irrestrito à informação, como direito fundamental do cidadão e condição *sine qua non* para a incorporação plena dos sujeitos individuais e coletivos nos processos decisórios. Segundamente, o fenômeno reflexivo objetiva a formação da consciência crítica para que os indivíduos se sintam parte da construção de sua história, da história das instituições e da sociedade (MIOTO, 2009).

Quer dizer, as ações socioeducativas são decisivas para que os indivíduos elaborem, desde a infância e a adolescência, de maneira crítica e consciente, sua concepção de mundo que lhes permita participar, ativamente, da vida e da evolução de sua comunidade. Então, desenvolver um trabalho socioeducativo pressupõe reconhecer o usuário como sujeito na esfera da ação profissional, tratando-se de uma construção com caráter não apenas técnico-operativo, mas com sólidas bases teórico-metodológicas, alicerçadas no citado Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Um dos caminhos para o trabalho socioeducativo no campo da saúde mental infantojuvenil é apreender e ultrapassar a visão de um problema individual para uma demanda de atendimento mais abrangente. Isto é, ampliar a percepção de modo a articular tanto os problemas apresentados pelos usuários quanto os da comunidade onde vivem ou sobrevivem. Assim, através da democratização do acesso a informações, o cidadão passa a ser reconhecido, de fato, como sujeito de direito. A este respeito, Míoto (2009, p. 507-508) argumenta que as abordagens mais usuais no contexto das ações socioeducativas são as individuais e as grupais, com a ressalva de que a formação de agrupamentos “[...] é altamente recomendável porque permite, por meio da reunião de diferentes sujeitos, a realização do processo educativo de forma coletiva”.

Na realidade, desde seus primórdios, o Serviço Social lança mão de atividades em grupo como meio de intervenção. Historicamente, a inspiração advinha da psicanálise, da psicologia, de vertentes positivistas e funcionalistas, consolidada nos Estados Unidos da América (EUA) como o método de “Serviço Social de grupos”. Desde a década de 80, século XX, influenciados pelo pensamento do educador Paulo Freire, a profissão, no Brasil, passa a ressignificar o trabalho com grupos, sobretudo após a intenção de ruptura e a aproximação com o marxismo como fundamento teórico-metodológico da formação e do trabalho profissional. Como Eiras (2009) afirma, a/o assistente social brasileira passa a atuar com a população numa perspectiva pedagógica emancipatória, utilizando os grupos como espaços de construção da cidadania e da democracia. É óbvio que, nessa perspectiva, o trabalho em equipes age como relevante estratégia de intervenção para as/os assistentes sociais nos diferentes espaços de atuação, mantendo como bússola o Projeto Ético-Político da profissão.

No caso específico dos Centros de Atenção Psicossocial, a mencionada Portaria n. 336 / 2002 prevê a realização de atividades em grupos pela equipe multiprofissional, planejadas tanto para os usuários quanto para os familiares. O objetivo é a realização de atendimentos, orientação, oficinas, psicoterapia, atividades de suporte social e dentre outras ações demandadas pelo público-alvo. Conseqüentemente, as atividades em grupo são muito empregadas nos CAPS. Ao contrário do modelo manicomial que tende a isolar e excluir os pacientes do convívio familiar e social, os grupos fortalecem os vínculos, o senso de inclusão, a valorização e a identificação com vivências comuns dentre os que atravessam o processo saúde-doença. Além disso, favorecem a escuta e,

na medida em que há a chance de vários olhares diante de uma mesma problemática, é mais fácil e rica a experiência de exercitar a capacidade resolutive diante das dificuldades, o que facilita o intercâmbio de experiências. Para tanto, o profissional responsável por tal percurso precisa estar atento à dinâmica do grupo e de seu avanço. Assim, a/o assistente social deve permanecer continuamente alerta a fim de identificar novas nuances que podem surgir com vistas à inserção real dos usuários via temáticas que despertem interesse e curiosidade.

Em resumo, o grupo socioeducativo consiste em recurso essencial para a/o assistente social. A partir daí, é possível mensurar o envolvimento das crianças e dos adolescentes, como também, é viável despertar lideranças, identificar novas temáticas ou potencialidades, sem contar o caráter multiplicador dos grupos:

O trabalho socioeducativo realizado grupalmente permite ou possibilita que os sujeitos possam identificar-se com o grupo, possam construir uma identidade grupal e agir a partir de convergências de interesses ou da formulação de horizontes comuns (EIRAS, 2012, p.138).

Ora, se a construção de grupos socioeducativos requer profissional dotado de consciência teórica, metodológica, ética e argumentativa, é evidente que a ação socioeducativa agrega várias dimensões do exercício profissional, além das dimensões de caráter técnico-operacional. É ainda Eiras (2009) quem insiste que a competência técnica deve ser fruto não só do amadurecimento intelectual, mas, também, da construção de habilidades de intervenção. Não basta refletir acerca do instrumental operativo. Não basta escolher a metodologia pela metodologia. A este respeito, Paulo Netto, em frase recorrente, cuja raiz encontra-se no dirigente do Partido Comunista da Itália,

Palmiro Togliatti, afirma com veemência: “quem erra na análise, erra na ação”.

De fato, ainda em conformidade com Mioto (2009), a/o assistente social precisa estar apta/o a decifrar tais análises, considerando o trabalho socioeducativo. Em se tratando do público infantojuvenil em sofrimento psíquico, o olhar precisa ser mais refinado e acurado. As abordagens coletivas também devem lançar mão de técnicas e instrumentos diversificados, tais como: dinâmica de grupo, recursos audiovisuais, jogos, bingos, saraus, etc., selecionados, sempre, com base em planejamento e em avaliação *a posteriori* para decidir sobre a continuidade ou não do instrumento usado.

Vê-se, mais uma vez, que as ações socioeducativas não podem abrir mão de um plano que vai desde a escolha da temática, da estratégia, do tempo de realização, da ambiência, dos materiais utilizados, passando pela fase inicial, intermediária e final. Elas se constroem e se reconstroem continuamente. Inexistem fórmulas ou modelos eternos e predefinidos. Para executar tais ações, urge estabelecer elevado nível de coerência entre direção teórico-metodológica e ético-política e, de forma similar, entre objetivos e procedimentos operacionais. A coerência é imprescindível, haja vista que são os procedimentos que imprimem materialidade às chances de os sujeitos aprenderem novas formas de se relacionarem e se posicionarem no meio social. Na visão acertada de Lima (2006), graças à clareza na compreensão e na proposição de como se faz, é que é possível construir uma ação profissional menos improvisada e, teoricamente, mais legítima.

Se essas são inferências pertinentes aos trabalhos com grupos, em geral, no caso do público infantojuvenil, as metodologias precisam ser pensadas e repensadas

com criatividade por meio de atributos. Entre eles: inteligência, atenção, tentativa e erro como método de resolução de problemas, otimismo, imaginação, dinamicidade, dialogicidade, interação com outros profissionais, e, em especial, levando em conta a criatividade requerida da/o assistente social, como Iamamoto (2015, p. 47) idealiza:

O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história.

Bolson (2004) define o processo criativo como a forma ou o modo como a criatividade ocorre. Por ser um processo, ela se desenvolve ao longo do tempo e se distribui em fases: percepção do problema; captação das informações; incubação; iluminação; avaliação; elaboração; estratégias de realização; verificação. O potencial criativo do profissional, muitas vezes, é inibido e bloqueado por ausência de estímulo e motivação no exercício da função. Isto porque, com frequência, profissionais de diferentes áreas utilizam recursos como dinâmicas de grupo, mas indiferentes ao fato de que não é a dinâmica pela dinâmica, mas, sim, o significado de cada dinâmica dentro de cada grupo ou direcionado a cada paciente, e, portanto, o que vale é a capacidade (ou não) daquela dinâmica agregar elementos que fortaleçam a formação identitária da criança e do adolescente, sobretudo, em se tratando de pacientes que carecem de cuidados no campo da saúde mental.

A seleção da temática, por exemplo, faz muita diferença. Na esfera da saúde mental e no trabalho a ser exer-

cido pela/o assistente social, alguns temas são valiosos, por exemplo: direito de ser criança e adolescente; participação; violência; cultura da paz; sociabilidade; família; cidadania; proteção do Estado; serviços protetivos; território; controle social; justiça; identidade; cultura; sociabilidade; políticas sociais; projetos de vida; sexualidade; preconceitos; luta antimanicomial; rede de apoio psicossocial; direito de brincar e tantas outras temáticas que podem ser construídas e reconstruídas de acordo com o objetivo a ser alcançado.

No âmbito das ações socioeducativas e nos trabalhos em grupo, o processo reflexivo acontece à medida que são geradas condições para que crianças e adolescentes elaborem, de forma consciente e crítica, sua concepção de mundo. Tal processo mental se dá com a engrenagem de dois elementos fundamentais: diálogo e problematização. Se para Faleiros (1981, p. 99-100), a “[...] conscientização não se produz num movimento de ideias, mas se enraíza nas situações concretas, nas contradições, nas lutas cotidianas para superação dessas contradições”, de forma análoga, o diálogo nem é um meio de persuasão ou de orientação nem tampouco uma estratégia de convencimento e manipulação. É, sim, relação, comunicação, intercâmbio de mensagens a partir de situações específicas, de relações de poder e de visão geral do processo social.

A socialização das informações, de acordo com Matos (2015), é um componente fundamental para a viabilização de direitos. Apresenta-se como elemento de fortalecimento do indivíduo para acessar tais prerrogativas e, então, transformar sua realidade. É, pois, alternativa para a “tradicional orientação” vinculada à normatividade legal e ao enquadramento institucional dos usuários nos serviços. Decerto, o binômio diálogo e problematiza-

ção na ação socioeducativa com crianças e adolescentes pode recorrer a estratégias variadas, como: fábula; colagem; confecção de desenhos individuais ou em grupo; música; leitura e interpretação de textos; visita orientada a museus, bibliotecas, zoobotânicos, etc.; brincadeira orientada; dinâmicas de grupo; gincana temática; mostra de trabalhos de arte; confecção individual ou coletiva de cartazes; produção de vídeos; varal de conhecimento; construção com palavras-chave; bingo da cidadania; mitos e verdade; caixa de interrogação; teatralização; rádio comunitária; caça palavras; caligrama com produção individual ou coletiva, e um infinidade de outros recursos e outras “artimanhas”.

Vale assinalar que a escolha da forma de abordagem, dos instrumentos e das técnicas utilizadas depende, invariavelmente, das metas e dos objetivos propostos, do perfil do público, das características das instituições; e da formação dos profissionais. E mais, para além dos grupos formados por crianças e adolescentes, há possibilidades reais de grupos com famílias, nas assembleias, grupos informativos, grupos intergeracionais, grupos de estudos intraequipe e extraequipe multiprofissional, além de outros condizentes com as demandas do público-alvo.

Conclusão

No âmbito do trabalho socioeducativo em prol da saúde mental infantojuvenil, o capítulo, como visto, privilegia as atividades de natureza social e educativa em grupo com crianças e adolescentes, o que requer fundamento teórico no campo da saúde mental e em temas correlatos. Sem dúvida, as ações socioeducativas centram-se nos usuários enquanto sujeitos de direitos, no caso, em crianças e adolescentes, o que justifica o apoio teórico

em parte da legislação brasileira que trata desse segmento populacional.

Por meio das relações que se estabelecem entre assistentes sociais e usuários, ocorre processo educativo que favorece aos indivíduos apreenderem a realidade de maneira crítica e consciente a fim de edificarem caminhos para acesso e usufruto de seus direitos civis, políticos e sociais, e, por conseguinte, interferirem no rumo de sua própria história e da coletividade na qual estão imersos. Trata-se de concepção que exige ruptura imediata com a lógica tradicional da consecução de objetivos institucionais em respostas pontuais às demandas marcadas por uma leitura fragmentada da realidade social, e, mais do que isto, imposta aos cidadãos e impregnada de visível caráter disciplinador.

As/os assistentes sociais realizam um trabalho de cunho socioeducativo, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que demandas e interesses do público infantojuvenil adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a ampliação de seus direitos, mormente, os direitos sociais. Como discutido, a fase da infância e juventude é peculiar para a construção do pertencimento individual, familiar e comunitário. E quando se trata desse público com demandas no campo da saúde mental, o olhar dos profissionais, quer sejam assistentes sociais ou não, deve ser mais e mais cuidadoso, com a ressalva de que tal público necessita de equipes multiprofissionais.

A/O assistente social tem sido partícipe na salvaguarda dos direitos da parcela infantojuvenil em diferentes trincheiras, e, como discutido no decorrer do capítulo, tem enfatizado ações socioeducativas mediante o trabalho em grupo. As estratégias técnico-operativas no âmbito da performance da/o assistente social na saúde men-

tal infantojuvenil ainda são desafiantes e demandam mais estudos, sistematizações e avaliações no campo do Serviço Social, sobretudo, em seu entendimento macro e guiado pela tradição marxista para compreensão mais profunda sobre o campo das efetivas contribuições profissionais na área. Não obstante limitações, muito já se tem avançado e descortinado possibilidades criativas de intervir junto ao público infantojuvenil em cenários de CAPS. É, decerto, nessa direção que o presente capítulo pretende contribuir.

Referências

- ABREU, M. M.; CARDOSO, F G. Mobilização social e práticas educativas. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS) (org.) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009. p.593-608.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). Proposta básica para o projeto de formação profissional. O Serviço Social no século XXI. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 143-171, abr. 1996.
- BATTINI, O. Atitude investigativa e formação profissional: a falsa dicotomia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 15, n. 45, p. 142-146, ago. 1994.
- BOLSON, E. L. **Tchau patrão**. São Paulo: Senac, 2004.
- BRASIL. **Código de Menores. Código Mello Mattos**. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. 1927. Disponível em: <https://bit.ly/3JjFDIM>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

- BRASIL. **Decreto-Lei n. 3.779**, de 30 de outubro de 1941. Organização do Serviço de Assistência a Menores (SAM). Disponível em: <https://bit.ly/3i5Fa0C>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- BRASIL. **Lei n. 4.513**, de 1 de dezembro de 1964. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Disponível em: <https://bit.ly/34IlvAN>. Acesso em: 26 ago. 2020. (Revogada pela Lei n. 8.069, de 1990).
- BRASIL. **Lei n. 6.697**, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em: <https://bit.ly/3u-gkNUn>. Acesso em: 26 ago. 2020 (Revogada pela Lei n. 8.069, de 1990).
- BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA] e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3KMuosj>. Acesso em: 26 set. 2020.
- BRASIL. **Lei Orçamentária Federal n. 4.242**, de 6 de janeiro de 1921. Implementa o Serviço de Assistência e Proteção ao Delinquente, ano de 1921. Disponível em: <https://bit.ly/3IcxmVF>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3MQizDu>. Acesso em: 3 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) / DATASUS. **Cadastro de profissionais (CBO)**. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3CJfLn1>. Acesso em: 1 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e**

adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 12**, Brasília, ano 10, n. 12, out. 2015. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços [...] Disponível em: <https://bit.ly/3KMujF1>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bit.ly/3I7VKHL>. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. 2. ed. rev. Brasília, 2005. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília, 2014b.

BRITO, A. E. C.; SILVA, K. K. A trajetória das protoformas brasileiras de atendimento à infância e adolescência: do código de menores ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS*, 4., Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte ABEPSS, 2016.

- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília, 2009.
- COSTA, A. C. P. As políticas de proteção à infância e adolescência e a educação: reflexões a partir da década de 1920. *In:* CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL. 2012. **Anais...** Disponível em: <https://bit.ly/37wL60L>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- CRONEMBERGER, I. H. G. M. **O processo de trabalho da/o assistente social nos serviços de acolhimento institucional no Estado do Piauí.** 2017. 316 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.
- EIRAS, A. A. L. T. S. A intervenção do Serviço Social nos CRAS: análise das demandas e possibilidades para o trabalho socioeducativo realizado grupalmente. *In:* SANTOS, C. M. S.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social.** Juiz de Fora: EDUFJF, 2012. p.127-152.
- FALEIROS, V. de P. **Metodologia e ideologia do trabalho social.** São Paulo: Cortez, 1981.
- FREITAS, M. C. de. **História social da infância no Brasil.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 334 p.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Convenção sobre os Direitos da Criança.** 1989. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm. Acesso em: 2 set. 2020.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pobreza na infância e adolescência.** Brasília, 2018. Disponível em: <https://uni.cf/3tVFsga>. Acesso em: 4 maio 2020.

- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **30 anos de Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil.** 2019. São Paulo, 2019.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- LIMA, T. C. S. **As ações socioeducativas e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- MACHADO, G. S. O trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. *In: VASCONCELOS, E. M. (org.) et al. Abordagens psicossociais.* São Paulo: Hucitec, 2009. v. III: Perspectivas para o Serviço Social. p.32-120.
- MELIM, J. I. Trajetória da proteção social brasileira à infância e à adolescência nos marcos das relações sociais capitalistas. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 167-184, jul. / dez. 2012.
- MATOS, M. C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, 2015.
- MIOTO, R. C. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS) (org.) Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília, 2009. p. 497-512.
- MOLJO, C. B. *et al.* Serviço Social, projeto ético-político e cultura. *In: SANTOS, C. M. S.; BACKX, S.; GUERRA,*

- Y. (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**. Juiz de Fora: EDUFJF, 2012. p.149-179.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. 1948. Genebra, 1989.
- PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- PEREIRA, S.L. B. **O processo de trabalho do Serviço Social na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2017.
- PRIORE, M. D. **História das crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CAPÍTULO V

O Projeto Ético Político do Serviço Social e suas dimensões no campo do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas

Patrícia Maia von Flach

Eliana Brito Nascimento

Introdução

Este texto, situado no campo da saúde mental, trata do trabalho das/os assistentes sociais no encontro/cuidado com estes que carregam a alcunha de “drogados”, tornados vulnerados¹, atravessados que são pelas mi-

1 Conceito utilizado no campo da Bioética. Considera que, enquanto vulnerabilidade refere-se a possibilidade de todos os humanos de serem feridos, vulneração é o mecanismo ativo que resulta em dano físico, psíquico ou social, ou seja, são todas as pessoas que foram feridas em função da sua (falta de) condição social e existencial (SCHRAMM, 2008; SOTERO, 2011).

sérias do mundo. Encontros *entre* humanos, marcados pelo sofrimento social² que atinge todos aqueles que estão no lugar de rejeição e humilhação social, violentados pelos racismos, preconceitos e estigmas, filhos do desamparo e da desistência, que perambulam pelas ruas das cidades e/ou são brutalmente retirados e encarcerados nos hospitais psiquiátricos ou nas prisões, mortos ou deixados morrer.

Enquanto assistentes sociais, incorporamos o sofrimento dos trabalhadores que têm como responsabilidade construir processos de cuidado com esses que nascem *com a morte grudada no corpo*³, que são alvos das violências da pobreza e das agressões de todos os dias, jamais esquecidas, mesmo que passadas. Trata-se de um compromisso orgânico da categoria profissional com uma práxis transformadora que, para Gramsci (2000, p. 221-222), refere-se ao movimento de:

[...] Passagem do saber ao compreender, ao sentir, e vice-versa, do sentir, ao compreender, ao saber.

[...] Na ausência deste nexos, as relações do intelectual [aqui, assistentes sociais] com o povo – nação são, ou se reduzem, a relações de natureza puramente burocrática e formal; [...].

Nesta perspectiva, consideramos que a presença das/os assistentes sociais no campo da saúde mental é de grande relevância, exigindo ação social e política coadu-

2 No final dos anos 1990, a expressão “sofrimento social” - utilizada por Arthur Kleinmann, Veena Das e Margareth Lock (1997) “[...] vem sendo utilizado no campo das Ciências Sociais para se referir ao mal-estar consequente aos contextos de desigualdades sociais e pobreza extrema geradores de situações de violência e de danos devastadores produzidos na interface com as políticas neoliberais sustentadas por interesses econômicos, considerando, ainda, como os humanos respondem a esses problemas” (VON FLACH, 2019, p. 19).

3 Relato de um morador de rua (VON FLACH, 2019, p.275).

nada com o projeto ético-político hegemônico da classe profissional, sendo necessário transcender o nível técnico-burocrático e construir no “nós”, possibilidades. Mas, no momento atual, nós, assistentes sociais, estamos desenvolvendo essas aberturas no cotidiano do trabalho? Estamos sensíveis ao sofrimento social dos vulnerados e ao nosso próprio sofrer? Participamos ou fomentamos movimentos de resistência, considerando que estes não ocorrem “naturalmente” e que certamente exigem trabalho do profissional com os sujeitos do cuidado⁴? Como fazemos para garantir direitos de cidadania para/com as pessoas vulneradas – aqui, usuários dos serviços de saúde mental – ainda que não vislumbremos a curto ou médio prazo, a superação do capitalismo e dos sofrimentos sociais por ele gerados?

Inspiradas nas nossas experiências como assistentes sociais no campo da saúde mental, bem como nos estudos realizados por ambas e que tiveram como produto dissertações de mestrado e teses de doutorado no referido campo, compartilhamos este texto, reflexivamente construído.

As políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas: aspectos histórico-legais e políticos-assistenciais

O consumo de substâncias psicoativas (SPA)⁵ acompanha a história da civilização praticamente em todas

4 Escolhemos nos referir às pessoas que fazem uso de SPA e seus familiares atendidos nos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como “sujeitos do cuidado”, apontando para a sua centralidade e protagonismo na construção de processos de saúde. Esta noção é incorporada à clínica da atenção psicossocial, opondo-se à objetificação do sujeito presente no modelo manicomial.

5 Substâncias Psicoativas designam todos os produtos que agem sobre o Sistema Nervoso Central, independentemente de serem lícitas ou ilícitas.

as sociedades humanas, em rituais religiosos ou místicos, como característica de movimentos socioculturais, em usos sagrados ou profanos, sendo seus tipos, formas e padrões de uso, bem como seus sentidos e funções, expressão do contexto social, cultural, econômico e político, em um determinado tempo e espaço social. Nas últimas décadas, as características e significados do consumo de SPA modificaram-se bastante, considerando as transformações profundas operadas pelo neoliberalismo e o processo de globalização, modificadores das configurações geopolíticas no mundo e geradores também de uma marginalidade avançada (WACQUANT, 2005).

Nesta conjuntura, é imprescindível atentar e reafirmar a heterogeneidade social e cultural dos usos e usuários de SPA, que não se igualam, ainda que consumam uma mesma substância, como também não se igualam seus efeitos, que se modificam para pessoas com rendas e classes sociais distintas, considerando o acesso a produtos com maior ou menor qualidade e com preços diferenciados, apontando para a inevitável dimensão do poder que envolve este campo. A economia das drogas segue, também, as regras de mercado, com sua plasticidade e capacidade de reinvenção para atender variadas demandas e consumidores, nos diferentes locais da cidade, numa “*urbanização das drogas*, ou seja, nos tipos de prevalência e convivência de usuários, traficantes e de produtos, resultado da adaptação da economia das drogas aos espaços físicos e sociais da cidade”. (ESPINHEIRA, 2002, p.12). Apesar desta característica dinâmica do

cit. Importante apontar que as alterações psíquicas e comportamentais consequentes ao seu uso variam de acordo com a singularidade da pessoa que as utiliza, com o tipo e qualidade da substância, com a quantidade e o modo de consumo. Considera-se também o efeito esperado e o contexto sociocultural no qual se dá o consumo (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

mercado de drogas, que constrói demandas e modifica o consumo e os consumidores, as políticas e legislações brasileiras tratam do “problema das drogas” como se fosse o mesmo fenômeno que persiste desde sempre.

No Brasil, as primeiras medidas de tratamento para usuários de SPA foram concebidas no campo da justiça penal, mais comprometidas que estavam com a repressão e o controle do consumo de drogas ilícitas no país. Nesta perspectiva, em 1970 foi realizada uma revisão das leis brasileiras para prevenção/repressão das drogas ilícitas, na perspectiva do seu combate. Em 1971, com a Lei 5726, a concepção médico-psiquiátrica destacou-se: o usuário foi reconhecido como doente e o hospital psiquiátrico como espaço de tratamento. A Lei 6.368/76, reconhecida como “lei de tóxico”, manteve a abordagem ao usuário no campo médico-psiquiátrico, reforçando a tendência à medicalização do consumo de drogas, definindo medidas para o setor público de saúde, com a proposta de criação de instituições especializadas na rede pública, com tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar, aparecendo a assistência à saúde em forma de recomendação e não mais como medida compulsória, ainda que esta forma “compulsória” nunca tenha deixado de ocorrer.

Esta lei permaneceu em vigor por trinta anos, sendo substituída pela Lei 11.343/06, que apresentou um posicionamento político e legal mais brando em relação ao usuário de drogas, com propostas de atenção e reinserção social na perspectiva da melhoria da qualidade de vida e à redução de danos⁶ associados ao uso de drogas,

6 Refere-se a intervenções para diminuir riscos e danos biológicos, psicossociais e econômicos consequentes ao uso de álcool e outras drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo, a partir de três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade (AN-

mas acentuou a repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, com o aumento das penalidades previstas. Mais recentemente, foi promulgada a Lei 13.840/19, permitindo a internação involuntária de usuários de SPA sem a necessidade de autorização judicial, reforçando o modelo pautado na abstinência e fortalecendo as comunidades terapêuticas como local de tratamento, em detrimento da política de redução de danos e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

No campo específico do cuidado aos usuários de psicoativos, com a promulgação da Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 2001, o Ministério da Saúde reconheceu que o tema não vinha sendo devidamente tratado pelo governo e em 2003 elaborou o documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, apresentando o marco conceitual-político e as diretrizes para o cuidado, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Na prática, propôs a criação de uma rede de assistência integral aos usuários, composta por Unidades Básicas de Saúde, vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), CAPS AD e Leitos em Hospitais Gerais (BRASIL, 2004).

Complementando os dispositivos propostos nesta política, a Portaria 3.088/11, que instituiu a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial, concebida a partir da IV Conferência de Saúde Mental em 2010, amplia e diversifica as ofertas de cuidado, principalmente para usuários de álcool e outras drogas, sendo colocada como uma das Redes de Atenção à Saúde (RAS) prioritárias do SUS. Todas estas portarias e leis ministeriais foram conquistas

DRADE, 2004).

dos movimentos sociais e são muito importantes para a operacionalização da política, porém, ainda há uma distância muito grande entre o que está nelas prescrito e sua implementação local, sempre determinada pela correlação de forças e poder. Mais recentemente, com a publicação da Portaria 3.588/17, verifica-se o perigoso retrocesso no princípio/direito ao tratamento em liberdade, radicalmente defendido pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, com retorno do financiamento para leitos em Hospitais Psiquiátricos e de unidades ambulatoriais especializadas, bem como o fortalecimento do financiamento das Comunidades Terapêuticas, o que tem contribuído incisivamente para a manutenção do modelo de atenção que tem como objetivo terapêutico a abstinência.

Como podemos observar nas políticas e legislações brasileiras relacionadas às SPA e seus usuários, as medidas propostas para a assistência em saúde ocorrem de forma marginal e submetidas ao paradigma proibicionista⁷, sustentado por grandes interesses econômicos e políticos, com nefastas consequências para a sociedade – desinformação e aumento dos riscos e danos à saúde consequentes ao uso problemático de SPA; fortalecimento do tráfico de drogas, gerando aumento da violência policial contra jovens da periferia, especialmente os que são afro-descendentes, num verdadeiro “negrocídio” (ESPINHEIRA, 2009); aumento das prisões por tráfico e também das vítimas fatais; investimento nas políticas punitivas, inclusive na saúde, com o fortalecimento das

⁷ O termo “proibicionismo” é uma simplificação do paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de SPA. Seus efeitos, porém, enquadram o entendimento sobre a temática e estabelecem limites arbitrários para os usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas (FIORE, 2012).

práticas repressoras, moralizantes e medicalizantes e o desinvestimento nas políticas de redução de danos, também defensoras do direito ao cuidado no território e em liberdade - e especialmente para aqueles que são alvejados por essa “guerra às drogas”. É preciso destacar que estamos em meio a um processo de disputa de projetos políticos antagônicos, com enfrentamentos em diversas campos e espaços sociais, inclusive no cotidiano das práticas de saúde e saúde mental, expressando diferentes interesses políticos e econômicos e distintas formas de pensar/fazer acontecer a assistência no campo da saúde mental/álcool e outras drogas no Brasil.

O modelo psicossocial, em implementação no país, propõe a construção de processos de saúde a partir de/ no território existencial dos sujeitos do cuidado (pessoas/famílias/sociedade), cujo objetivo da intervenção é “estar melhor na vida”. Uma clínica que se propõe ampliada - no objeto, objetivo e meios de trabalho (CAMPOS; AMARAL, 2007) - em movimentos, também de espera do tempo da mudança enquanto se protege as pessoas, a partir da/na construção dos vínculos, acolhendo e reduzindo riscos e danos, na perspectiva da “ampliação da vida”, nos ensina Lancetti (2006, p. 80-81), considerando o efeito de “ondas de solidariedade e cooperação sanitária nos territórios geográficos e existenciais onde a RD atua, a partir do investimento na relação, e aí está a sua potência”. Clínica que é ético-política, pois exige dos trabalhadores posição, não cabendo omissões na luta incansável pela defesa do direito à vida de todos os humanos, com dignidade e cidadania.

Por fim, antes de seguirmos, consideramos importante situar o lugar das SPA e seus consumidores no campo da atenção psicossocial. Partimos da concepção da interação e multideterminação entre três componentes

essenciais e indissociáveis para a compreensão da complexidade que envolve os usos e usuários de SPA: os contextos, os sujeitos e as drogas. Na dimensão do contexto, como já referido, não podemos desconsiderar os tempos e espaços dos usos de drogas, a compreensão dos aspectos socioculturais, bem como as dimensões econômicas e políticas presentes nos diferentes cenários de uso e de comercialização, estes últimos internacionalizados com a ação do narcotráfico e constituindo, muitas vezes, um poder paralelo, com vários níveis de interferência nas políticas internas dos países, mas também alcançando as relações locais, onde o lucro vale mais do que a vida dos jovens cooptados pelo tráfico e/ou tornados “drogados”. Na dimensão dos sujeitos, é preciso um olhar histórico-dialético para esse que é feito, se faz e refaz nas relações sociais importantes, representadas por membros da família e da sociedade, constituído cotidianamente nos diversos espaços coletivos e institucionais por onde circula e convive, escola, comunidade, trabalho, entretenimento dentre outros, redes estas centrais para a compreensão da função e lugar do uso de SPA na vida desse sujeito, considerando o seu sofrer. Na dimensão da droga, é importante não homogeneizá-la, compreendendo suas diferentes características químicas, que se modificarão na interação com um determinado organismo, levando a efeitos específicos: estimulantes, depressoras ou perturbadoras, sendo que sua intensidade vai depender também de fatores como quantidade e qualidade da substância, tempo de uso, via e padrão de consumo, condições biológicas, psicológicas e ambientais, além das expectativas e motivação daqueles que a utilizam. Mas cabe um alerta: de fato, neste texto e nos nossos fazeres cotidianos como assistentes sociais, é preciso colocar a “droga” entre parênteses, como o fez Basaglia (2005) com a “doença mental”, para olharmos e nos relacionar-

mos com os sujeitos e suas vicissitudes, em movimentos emancipatórios.

Uma perspectiva histórica do trabalho do Serviço Social no campo da Saúde Mental

Para uma reflexão acerca do trabalho profissional da/o assistente social no campo da saúde mental/álcool e outras drogas na atualidade, em nosso país, impõe-se, a princípio, considerar a existência de um vínculo estrutural entre a inscrição do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho e a constituição das políticas sociais, ambos compondo a estratégia estatal para enfrentamento das manifestações da questão social presentes na sociedade brasileira na década de 1930. Essa imbricada trajetória inclui uma dificuldade inicial da compreensão desse vínculo pelos profissionais, influenciados por uma visão reducionista da profissionalização do Serviço Social, atribuída menos às bases sócio históricas que levaram à criação de um espaço sócio ocupacional para os assistentes sociais - como agentes de implementação das políticas sociais - do que à ideia de uma evolução das protoformas da profissão, incorporando, à prática filantrópica, uma cientificidade (NETTO 2011).

Já sintonizada com o processo de redemocratização do país, a partir do final da década de 1970, a categoria evoluiu para um debate crítico em torno do significado social da profissão, abrindo caminho para uma revisão teórico-metodológica que reposicionou o Serviço Social brasileiro em relação à política social, na perspectiva da cidadania e dos direitos, rompendo com a perspectiva modernizadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2009). É a partir desse momento que vai se desenhando um projeto profissional ancorado em uma perspectiva crítica, resultado de um processo de ruptura com a matriz conservadora,

que teve início em meados da década anterior, em meio ao movimento de enfrentamento da ditadura. Segundo Netto (2006, p. 143) “É somente quando se conquistam e se garantem as liberdades [...] que distintos projetos societários podem confrontar-se e disputar a adesão dos membros da sociedade”.

A partir desse período, em decorrência do amadurecimento do debate crítico e definição de uma base teórica marxista que viabilizou uma compreensão ampliada da realidade, a categoria foi conquistando a autonomia – inexistente no período anterior – na formulação, execução e avaliação de suas ações profissionais, garantida no art. 5º. da Lei 8662/93, que regulamenta a profissão. O reposicionamento da categoria tornou imperativo uma ressignificação da dimensão técnico-operativa, que definira, basicamente, a profissão no período anterior, posto que completamente subordinada a outros saberes.

Desenvolveu-se, então, uma instrumentalidade do Serviço Social, articulando as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (GUERRA, 2014; 2017). Se é pela dimensão técnico-operativa, através de seus instrumentos e técnicas, que se concretiza o trabalho profissional da/o assistente social; se a dimensão teórico-metodológica oportuniza avançar numa práxis consequente, é a dimensão ético-política que, revelando a intencionalidade do projeto em execução, permite diferenciar, na aplicação de uma mesma técnica, o fazer profissional de cunho emancipatório daquele destinado à manutenção de uma relação de dominação/exploração. É, portanto, essa a dimensão que dá materialidade ao projeto ético político profissional.

O desenvolvimento das três dimensões envolveu uma processualidade que evidenciou, nas décadas 80/90, um profícuo avanço nas dimensões teórico-metodológica e

ético-política. Desse modo, observou-se, a partir da década de 1980, uma vasta produção teórica do Serviço Social brasileiro, que passou a ser reconhecido pelo CNPq⁸, em 1987, como área de produção de conhecimento. O impacto do desenvolvimento da pesquisa levou também à definição das bases curriculares de forma a caracterizar o trabalho profissional pela articulação entre as dimensões investigativa, interventiva e formativa. A partir do final do século XX, o campo teórico do Serviço Social enfrenta o desafio de manter a coerência com o marxismo, “mas incorporando valores auridos noutras fontes e vertentes [...] diretamente conectadas ao ideal de socialidade posto pelo programa da modernidade” (NETTO, 1996, p. 117), as quais abordam diversas conquistas civilizatórias, temáticas inegavelmente relevantes para a profissão “na busca de interligação entre sujeito e estrutura e entre concepções macro e micro da vida social” (YASBECK, 2009, p.158).

Paralelamente, o acúmulo nos campos teórico e prático permitia um amadurecimento ético-político que foi se explicitando no Código de Ética. Enquanto o Código de 1986 marca a ruptura com o conservadorismo e expressa objetivamente à dimensão política da profissão, assumindo um compromisso com os interesses da classe trabalhadora - decorrente da inserção da categoria nas lutas dessa classe - o Código de 1993 supera uma concepção ética mecanicista, estabelecendo a mediação de valores inerentes à ética, recuperando a relação estratégica entre projeto profissional, defesa dos direitos e projeto societário (BARROCO, 2010).

O ano de 1993 é marcado também pela aprovação da Lei 8.662 que, juntamente com o Código de Ética e as

8 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Diretrizes Curriculares, aprovadas em 1996, compõe o tripé que regulamenta e dá sustentação ao exercício profissional até os dias de hoje. Se, por um lado, a consolidação e hegemonia do Projeto Ético Político do Serviço Social – da qual a regulamentação supracitada é um marco – irá ocorrer na década de 1990, em pleno período de contrarreformas neoliberais, por outro lado, ancorou-se no avanço da legislação social emanada da Constituição Federal de 1988, cuja construção contou com efetiva participação de assistentes sociais (TEIXEIRA; BRAZ, 2009).

Quanto à dimensão técnico-operativa, pode-se dizer que se ressentiu, por muito tempo, de um certo abandono reflexivo. Isto, segundo a análise de Santos (2012; 2017), deve-se a um determinado teorismo, produzido na busca de superação do viés tecnicista que marcou o período conservador da profissão. Essa lacuna, na visão da autora, decorre “de uma incorporação equivocada e não satisfatória da relação teoria e prática na concepção do materialismo histórico – dialético” (SANTOS, 2012, p.4). A adesão ao referencial teórico marxista, portanto, ocorreu em descompasso com a necessária adequação de instrumentos e técnicas de forma a subsidiar uma prática coerente com essa teoria.

O debate acerca dessa questão explicita ainda uma fragilidade na compreensão da relação entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da intervenção profissional. Tal dificuldade leva a uma equivocada expectativa quanto ao alcance dos instrumentos e técnicas, por vezes supervalorizando-os, por vezes ignorando-os. Desse modo, operou-se uma dicotomia entre o campo da formação, tomado como depositário da teoria, e o campo da “prática profissional”, como *locus* da técnica. Enquanto à teoria foi atribuído o condão de transmutar-se imediatamente em prática, capaz

de fornecer, por si só, instrumentos inerentes a ela, reduziu-se a compreensão da prática ao uso de instrumentos e técnicas (SANTOS, 2012). Ainda, segundo a autora, tais equívocos levam a “requisitar, para a intervenção, modelos prontos; dificultar a criação de novos instrumentos e técnicas adequados à realidade e apropriar-se, de forma problemática, dos instrumentos herdados de nossa tradição profissional” (*Ibidem*, p.7).

Assim como a trajetória da profissão, visivelmente modificada com a abertura de um espaço democrático no país, o campo da saúde mental também se beneficiou com a derrota da ditadura. Uma vez alcançadas as condições políticas, foi o protagonismo dos trabalhadores que fez ampliar-se a discussão para além do caráter eminentemente técnico quanto à ineficácia do tratamento em saúde mental, através do MTST – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – embrião do Movimento da Luta Antimanicomial. Organizado no âmbito da sociedade civil a partir da década de 1980, com a incorporação de usuários e familiares, o movimento foi o grande impulsionador das transformações no âmbito das políticas sociais, a partir da década seguinte⁹. Considerado um processo social complexo (AMARANTE, 2003), a Reforma Psiquiátrica requer um esforço de redimensionamento ininterrupto que envolve diversas dimensões, as quais se relacionam de forma dinâmica: as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Importa, para os objetivos deste artigo, um olhar para a dimensão técnico-assistencial.

A Lei 10.216/01, que marca a conquista no campo jurídico da Reforma Psiquiátrica, “Dispõe sobre a proteção e

⁹ Detalhamento desse processo pode ser encontrado em Nascimento (2019).

os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Por *redirecionamento*, entenda-se a substituição do Modelo Asilar pelo que ficou conhecido como Modelo de Atenção Psicossocial, o qual opera tanto no sentido do redimensionamento do cuidado, para além da remissão do sintoma psicopatológico, quanto no sentido da reintegração das duas dimensões da existência: a dimensão psíquica e a dimensão social. Trata-se de uma mudança de paradigma que vai provocar, além de desconstrução no campo do saber – com o desenvolvimento de outro arcabouço conceitual – uma transformação social, no sentido da revisão da relação da sociedade com a “loucura”¹⁰.

Tais transformações não poderiam ocorrer sem afetar a divisão sócio-técnica do trabalho. Assim, à hegemonia do saber médico, sucede-se o que se nomeou de “Clínica Ampliada”, incorporando à clínica tradicional uma dimensão política, na direção da cidadania dos usuários, e respaldada na interdisciplinaridade. Requisita-se, para a ampla equipe requerida, maior fluidez nas relações entre saberes e práticas, o que foi denominado por Luiz Cerqueira “trabalhadores de um novo tipo”, aqueles profissionais habilitados a realizarem “novas tarefas que implicam novas concepções, aceitando-se etiologias e tratamentos múltiplos, sem reducionismos exclusivistas” (CERQUEIRA *apud* DELGADO; LEAL; VENÂNCIO, 1997).

10 O termo é utilizado por Foucault (1997) para descrever um fenômeno social, considerando, ao longo da história, as diversas formas de relação entre a sociedade e aqueles seus membros que não se adaptavam aos padrões estabelecidos como “normais”. Com o nascimento da psiquiatria e do asilo, a “loucura” ganha status científico ao ser catalogada enquanto “doença mental”. Já os fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira consideram o conceito de “existência – sofrimento”, remetendo a uma condição da existência humana (BASÁGLIA, 2005; AMARANTE, 2003; NASCIMENTO, 2014;2019).

Ao requerimento de Luiz Cerqueira de constituição de um “novo tipo” de profissionais, pode-se associar a definição gramsciana, que reivindica para o “novo tipo de intelectual” (GRAMSCI, 2000), um “atuar orgânico”. Assim, para além de uma maior fluidez nas atividades práticas, o profissional – intelectual comprometido ética e politicamente com o projeto, incorpora uma “inserção ativa na vida prática, como construtor, organizador, ‘persuador permanente’ [...] dirigente” (*Ibidem*, p.150-151).

Em que pese tais considerações, persistem preocupações, no seio da categoria, quanto a uma possível descaracterização do fazer profissional, ao ampliar o espectro das suas atividades, o que, supostamente comprometeria a dimensão técnico-operativa. Neste ponto, cabe retomar a reflexão trazida no início deste tópico, quanto à necessária articulação das três dimensões, tendo como fio condutor e definidor da intencionalidade da ação, a dimensão ético-política. A partir desse norte, podemos nos valer de outras ciências e técnicas - próprias e subsidiárias - sem comprometimento da nossa identidade profissional.

A operacionalização do Projeto Ético Político do Serviço Social no campo AD

Há uma relação dinâmica entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que constituem e sustentam a profissionalidade do Serviço Social. Como já referido, a dimensão teórico-metodológica possibilita a leitura crítica da realidade social, desencobrendo os discursos de “verdade” que mantêm as classes dominantes no poder, com suas políticas que, sob o escudo dos direitos humanos, oferecem aos pobres uma existência miserável, tornando-os ainda mais vulnerados e sem condições efetivas de ascensão social. No

campo da saúde mental/atenção aos usuários de SPA legais e ilegais, faz-se necessário conhecer alguns conceitos, legislações e políticas – alguns já referidos anteriormente - para a construção do trabalho cotidiano.

A dimensão ético-política do Serviço Social, por sua vez, aponta para uma intencionalidade consubstanciada pelo projeto ético-político profissional, diferenciando o fazer numa perspectiva emancipatória daquele que mantém as relações de dominação, exploração e opressão das classes sociais empobrecidas. Implica, também, num comprometimento pessoal com a atuação profissional crítica e coadunada com a luta mais ampla dos trabalhadores e de todos os vulnerados. Nesta perspectiva, na assistência às pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso e comércio de SPA, a posição ética do Serviço Social implica na atuação com vistas à proteção da vida, reparação e autogoverno dos vulnerados, buscando transformar o sofrimento social em movimentos de resistência pautados nos interesses da coletividade - mas com respeito à autonomia, às singularidades contextuais e às liberdades individuais. Um Estado que abandona e mata seus jovens pobres e afrodescendentes exige oposição e luta política, enfrentamento que está no alicerce da nossa profissão, considerando que não existe neutralidade no campo da defesa da equidade e da justiça social. Invocamos, aqui, os onze princípios emancipatórios que a categoria aderiu no Código de Ética vigente (CFESS, 1993).

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social, tema central deste texto, refere-se ao nosso campo de atuação, que é a vida em determinado espaço social, com as pessoas em interação no jogo das relações, numa atividade que é, ao mesmo tempo, pensamento, ação e posição ético-político. Como parte de uma totalidade formada

pelas três dimensões, pode-se atribuir à dimensão técnico-operativa, “[...] uma ‘*síntese*’ do exercício profissional, pois é composta também pelo conhecimento da categoria, pelas qualidades subjetivas dos agentes, pelas condições objetivas do trabalho, pelo projeto profissional, pela ética, pelos valores”. (SANTOS; SOUZA FILHO; BACKX, 2017, p.27).

Para fins didáticos, faremos o esforço de dividir em momentos (entrelaçados e até desordenados) a atuação do Serviço Social na RAPS, no cuidado aos usuários de SPA e seus familiares, sem necessariamente especificar um dos pontos de atenção, mas refletindo sobre caminhos possíveis para a proposição das alternativas criadoras e inventivas, conforme proposto por Yamamoto (2003, p.21):

[...] as alternativas não saem de uma suposta “cartola mágica” do Assistente Social; as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. Assim, a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; todavia impõe limites e possibilidades. Sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social.

Tempo para conhecer o território, fazendo: a nossa atuação profissional muito comumente ocorre em territórios periféricos, aqui chamados de margens¹¹, seja

11 Sobre a atuação do Estado nas “margens”, Veena Das e Deborah Poo-

pela localização do Ponto de Atenção à saúde onde desenvolvemos nossas atividades, seja em função do local de moradia dos sujeitos do cuidado. Nas margens, a lei é exercida e recolocada continuamente, para além dos parâmetros legais, bem como a concepção de justiça, constituída a partir das experiências locais e punitivas que envolvem situações de violência e morte, em nome da própria sobrevivência (DAS; POOLE, 2004). A entrada do profissional neste espaço social vai exigir estratégia e articulação com as lideranças locais e com os trabalhadores que já circulam no campo. É necessário imergir e olhar atenta e historicamente para essa comunidade de relações, conhecer as pessoas, seus modos ser e estar, sua cultura e suas crenças, suas disposições, alegrias e tristezas, como se/nos encontram e desencontram, as redes de afetos e solidariedade, as relações sociais e de poder, as lideranças comunitárias, religiosas e também do tráfico¹². Conhecer as fragilidades, as violências, as opressões de classe, testemunhando os dramas, ouvindo e acolhendo sofrimentos, elevando a voz junto com as vozes também insubmissas da comunidade cuja convivência desencobridora das inverdades instiga reações e organização contra a “ordem das coisas¹³”, eis um campo

le (2004), as autoras consideram que esses territórios ditos de exceção, na verdade, são espaços de práticas e políticas da vida que constroem práticas e políticas regulatórias e disciplinares que também se configuram no que chamamos de Estado. Tais margens não são geografias de exceção onde o Estado tem que entrar para conter; ao contrário, são locais onde o Estado é cotidianamente formado.

12 Consideramos que o combate ao “tráfico de drogas” (e seus demonizados traficantes, em geral jovens afrodescendentes moradores das periferias) se configura como mais uma política estatal de controle/poder econômico (lembrando que o narcotráfico está entre as atividades criminosas mais lucrativas do mundo) e criminalização da pobreza - uma pobreza, nas palavras de Bauman (2000), hoje sem destino, devendo ser isolada, neutralizada e destituída de poder.

13 Para Bourdieu (2012) a “ordem das coisas” se refere ao que funda-

de intervenção do Serviço Social nesses espaços complexos, contraditórios e tornados potentes também pela nossa presença tecnicamente instigante.

É, então, no trabalho no território que são reveladas as atuais manifestações da questão social - considerada matéria-prima do nosso trabalho profissional (IAMA-MOTO, 2015) - e as reais necessidades dos vulnerados, expressas na realidade que se materializa na convivência com as pessoas, num tempo presente, mas que aporta um passado. Importa, aqui, uma disposição para a troca e construção de saberes com os sujeitos assistidos e outros atores sociais, rompendo com a concepção do instrumental técnico-operativo como “asséptico, neutro, como se sua direção fosse dada, exclusivamente, pela intencionalidade do profissional assistente social”. (GUERRA, 2017, p.182).

Tempo para encontrar e acolher: o nosso primeiro encontro com os sujeitos do cuidado - aqui, pessoas que fazem usos de SPA e/ou seus familiares - precisa ser marcado pelo acolhimento, pela disponibilidade para escutar sensivelmente estes que chegam trazendo consigo todo o seu sofrimento social. Deixá-los falar, eis a primeira intervenção, fazendo-se atentamente presente, com paciência e na busca dos sentidos que brotam das histórias ditas e não ditas. Saber que não está mais sozinho faz toda a diferença para quem chega e para o processo de cuidado, tecido no cotidiano, sensivelmente desvendando: as relações familiares, os medos, as angústias, os preconceitos, as violências da pobreza e das relações, os pedidos feitos ao profissional, dentre outras histórias e questões que vão sendo reveladas, no tempo do respei-

menta e faz acontecer o discurso dominante, neoliberal, contribuindo poderosamente para a realização dos destinos “esperados”.

to, da confiança e do vínculo. É preciso não se precipitar com escutas superficiais e respostas dadas sem a devida compreensão das situações, sempre complexas, considerando que estamos na dimensão do sofrer e do cuidar. Caso, no contexto institucional do atendimento, seja necessária uma resposta ou encaminhamento imediato, lembrar que esta deve ser construída com a pessoa a quem a intervenção será proposta.

Também é indicado não fechar portas, deixando a possibilidade de, em caso de dificuldades para acesso ao serviço encaminhado, retornar para que atuemos na efetivação do direito ao cuidado: garantir a atenção psicossocial diante de uma rede de assistência em geral insuficiente e marcada pela precariedade em todos os níveis tem sido um dos grandes desafios profissionais nesse campo. E apesar do desânimo muitas vezes referido pela categoria, é preciso atentar que este é o trabalho cotidiano: lutar insistentemente por cidadania para todos - interagindo, articulando, informando, inventando e construindo saídas emancipatórias com e na relação social.

Ao mesmo tempo, devemos atentar para nossos próprios preconceitos e dos usuários/familiares/comunidade, considerando que este é um campo permeado por estigmas e ofertas apressadas de solução-cura, em geral pautadas na abstinência e internação como tratamento primeiro, em locais que aprisionam e violam direitos. Então, este também é o momento de desconstruir preconceitos para construir possibilidades, que exigirão toda nossa capacidade pessoal e profissional para superar a racionalidade formal abstrata - que vem influenciando a intervenção profissional de forma empobrecedora, dando sustentabilidade ao padrão de sociedade vigente (GUERRA, 2017).

Tempo para acompanhar e construir processos de cuidado: Aqui, é importante referir que o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial exige de todos os trabalhadores um olhar integral para a construção de processos de saúde com os sujeitos atendidos. Campo e núcleo¹⁴ transversalizam-se continuamente, sem perda das especificidades profissionais. Trabalhamos com o Projeto Terapêutico Singular/Familiar (PTS), que é um conjunto de ações/intervenções construídas com o usuário, sua família e os diversos atores envolvidos na produção da saúde, considerando as dimensões do cuidado inter-relacionadas: individuais, familiares, subjetivas, biológicas, sociais, culturais, educacionais, profissionais, de prazer, dentre outras, identificando fragilidades a serem amparadas e potencialidades a serem investidas, paulatinamente, envolvendo diversos atores e contextos e constituindo uma rede de assistência interdisciplinar, intersetorial, social, afetiva e solidária. É importante dizer que o objetivo principal não deve ser necessariamente a abstinência, mas o bem-estar dos sujeitos, investindo em relações mediadas pela escuta compreensiva e sensível. O controle e a punição – muitas vezes demandados pela família como estratégia de tratamento – devem ser ressignificados através do diálogo respeitoso, que reconhece o outro que se reconstrói nessa relação cotidiana – “seu olhar melhora o meu”. Assim, a redução de danos – que, segundo Nery Filho (2019, p.7) “[...] nasce, se desenvolve e transforma pessoas, cuidadores e pacientes, a partir dos ‘bons encontros’, no reconhecimento recíproco e na

14 Refere-se a relação entre campo de responsabilidade e núcleo de competência em uma equipe de saúde: “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, p.220).

honestidade das diferenças e das diferentes escolhas que cada um(a) pode fazer em suas vidas”. - deve ser uma estratégia tecnicamente utilizada pelos trabalhadores, nas diversas redes intersetoriais de cuidado.

Nos processos de atenção psicossocial no campo da saúde mental, é muito importante respeitar o tempo do outro - mesmo sendo esse outro uma criança e/ou adolescente. Tempo para construir outras saídas para os conflitos e dores que marcam cada fase da vida individual e familiar; tempo para construir alternativas de trabalho e renda para melhoria das condições sociais e de vida; tempo para fazer e refazer laços e construir caminhos onde até parece não haver, com a presença apoiadora da instituição e dos profissionais de referência no tratamento. A flexibilidade da instituição e o respeito dos profissionais para acompanhar os percursos que vão sendo apontados cotidianamente é um grande desafio para toda a equipe de saúde mental e também para os sujeitos do cuidado. Afinal, não são os “nossos projetos de vida”, mas os projetos daqueles que encontramos, relacionados com suas vivências e histórias geracionais, com os sonhos de futuro construídos - ou desconstruídos - a partir dos horizontes sociais e culturais que lhes foi possível acessar ao longo da vida.

Em relação às especificidades do nosso trabalho profissional, considerando a relação campo e núcleo, podemos atuar no “campo”, dentre outras possibilidades, como “técnico de referência”¹⁵, fazendo com o sujeito, a gestão do seu PTS e atuando no papel de mediador junto às instituições e dispositivos a serem acessados con-

15 Técnico de referência é o profissional que está mais próximo do usuário, construindo, monitorando e reconstruindo com ele (usuário) o seu PTS na articulação-diálogo com outros atores importantes no processo de cuidado e a própria equipe gestora do cuidado.

forme seu plano de cuidado, bem como com as próprias equipes intersetoriais acessadas. É importante ter como horizonte a autonomia dos sujeitos na condução das suas vidas e, neste sentido, é preciso investir na ampliação das redes sociais e de apoio. No núcleo, podemos atuar no sentido do acesso às políticas sociais que melhorem as condições de vida do sujeito-família, transpondo o caráter emergencial das demandas com estratégias de mobilização e participação social.

Tempo de encontros e convivências: Ao longo da nossa trajetória profissional, aprendemos sobre a potência dos bons encontros a dois, a três ou *entre* vários. Convivências com e entre os diferentes sujeitos que habitam ou circulam no território – usuários, comunidade, comerciantes de mercadorias lícitas e ilícitas, profissionais, professores, militantes e religiosos dentre tantos outros. Neste sentido, precisamos sair da instituição em movimentos de ocupação do território, peripateticamente¹⁶, mas precisamos também abrir as portas das instituições de saúde mental e fazer entrar, construindo laços e dialogando sobre saúde e cidadania, poesia e música, filosofia e política, dentre outras temáticas construídas com os participantes, de forma estruturada ou apenas *sendo presença* numa ação de “contra estigmatização” destes sujeitos tornados “drogados” (TORRENTÉ; PRA- TES; BORGES, 2015). Mas é importante atentar que esta é uma convivência técnica, tem uma intencionalidade, qual seja: promover saúde – numa perspectiva ampliada -, que implica sempre o outro, num investimento na sociabilidade que nos faz e refaz cotidianamente.

16 Clínica Peripatética é o termo utilizado por Antonio Lancetti (2006) para se referir as experiências clínicas realizadas em movimento, nas caminhadas e conversações entre profissionais e usuários nos espaços da cidade.

Nós, assistentes sociais do/no campo da atenção psicossocial, precisamos conhecer as pessoas na vida, transitando e ocupando os diversos espaços do território e da cidade – teatro, cinema, universidade, biblioteca, praia e praças dentre outros - com os sujeitos do cuidado. Eles nos acompanham, nos apresentam, nos ensinam e fazemos juntos intervenções “reduzoras de danos”, sendo a convivência a própria intervenção, com a mudança de lugar de sujeito-usuário de drogas para sujeito-usuário-reduzidor de danos, experimentando ambos – profissional e usuário – outros “jeitos de andar na vida”¹⁷. E as repercussões dessas andanças ressoam na comunidade, tanto diretamente, com as intervenções socioeducativas e de apoio psicossocial às famílias vulneradas, quanto indiretamente, pelo efeito da nossa presença no território, junto com os usuários, aumentando seu poder de contratualidade, desconstruindo preconceitos, diminuindo atitudes hostis e de violências naturalizadas por eles e pela comunidade. Conforme ressalta Iamamoto (2015), é preciso abandonar a noção estrita de instrumento como conjunto de técnicas e assumir o conhecimento – da realidade e das pessoas - como um meio de trabalho. Nesse sentido,

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho [a questão social, já referida], junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se *condição do mesmo*, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2015, p.62).

17 Mario Testa (1992) entende saúde como o “jeito de andar na vida”.

Tempo de articular redes sociais e militantes: Até este momento enfatizamos a importância dos bons encontros e do fazer profissional em movimentos – no sentido objetivo de um fazer circulante, e no sentido político, em movimentos de articulação e luta social. Esta ênfase não desconsidera, porém, que o nosso campo de atuação profissional é constituído por sujeitos e territórios alvos de violências de todos os tipos – violência da pobreza extrema, violência institucional, violência policial, violência nas relações estabelecidas com o tráfico de drogas, violência concretizada nos racismos, nas relações de gênero, nas barreiras de acesso às políticas públicas diversas; violências presenciadas com os usuários, nas suas relações com o trabalho-sobrevivência, permeadas pela exploração e desqualificação objetiva e subjetiva, com pagamento irrisório ou em troca de comida, numa violência que Espinheira (2001)¹⁸ denomina de “necessária”, referindo-se à submissão a esses modos de relação como condição para sobrevivência. Estas situações de violência fazem parte do nosso cotidiano do trabalho, exigindo competência técnica, com práticas planejadas e posição ético-política que possibilite a construção de novas subjetividades e novos sujeitos sociais, transformando as experiências (de uns e de outros) e os afetos advindos dessas situações em motivação para organização coletiva e luta política.

Na prática, podemos, por exemplo, desenvolver ações socioeducativas (socialização de informações combinadas a processos reflexivos) com uma pedagogia emanci-

18 No estudo “Sociabilidade e violência na vida cotidiana em Salvador”, Espinheira (2001) discute a “violência como necessidade” ou como modo de ser de pessoas que não tiveram oportunidade de construir outras alternativas de sobrevivência e de realização para continuar existindo frente às agressões, ao medo e às frustrações no cotidiano sem perspectivas de futuro.

patória (MIOTO, 2009; ABREU, 2016), nos Pontos da RAPS e/ou nos espaços sociais do território - incluindo ruas e praças - promovendo discussões com os diversos sujeitos - usuários, trabalhadores, comunidade, movimentos sociais - sobre os problemas da vida cotidiana que envolvem a localidade, principalmente àqueles relacionados ao consumo e comércio de SPA, desconstruindo preconceitos que marginalizam os usuários, investindo na construção de respostas coletivas, a partir da organização e participação social, numa perspectiva democrática e libertária.

Por certo, o acolhimento e o acesso ao cuidado para/ com as pessoas que fazem uso de SPA e seus familiares ainda é um grande desafio para os trabalhadores da RAPS e especialmente para nós, assistentes sociais que atuamos a partir de/para a efetivação dos direitos sociais. Os preconceitos e estigmas aos usuários e ao modelo de atenção de base comunitária e em liberdade, apoiado na redução de danos e ratificados nos marcos políticos e legais, contrapõem-se, na prática, às ofertas de tratamento da rede de saúde e assistência social em geral. Por outro lado, o diálogo com a comunidade, com trabalhadores e gestores propicia constatar que, ao instigar e apoiar a rede intersetorial formal e informal a favor do cuidado às pessoas que fazem uso de SPA e seus familiares, ela responde, ainda que, por vezes, a partir de uma posição moral e com muito despreparo técnico. Neste sentido, é importante buscar qualificar as discussões no campo, especialmente nos espaços por onde circulam os usuários, objetivando o fortalecimento e ampliação das redes de apoio e cuidado, institucionais e comunitárias, gerando diálogos que construam saberes práticos e sentimento de pertencimento. Partimos do pressuposto de que é a rede viva, de pessoas/profissionais, em movimentos dia-

logantes, que viabiliza acessos variados e constrói caminhos para a produção de vida social e política.

Algumas considerações

Nós, assistentes sociais trabalhadoras/es do campo da saúde mental encontramos todos os dias com pessoas marcadas pelas violências e pelo sofrer. Chegam de várias formas – e muitos nem chegam – na esperança de encontrar uma resposta, que não se tem de imediato, mas que pode ser construída com eles, no amparo e compartilhamento da sua dor, tornada coletiva e política. Lutamos no cotidiano, lado a lado com os sujeitos do cuidado, fazendo do sofrimento social, resistência, nos posicionando e confrontando a lógica perversa que retira dos desvalidos sociais, o tempo e o futuro.

Enquanto sujeitos e agentes de mudanças da realidade social, não podemos ser guiadas/os por preconceitos e representações moralistas em relação às SPA e seus usuários. Temos o compromisso ético-político de apreender conteúdos teóricos e políticos necessários à atuação profissional e transformando-os em saberes práticos, nascidos na experiência-formação, que se permite passar pela avaliação-crítica, pela revisão-reconstrução, pela pesquisa-ação.

Mas, nesse processo, não devemos desconsiderar que nós, assistentes sociais, somos também portadoras/es e captadoras/es de sonhos, desejos e de vontades. Situamo-nos no tempo e no espaço com a singularidade contextual que marca nossas trajetórias de vida. Temos historicidade e, portanto, também não somos livres, mas estamos em busca da liberdade. No campo profissional, somos atravessadas/os pela concretude das relações de poder, cabendo-nos encontrar com os diversos sujeitos,

as saídas emancipatórias, mas direcionadas/os fielmente pela posição ético-política que sustenta nossa profissionalidade, sem deixar-nos enganar por simulacros. É certo, também, que não podemos atuar no campo da Saúde Mental sem alguns pontos de ancoragem, sem uma “ética do cuidado”- que nos remete imediatamente para a centralidade dos sujeitos nas nossas práticas, tendo como fundamento e direção o dizer de Basaglia (2005)¹⁹ de que “a liberdade é terapêutica”. Que persista em todas e todos nós, assistentes sociais, o desejo revolucionário de mudança social.

Referências

- ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura:** perfis pedagógicos da prática profissional. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde Mental, políticas e instituições:** programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/ FIOCRUZ, EAD/ FIOCRUZ, 2003.
- BARROCO, M. L. S. *Ética e Serviço Social:* fundamentos ontológicos. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social:** fundamentos e história. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assisten-

19 Franco Basaglia era psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática, influência importante para o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

- cial em saúde mental. Disponível em: <https://bit.ly/3q-1wBbK>. Acesso em: 30 jul. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://bit.ly/3M-Q27mQ>. Acesso em 21 jul.2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Disponível em: <https://bit.ly/3q3ZHar>. Acesso em: 30 jul. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Disponível em: <https://bit.ly/3w5EZKZ> Acesso em: 30 jul. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3NOFBHY>.
- BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Revogada. Disponível em: <https://bit.ly/3JbFpDe>. Acesso em: 30 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 30 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3JfwsJ5>. Acesso em: 30 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dis-

por sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3w7kbTw>. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Código de Ética do/a assistente social. **Lei nº 8662/93 de regulamentação da profissão**. 10 ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: relatório final**. Brasília, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência Saúde Coletiva**. 12. ed., n. 4, p.849-859, 2007.

DAS, V.; POOLE, D. El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. Traducción: María Daels y Julia Piñeiro. **Cuad. antropol. soc.** Buenos Aires, n. 27, p.19-52, jul. 2008.

DELGADO, P. G. G.; LEAL, E. M.; VENÂNCIO, A. T. **O Campo da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia - Te Corá, 1997.

ESPINHEIRA, G. A dimensão social e o quadro de vulnerabilidade. *In: Centro Antigo de Salvador - Plano de Reabilitação Participativo*. Salvador, p.228-261, 2009.

- ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. *In*: União Européia; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas.** Paris: Éditions Scientifiques; ACODESS, p.11-18, 2002.
- ESPINHEIRA, G. Sociabilidade e violência na vida cotidiana em Salvador. **Bahia Análise & Dados.** Salvador-BA. SEI, v. 11, n. 1, p.8-16, jun. 2001.
- GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere.** v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.
- GUERRA, Y. Racionalidades e Serviço Social: o acervo técnico - instrumental em questão. *In*: SANTOS, C. M.; BACKY, S.; GUERRA, Y. (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- LANCETTI, A. **Clinica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- MIOTO, R. C. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, 2009.
- NERY FILHO, A. Prefácio. *In*: SURJUS, L. T. L.; SILVA, P. C. (orgs.). **Redução de danos: Ampliação da vida e materialização de direitos,** p.7, 2019.

- NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. *In: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.*
- NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- NETTO, J. P. Transformações Societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *In: **Serviço Social e Sociedade.** n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.*
- PEREIRA, P. A. P. A intersetorialidade das Políticas Sociais na perspectiva dialética. *In: **Intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais.** Campinas, SP: Papel Social, 2014.*
- SANTOS, C. M. **Na prática a teoria é outra:** mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.
- SANTOS, C. M.; BACKY, S.; GUERRA, Y. (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social:** desafios contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- SANTOS, C. M.; SOUZA FILHO, R.; BACKX, S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. *In: SANTOS, C. M.; BACKY, S.; GUERRA, Y. (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social:** desafios contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.*
- TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O Projeto Ético Político do Serviço Social. *In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais.* Brasília, 2009.

- TORRENTÉ, M.; PRATES, A; BORGES, A. O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em saúde mental. *In*: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (org.). **O otimismo das práticas**: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental. Salvador: EDUFBA, 2015.
- VON FLACH, P. M. Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos. **Instituto de Saúde Coletiva**. Universidade Federal da Bahia. Salvador-Bahia, 2019, 327f.
- WACQUANT, L. **Os condenados da cidade**: estudos sobre marginalidade avançada. Tradução João Roberto Martins Filho *et al.* 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2005, 204p.
- YASBECK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, 2009.

A política de saúde mental e drogas no Brasil: tendências contemporâneas

Rosiane Oliveira da Costa

Alessandra Ximenes da Silva

Introdução

O presente artigo objetiva analisar a política de saúde mental e drogas no Brasil, destacando as principais tendências contemporâneas que resultam de forte ofensiva executada no último governo de Michel Temer e no atual de Jair Bolsonaro.

As ações conservadoras e retrógradas desses governos condizem com a continuação e aprofundamento da perspectiva mercadológica da saúde, inclusive da saúde mental, e a ideologia proibicionista (guerra às drogas) no país.

Aumentam-se as tensões da afirmação do direito à saúde em nosso país, principalmente devido às contrarreformas realizadas que favorecem os grandes empresários das aglomerações hospitalares, a indústria farmacêutica e outros setores capitalistas que contribuem com a lógica neoliberal de mercantilização da saúde e desrespeitam os pressupostos dos direitos humanos.

Nesse sentido, é necessário compreender o contexto hodierno e refletir sobre os rumos da saúde, particularmente da saúde mental e drogas, considerando todo o

contexto de ofensiva aos direitos conquistados pela classe trabalhadora. De acordo com Soares (2018), a classe trabalhadora tem enfrentado a maior ofensiva da história do Brasil contra o conjunto das conquistas civilizatórias de nosso Estado.

Após este sucinto preâmbulo, a intenção das autoras deste trabalho consiste em refletir sobre a temática à luz da teoria crítica, utilizando a análise documental da *Resolução nº 32/2017* do Ministério da Saúde, *Resolução nº 01/2018* do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), *Decreto nº 9.761/2019*, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (Pnad); a *Lei nº 13.840* (“Nova Lei de Drogas”), endossada pelo Ministério da Justiça; e por último, a *Lei nº 13.886/2019*, que promoveu importantes alterações na lei do FUNAD – destacando-se o conservadorismo e as disputas ideológicas existentes nessas normativas.

Para tanto, nas seções seguintes, serão analisadas as tendências que se apresentam nas contrarreformas no campo da saúde mental e drogas.

A Contrarreforma na Política Nacional de Saúde Mental no Brasil

Nas últimas décadas, ocorreu uma verdadeira expropriação de direitos sociais e trabalhistas, principalmente, a partir das transformações societárias pós-crise dos anos 1970 com a impulsiva disputa de classe e a forte manifestação do caráter estruturalmente conservador do Estado capitalista (BOSCHETTI, 2018).

É justamente no contexto de recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo, materializado no governo ilegítimo de Michel Temer (2016-2018), que se presencia a reatualização do conservadorismo (neoconservadorismo) como forma ideológica dominante da ordem capitalista.

Ao Estado cabe a função coercitiva de reprimir todas as contestações sobre esse modo de dominação (BARROCO, 2015).

O Governo de Temer representou os setores mais reacionários e conservadores da sociedade brasileira, aliado à burguesia. Trata-se de um “projeto político ultra neoliberal [sic], assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto [sic] ao capital internacional” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Entre as ações governamentais realizadas no âmbito da saúde mental, a contrarreforma na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) realizada no governo Temer se configurou como a maior ofensiva desde o movimento da Reforma Psiquiátrica. Isso porque a Resolução nº 32/2017 e a Resolução nº 01/2018, colocaram novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos e na ampliação do financiamento e legitimação das comunidades terapêuticas no rol dos serviços da RAPS para as pessoas com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas.

A Resolução nº 32 foi aprovada no final do ano de 2017, pelo gestor público federal responsável pela área, Dr. Quirino Cordeiro Júnior, em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em Brasília, sem que houvesse nenhum debate com participação da sociedade. Logo, observamos que, em um espaço onde deveria acontecer diálogo, há, na verdade, uma forte “democracia” blindada por interesses da classe dominante (DEMIER, 2017).

As medidas adotadas pelo então governo contribuíram para o desmonte dos serviços já existentes no campo da saúde e para um reforço do conservadorismo nas

políticas sociais, especialmente nas políticas de saúde mental e drogas.

Nesse contexto, destacamos, diante da contrarreforma da saúde mental, algumas tendências: o subfinanciamento e desfinanciamento da Política Nacional de Saúde Mental; e a inclusão dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas na RAPS, contrariando toda a luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica, como será discutido a seguir.

O subfinanciamento e desfinanciamento da Política Nacional de Saúde Mental

A discussão acerca do financiamento da política de saúde tem sido um processo difícil e tenso no contexto da barbárie do tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise, como apontam Carnut e Mendes (2020).

Esse debate sobre a política de saúde e seu financiamento deve ser compreendido num contexto de apropriação do Fundo Público pelos interesses privados para redirecionar os recursos que são destinados às políticas sociais para o âmbito econômico. Para Oliveira (2017), a apropriação do fundo público destinado à política de saúde e nela a política de saúde mental são expressas pelo subfinanciamento da saúde, bem como pelos gastos direcionados ao mercado privado da saúde.

Nestes tempos de supremacia do capitalismo imperialista financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo, assim, riscos à saúde universal e ensejando aumento dos ataques aos direitos sociais e à saúde (MENDES, 2017).

Em seus estudos sobre os gastos da política de saúde mental, Edineia Oliveira (2017) destaca que o financiamento da saúde mental ganha uma maior ênfase a par-

tir de 2010, isso porque, com o aumento do consumo de *crack* a partir de 2008 e a visibilidade dada pela mídia, o tema “drogas” ganhou relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental. A partir da visibilidade dada, é possível monitorar o direcionamento dos recursos destinados aos gastos do programa Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde.

Como a autora acima menciona, é perceptível que houve uma crescente tendência no período de 2007 a 2010, chegando a 2,7% do montante dos recursos destinados à saúde, entretanto, a partir de 2010, a tendência foi decrescente, com queda em 2014, recuperação em 2015 e novamente queda acentuada em 2016 (1,6%).

O grande desafio atual para o financiamento do SUS é o congelamento, até 2036, das despesas primárias do governo federal determinado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC/95), que estabelece o Novo Regime Fiscal e congela as chamadas despesas primárias, entre elas, a saúde, por vinte anos, inviabilizando o desdobramento dos serviços do SUS (SALVADOR, 2017). Assim:

[...] nos deparamos com uma das maiores medidas de austeridade defendida pelos arautos do capital financeiro, correspondendo ao tacão de ferro no histórico subfinanciamento do SUS: a EC 95/2016. Esta impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. [...] os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. (MENDES, 2017, p. 5).

Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamen-

to com a EC/95, configurando, nas palavras de Carnut e Mendes (2020, p. 26), “um quadro de aniquilamento, ‘a conta-gotas’ das tentativas de construção de nosso sistema universal”.

Nos últimos dois anos, 2018 e 2019, houve uma perda acumulada de R\$ 9,7 bilhões no financiamento do SUS. A projeção da perda, que será crescente (se crescente for o crescimento da economia), importará em mais ou menos R\$ 200 bilhões em 20 anos (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Nesse contexto, é perceptível que, após a derrubada do governo “indesejável”, foi possível incrementar com toda força os programas neoliberais de ajuste econômico e expropriar os direitos sociais. Diversas iniciativas são tomadas no sentido de maior regressividade na história brasileira e de contrarreformas que afetam a vida da classe trabalhadora, como será discutido nas próximas seções.

Retorno aos hospitais psiquiátricos: um mix de passado e presente

A contrarreforma realizada no âmbito da PNSM atende aos critérios do ideário neoliberal para o tratamento dos sujeitos com transtornos mentais, uma vez que a Resolução nº 32/2017 disciplina já em seu artigo 1º que para fortalecer as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluirá como dispositivo/componente da rede os Hospitais Psiquiátricos especializados.

Esse desiderato é reafirmado na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, na qual o Ministério da Saúde afirma que “não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar” (BRASIL, 2019d, p.

3-4). Ou seja, o hospital psiquiátrico terá espaço e financiamento garantido dentro da RAPS.

Isso representa um retrocesso em toda a luta do movimento pela Reforma Psiquiátrica, pois rompe com o processo de superação da lógica manicomial que vinha sendo construída em nosso país e nos leva ao contexto sombrio de 30 anos atrás.

Na contramão do fortalecimento dos hospitais psiquiátricos por esses governos neoliberais ortodoxos e neofascistas, no final do ano de 2019, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou um relatório de inspeção nacional nos hospitais psiquiátricos – foram inspecionados 40 (quarenta) hospitais. No documento, ficam explícitas a falta de estrutura para funcionamento dos locais, a insuficiência dos profissionais para atender a demanda dos usuários e, por conseguinte, a violação dos direitos humanos.

A realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos é de cotidiana violação de direitos humanos, pois pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental são tratadas de forma degradante, sendo submetidas a qualquer tipo de “atendimento” sem que haja preocupação com a qualidade da assistência prestada, na contramão das diretrizes de atenção à saúde definidas pelo SUS. Foram identificadas diversas situações de violação de direitos humanos que apontam para práticas de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, além de denúncias de estupro, violência de gênero, desrespeito a crença, revista vexatória como método institucional e imposição de religião como método terapêutico (CFP, 2019).

Nesse sentido, o relatório da inspeção nacional vem corroborar ainda mais o anacronismo existente na inclusão dos hospitais psiquiátricos como serviço na RAPS.

Nos últimos 20 anos, a política de saúde mental brasileira adotou uma proposição antimanicomial, com o desígnio de finalizar um longo e tenebroso histórico de sofrimentos, abusos, violações e violências ocorridos nos hospitais psiquiátricos. Portanto procurou desconstruir o modelo manicomial e hospitalocêntrico, redirecionando o financiamento e as políticas para serviços não hospitalares, de caráter comunitário, com tratamento em liberdade e garantia de direitos – os CAPS. Caso existisse um quadro grave e a necessidade provisória de internação (não mais definitiva, tal como era antes), o paciente poderia ser internado em leitos psiquiátricos, preferencialmente os leitos especializados em hospital geral, exatamente para evitar o estigma e a iatrogenia do modelo manicomial (ALMEIDA, 2020).

No que diz respeito à Resolução nº 32/2017, observa-se que apresenta algumas contradições, uma vez que em seu artigo 5º veda “[...] qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados” (BRASIL, 2017); e no artigo 9º determina a ampliação da “[...] oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017). Contrária, desse modo, os pressupostos de luta e defesa da Reforma Psiquiátrica e o disposto na Lei nº 10.216/2001 e na Portaria GM/MS nº 3.088/2011.

Em consonância com essas ações na política de saúde mental, oficializam-se as instituições denominadas de comunidades terapêuticas como parte integrante dos serviços de saúde.

Inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS: contribuição ao ideário neoliberal

A inserção das Comunidades Terapêuticas nos serviços de saúde contribui com a lógica neoliberal de minimizar as ações do Estado para a classe trabalhadora e maximizar sua função para o capital, uma vez que desresponsabiliza o ente estatal da execução da política e institucionaliza o repasse de recursos de fundo público ao capital privado, ocasionando efeitos em todos os setores da vida social dos sujeitos com problemas relacionados às substâncias psicoativas.

As medidas neoliberais são incorporadas nas políticas sobre drogas de modo que a sua execução tem sido transferida à sociedade civil, especialmente ao terceiro setor. São implementadas ações públicas segundo a lógica do mercado, através de um *mix* público e privado (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Ao mesmo tempo em que o Estado traz para si a responsabilidade no estabelecimento de diretrizes, objetivos e custeio do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, abre o precedente para que esse cuidado seja executado por instituições com interesses particulares e objetivos orientados nem sempre para a cidadania ou para o bem público, mas para a lógica de lucro do capital. Em todos os sentidos, os resultados têm uma apropriação privada, até mesmo no plano simbólico, uma vez que podem levar ao sentimento de gratidão pelo recebedor de serviços e à interpretação de seu oferecimento como dádiva, ou seja, uma fetichização do serviço de saúde como caridade (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Assim, a Resolução nº 32, que materializa a contrarreforma da PNSM, trata em seu artigo 11 sobre a inclusão das comunidades terapêuticas nos serviços da RAPS: “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação às Comunidades Terapêuticas”

(BRASIL, 2017). Esse trecho legal é retrógrado na medida em que essas instituições já foram denunciadas por várias irregularidades. A maioria dessas comunidades está interligada a grupos religiosos com embasamentos morais e conservadores que se harmonizam com o ideário imperialista neoliberal (CFESS, 2017).

As forças e os interesses que moveram a institucionalização das Comunidades Terapêuticas no SUS não desapareceram após a definição de normas. Esses movimentos seguem a construir caminhos institucionais para além do âmbito do SUS. Ao se aliar com o poder judiciário e com o poder legislativo, a institucionalização das internações compulsórias e involuntárias cria um atalho institucional que tem força política de definir os rumos dessas instituições, conforme assegura Souza (2018).

As Comunidades Terapêuticas, apesar de fazerem parte da RAPS, não apresentam os mesmos critérios éticos e técnicos, pois há ausência do conceito de saúde ampliada e dos critérios de acolhimento pautados na lógica da Redução de Danos, que está articulada com os pressupostos dos direitos humanos.

Essas instituições têm o potencial latente de serem estabelecimentos que, apesar de regulados por normas do SUS, funcionem como o correlato institucional de medidas autoritárias que têm o poder legal de desconsiderar as normas que as regulamentam (SOUZA, 2018).

Essas medidas autoritárias no âmbito das ações para tratamento aos sujeitos com problemas relacionados a um determinado padrão de consumo de substâncias psicoativas fazem parte da dinâmica que envolve as políticas sobre drogas no Brasil, uma vez que a lógica prevalente é o proibicionismo (guerra às drogas), como veremos a seguir.

A Política sobre Drogas no Brasil

A visibilidade no debate crítico sobre as substâncias psicoativas acontece em meados dos anos de 1990, todavia encontra um contexto extremamente adverso para seu aprofundamento e consolidação, visto que nesse contexto foram implementadas as medidas de austeridade do receituário neoliberal, como destaca Brites (2017).

Na atual política de controle das drogas, o discurso médico de proteção à saúde ocupa papel de destaque. Apesar dessa retórica, interesses econômicos moldam tal política em diversos aspectos. Por exemplo, nota-se que, de maneira contraditória, drogas proibidas, de consumo semiclandestino, coexistem com substâncias “terapêuticas” legais fabricadas pelas grandes indústrias multinacionais (BOITEUX, 2015).

Assim como a Saúde Coletiva, a abordagem de Redução de Danos também é constrangida pelo proibicionismo, que hoje mantém o traço de servir a interesses velados de frações de classes; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas; de enevoar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre determinados segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia (LIMA; TAVARES, 2012).

Boiteux (2019) contribui na discussão afirmando que, apesar de existir o mito da democracia racial e da cordialidade brasileira, o racismo estrutural no Brasil formata o controle social e as políticas de repressão, especialmente na política criminal de drogas, com reflexos no hiperencarceramento de pessoas negras. Logo,

Nota-se a continuidade entre o navio negreiro, a senzala, as favelas e as celas da prisão como espaços destinados aos negros na perspectiva do controle social em uma sociedade racista, de passado escravocrata, que lhes nega direitos. O fato do Brasil e os Estados Unidos, de passado escravocrata, estarem entre os três países que mais encarceram no mundo já indica a resposta. (BOITEUX, 2019, s. p.).

A atuação cotidiana das ações policiais é um reforço da seletividade penal racial e social, com intensificação da criminalização de grupos populacionais específicos.

Ao invés de uma política para a promoção da vida e do bem viver, executa-se uma política que redundando na produção de mortes, sofrimentos e ódio, operada por um mecanismo estatal de execuções extrajudiciais que, a partir de institutos médico-legais, delegacias, fóruns e tribunais, é repercutido pela mídia e encontra ressonância em uma parte da sociedade (MEDEIROS, 2019).

A abordagem proibicionista utilizada no âmbito das substâncias psicoativas tem contribuído para limitar outras ações nesse campo, como, por exemplo, aquelas direcionadas à política de saúde que deveria ser a basilar. Por conseguinte, cria tendências ao tratamento dos sujeitos com problemas decorrentes de um determinado padrão de relação com as drogas que correspondem à lógica conservadora presentes nas políticas sociais brasileiras, especialmente as direcionadas ao âmbito da saúde mental e drogas.

Desse modo, sinalizamos como principais tendências diante de nossas análises: a) a abstinência numa perspectiva de individualização do sujeito que tem o fracasso ou sucesso frente a um determinado padrão de uso das

drogas; b) o encarceramento dos sujeitos através da medida de internação involuntária e composição das comunidades terapêuticas que foram incluídas como serviço de saúde; e c) a nova forma de financiamento da política sobre drogas no Brasil.

A abstinência: a ideologia do fracasso ou sucesso individualizado na sociedade capitalista neoliberal

A defesa da abstinência e do proibicionismo ficou conhecida como movimento pela temperança e originou-se no início do século XIX, como destaca Carneiro (2018), contudo, no final daquele século, esse movimento já se transformara na defesa da proibição e da abstinência para toda a sociedade. Para o autor, o movimento pela abstinência nasceu numa vertente do neoprottestantismo britânico e estadunidense, chamado de evangelicalismo.

Isso porque a crise do capital proporciona também o aumento do fundamentalismo religioso, que contribui para o investimento da direita e sua hegemonia conservadora de se afirmar na sociedade. Busca-se, assim, reacender no imaginário das massas os artifícios com caráter cada vez mais moralista e conservador, antes adormecidos e que acordam a todo o vapor no ideário neoliberal (DENADAI, 2015).

É a partir da adoção desse discurso e dessas práticas conservadoras, em um cenário de regressão dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora, que o Congresso brasileiro vem atuando no campo das legislações sobre as drogas.

Nesse sentido, é aprovada sob a ótica capitalista e a reboque do recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo no governo conservador e ilegítimo de Michel Temer,

a *Resolução nº 01/2018* do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Em seu artigo 1º, inciso III, normatiza a “[...] ampliação e reorganização da rede de cuidados, [...] promoção da saúde, *promoção da abstinência*, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes” (BRASIL, 2018, grifo nosso).

Essa defesa na ampliação da rede com vistas à promoção da abstinência reforça a ideologia proibicionista hegemônica e dificulta as ações em torno da saúde coletiva com a estratégia da redução de danos, que, em sua visão mais humanitária e com direcionamento nos direitos humanos, não exclui a possibilidade de que o indivíduo queira ficar abstinente, mas dá para ele outras possibilidades para além da interrupção total do uso de substâncias psicoativas.

Essa estratégia da abstinência como regime de visibilidade se sustenta em torno dos sujeitos usuários que se tornaram contraproducentes ao modo de produção capitalista. Assim, a perspectiva de fracasso ou sucesso nesse âmbito não é algo estranho em nosso cotidiano, diante do ideário neoliberal de individualização das manifestações das expressões da questão social.

Em consonância com as propostas do antigo governo, em 2019, o governo de Jair Bolsonaro cria o *Decreto nº 9.761/2019*, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Entre os objetivos da “nova” PNAD, estão:

Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica [...].

[...] garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas [...] (BRASIL, 2019a).

Há sempre uma ênfase na abstinência como suposto “modelo ideal” para o tratamento. Isso representa um retrocesso, visto que as práticas pautadas em redução de danos não são necessariamente focadas somente na questão do uso e abuso de drogas, mas, sim, na perspectiva do cuidado que permeia a saúde e a viabilidade da garantia de direitos dos sujeitos. Acrescenta-se nesse conjunto, infelizmente, a inclusão das CTs nos serviços públicos de saúde, apesar de todo o histórico de denúncia de violação aos direitos humanos. Isso se constitui como uma junção própria do conservadorismo presente nas ações para o âmbito das substâncias psicoativas.

Sobre o aspecto da prevenção, o Decreto nº 9.761/2019 destaca que:

[...] As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar [...] considerados os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência. (BRASIL, 2019a).

Há uma ambiguidade no discurso acima, uma vez que se defendem ações pautadas em princípios que respeitem os sujeitos, mas, ao mesmo tempo, promove-se a manutenção da estratégia da abstinência, que não possibilita os sujeitos a escolha da melhor intervenção de tratamento diante de suas particularidades, singularidades

e contextos. Sobre essa perspectiva de tratamento, o Decreto nº 9.761/2019 apresenta:

As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas [...] o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência [...] (BRASIL, 2019a).

Fica em evidência a unificação da estratégia da abstinência como prioritária, sem possibilitar ao sujeito usuário outro modo de abordagem. Para Souza (2018), no campo da saúde a abstinência, evidencia-se a estratégia disciplinar que se apoia no fracasso do usuário. Mas, no campo mais amplo da política repressiva, devemos atentar para o fato de que as *críticas do fracasso* não fazem mais do que supor que há em curso uma repressão generalizada às drogas.

As mudanças na PNAD reiteram a política de encarceramento em massa dos sujeitos, principalmente da população desfavorecida. Nos casos em que não é admissível prender, ao Estado resta a alternativa de terceirizar a responsabilidade sobre esses sujeitos, internando-os em instituições que, a despeito de suas particularidades, culpabilizam e submetem os internos a uma reforma moral-religiosa, como é o caso das comunidades terapêuticas.

Encarceramento dos sujeitos: uma análise a partir das comunidades terapêuticas e das internações involuntárias

As alegadas preocupações sociais e de saúde com os sujeitos usuários de drogas, especialmente o *crack*, alar-

deadas pela mídia patronal, merecem ser analisadas para além de sua aparência humanitária, conforme assegura Brites (2013).

Em sequência à lógica neoliberal ortodoxa e às ações retrógradas no campo da saúde mental e drogas, em 2019, é instituída a Lei nº 13.840 (“Nova Lei de Drogas”), influenciada pelo Ministério da Justiça. Sobre o acolhimento dos usuários nas CTs, o artigo 26-A da citada lei destaca:

Oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito [...]; ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal [...]; avaliação médica prévia; elaboração de plano individual de atendimento; vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas. (BRASIL, 2019b).

Muitos desses incisos mostram-se contraditórios, se comparados com a análise do *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2017. Nesse relatório, fica evidente a violação dos direitos humanos no tratamento dos usuários nessas instituições que sofrem com a falta de estrutura, de profissionais especializados e de atenção de acordo com as especificidades de cada sujeito internado.

Sobre a internação dos sujeitos, o parágrafo 3º do artigo 23-A da Lei nº 13.840/2019 apresenta os 2 (dois) tipos de internações: a) a internação voluntária (aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas); e b) a internação involuntária (aquela que se dá, sem o

consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida).

Essa abertura para que qualquer responsável legal ou servidor de áreas de saúde, assistência social ou de órgãos integrantes do SISNAD possa solicitar a internação involuntária é preocupante, uma vez que, nos últimos anos, houve uma crescente discussão tanto em relação ao número de usuários de drogas quanto a respeito da ampliação dos debates sobre a necessidade de leis mais severas e com viés punitivo, que contribuíssem para a contenção do tráfico e do uso de drogas.

Conforme Brites (2013), a internação involuntária assim como a compulsória se caracterizam como canto de sereia, pois o canto da sereia é belo, irresistível e fatal, uma vez que leva quem o ouve a uma viagem sem volta ao fundo do mar. Metaforicamente, esses tipos de internação encarnam os atributos desse canto. Belo, porque harmonioso em defesa da vida, da integridade e da solidariedade. Irresistível, porque ecoa promessas imediatas e definitivas nos ouvidos cansados de ouvir lamentações de dor, perdas e violências. Entretanto, fatal, porque anuncia o irrealizável e retrocede em conquistas.

A lógica da institucionalização dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, está inserida no mesmo vestígio histórico das pessoas com transtornos mentais. Sob a mesma justificativa do cuidado moral e ocupando o mesmo papel que a loucura ocupou historicamente (e ainda ocupa em nosso país), os sujeitos com problemas decorrentes de determinado consumo de substâncias psicoativas são submeti-

dos à privação de liberdade, também sob o falso manto do cuidado (CFP, 2019).

Os sujeitos que fazem uso de drogas e aqueles com transtornos mentais são conectados pelo mesmo arcabouço normativo nacional e internacional. Desse modo, a garantia do consentimento livre e esclarecido sobre seu tratamento, o direito à recusa de se tratar, a perspectiva de cuidado em liberdade, de maneira comunitária, a ilegalidade da internação compulsória para fins de tratamento e a possibilidade de internação involuntária somente em situações de emergência são dimensões de garantias que devem ser observadas aos sujeitos com problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil (CFP, 2019).

Entretanto, as legislações e as políticas sociais direcionadas para o campo das substâncias psicoativas são permeadas pela lógica do proibicionismo, que favorece os desdobramentos do neoliberalismo na sociedade. E isso implica na construção de estratégias para os sujeitos com problemas relacionados a um determinado padrão de consumo de drogas e influencia no direcionamento dado ao financiamento no âmbito das substâncias psicoativas, como será discutido a seguir.

Nova forma de financiamento da Política sobre Drogas no Brasil: subsídios para o fortalecimento do proibicionismo e das Comunidades Terapêuticas

O financiamento das ações, projetos e programas relacionados à política sobre drogas fica sob a responsabilidade do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), criado e disciplinado pela Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, denominado, à época, de Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB).

Entre as mudanças ocorridas em 2019, houve a Medida Provisória nº 885, convertida na Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019, que promoveu importantes alterações na lei do FUNAD, entre elas, foi estabelecida a distribuição, por meio de transferência voluntária, de 20% a 40% dos recursos provenientes da alienação de bens apreendidos em decorrência do tráfico de drogas às polícias estaduais e distrital, responsáveis pela apreensão.

As providências foram tomadas no sentido de aprimorar e ampliar a arrecadação do FUNAD, para contribuir com a execução de políticas públicas sobre drogas. Destacamos que, por ser um órgão interligado ao Ministério da Justiça, o posicionamento corresponde à lógica do proibicionismo predominante no país.

A Lei nº 13.840/2019²⁰ acrescenta a questão do financiamento das políticas sobre drogas. Em seu artigo 67-A estabelece que “os gestores e entidades que recebam recursos públicos para execução das políticas sobre drogas deverão garantir o acesso às suas instalações, à documentação e a todos os elementos necessários à efetiva fiscalização pelos órgãos competentes”. Nesse aspecto, muitos órgãos têm elaborado relatórios de suas fiscalizações, destacando irregularidades em algumas instituições e a precarização na infraestrutura, funcionamento e nas equipes dos locais, a exemplo das CTs.

Contudo, as CTs foram incluídas oficialmente nos serviços de saúde. Mesmo diante de várias denúncias de recusa aos direitos humanos e uniformização na estratégia de tratamento (abstinência), como imposição ao

20 A Lei nº 13.840/2019 alterou a Lei nº 11.343/2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas, além de ter efetivado outras providências.

usuário e único caminho apresentado, essas instituições receberam maiores investimentos a partir de 2019, contrariando a luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a proposta da saúde coletiva através da Redução de Danos como uma estratégia que visa à integralidade do cuidado ao sujeito.

A Lei nº 7.560/1986 funcionará com a inclusão do art. 5º-B²¹, que institui que “a Senad, órgão gestor do Funad, fica autorizada a financiar políticas públicas destinadas às ações e atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas acolhedoras” (BRASIL, 2019c). Ou seja, a tendência é o fortalecimento dessas instituições no país, principalmente através das legislações propostas pelo atual governo neofascista no Brasil.

Em concordância com a lógica de expansão e fortalecimento das CTs, o Decreto nº 9.761/2019 (“Nova PNAD”) estimula e apoia, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das CTs e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, prevenção e capacitação continuada.

Conforme André Fábio (2019), o investimento nas CTs, em 2019, triplicou (saltou para R\$ 148,86 milhões) em relação ao ano anterior, que foi de R\$ 46,1 milhões. Atualmente, uma em cada quatro comunidades terapêuticas do país é financiada pelo governo federal²². A nova PNAD

21 Incluído pela Lei nº 13.886, de 2019, que promoveu mudanças na lei do FUNAD.

22 Esse número tende aumentar, uma vez que o então ministro da Cidadania, Osmar Terra, afirmou que o governo federal planeja ampliar, em 2020, o número de vagas em comunidades terapêuticas. De acordo com cálculos apresentados à Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, a expansão de 11 mil para 20 mil vagas exige um investimento de R\$ 92 milhões. Disponível em: <https://bit.ly/3q-0V4xG>. Acesso em: 16 dez. 2019.

instituída no atual governo fortalece ainda mais as comunidades terapêuticas, instituições ligadas a entidades religiosas adeptas da defesa da abstinência como uniformização no tratamento.

Na lógica do capitalismo, mais especificamente na fase do neoliberalismo ortodoxo, não basta falar de cidadania e direitos, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, trata-se de um processo social complexo (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, a atual conjuntura é complexa e apresenta um momento político difícil, numa correlação de forças que desfavorece as conquistas da classe trabalhadora diante da investida imperialista neoliberal do capital, representando grande retrocesso no campo das políticas sociais, dentre elas a política de saúde mental e drogas, que tem sofrido uma contrarreforma em nome da permanente acumulação capitalista.

Considerações finais

Diante do presente artigo, consideramos urgente e necessária a assiduidade do processo da Reforma Psiquiátrica em nosso país, com a ampliação e qualificação dos serviços de saúde, com capacidade para oferecer e assegurar tratamento integral e de qualidade, resguardando os pressupostos dos direitos humanos.

A sociedade precisa de uma política voltada para os usos problemáticos, sendo respeitados os direitos humanos e sociais, que envolvem essa questão, baseada em uma ética de uso equilibrado e responsável. Esse debate deve levar em consideração, uma visão crítica dos atuais

padrões de consumo incorporados pela sociedade capitalista, assim como uma mudança nas políticas públicas direcionadas às substâncias psicoativas, que tenha um aprofundamento na leitura sobre as diferentes dimensões dessa questão, buscando respostas à altura do problema apresentado, mas, igualmente, alinhadas ao patamar civilizatório que a sociedade deseja alcançar.

Referências

- ALMEIDA, R. O SUS e a baixa ocupação de leitos psiquiátricos: prejuízo ou política bem sucedida? **Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz**. Publicado em: 13 jan. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3KKi8sE>. Acesso em: 30 jan. 2020.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.
- ARAGÃO, I.; ROSA, L. C. S. Política sobre drogas e neoliberalismo: comunidades terapêuticas e debate no serviço social. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 19, n. 37, p. 222-238, 2019.
- BARROCO, M. L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, 2015.
- BOITEUX, L. A proibição como estratégia racista de controle social e a guerra às drogas. **Revista Le Monde diplomatique – Brasil**, ed. 145, 1º ago. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3q4H1aB>. Acesso em: 24 fev. 2020.
- BOITEUX, L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Internacional de Direitos Humanos (Sur)**, Dossiê sobre drogas e direitos humanos, v. 12, n. 21, p. 16-21, ago. 2015.
- BOND, Letycia. Governo quer dobrar vagas em comunidades terapêuticas. **Agência Brasil**. Publicado em: 4

set. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3JghNO2>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BOSCHETTI, I. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. *In*: BOSCHETTI, I. (Org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://bit.ly/3JbiRmb>. Acesso em: 24 fev. de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://bit.ly/35QHbvj>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://bit.ly/3q-lwBbK>. Acesso em: 24 fev. de 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://bit.ly/3w5EZKZ>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.886, de 17 de outubro de 2019**. Dispõe sobre mudanças nas legislações existentes para acelerar a destinação de bens apreendidos ou sequestrados que tenham vinculação com o tráfico ilícito de drogas. Brasília, 2019c. Disponível em: <https://bit.ly/3KH-fVON>. Acesso em: 25 jul. 2020.

- BRASIL. **Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986.** Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas. Disponível em: <https://bit.ly/3w36HIb>. Acesso em: 30 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.
- BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017a. Disponível em: <https://bit.ly/34IiWID>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.
- BRITES. C. M. Internação compulsória: um canto de se-reias. **Revista Inscrita**, CFESS, Brasília, ano 10, n. 14, 2013.
- BRITES. C. M. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo.** São Paulo: Cortez, 2017.
- CARNEIRO, H. **Drogas: a história do proibicionismo.** São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CARNUT, L.; MENDES, A. Carnaval, 'fechamento do Congresso', neofascismo e saúde. **Revista Eletrônica Domingueira**, Instituto de Direito Sanitário Aplicado, n. 8, fev. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3Jhagyk>. Acesso em: 7 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CPF). **Relatório de inspeções**: 2018. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental**: mais uma ameaça do governo ilegítimo. Brasília, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3w0Xkca>. Acesso em: 13 ago. 2018.

DEMIER, F. **Depois do golpe**: a dialética da democracia blindada no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil**: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas? Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2015.

FÁBIO, A. C. **Como as comunidades terapêuticas ganham força no Brasil**. Publicado em: 16 maio 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3IgCQ1j>. Acesso em: 6 dez. 2019.

LIMA, Rita de Cassia Cavalcante; TAVARES, Priscilla. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao *crack* e proibicionismo. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

- MEDEIROS, F. Políticas de vida e de morte no controle proibicionista das drogas. **Revista Le Monde diplomatique – Brasil**, edição 145, 2019. Disponível em: 1º ago. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3CF8vbO>. Acesso em: 18 fev.2020.
- MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz - CEE**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3q4nI0K>. Acesso em: 3 set. 2020.
- OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.
- SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, 2017.
- SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. **Revista Eletrônica Domingueira**, Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), n. 3, jan. 2019.
- SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, 2010.
- SOUZA, T. P. de. **Estado e sujeito**: a saúde entre a macro e a micro política de drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

CAPÍTULO VII

As políticas de Saúde Mental como campo de atuação dos assistentes sociais em Portugal

Helena Teles

Maria Irene Carvalho

Introdução

A saúde mental nem sempre foi tratada com a profundidade desejada e tem sido sempre considerada “*o parente pobre da saúde*”. Mas a saúde e a saúde mental em particular são basilares para promoverem a autonomia dos indivíduos e fundamentais para a promoção dos direitos humanos e para a construção de sociedades mais democráticas e mais justas. A forma como tratamos a doença mental e construímos as políticas, alocando recursos humanos, logísticos e económicos e envolvemos as pessoas e as organizações, diz muito de quem nós somos como sociedade.

Em Portugal a área da saúde mental nunca foi uma prioridade na política de saúde. Até à década de noventa prevalecia a institucionalização em grandes hospitais psiquiátricos instalados ou em grandes zonas urbanas ou em zonas mais remotas do país e escondidas da população. Contudo a partir da década de noventa a desinstitucionalização destas estruturas possibilitou, em larga escala, a intervenção centrada na pessoa e na comunidade. Essa alteração permitiu um novo olhar sobre a doença mental e desafiou os profissionais de serviço social a intervirem nestes contextos integrados em equipas multidisciplinares e em rede.

Este capítulo que agora se apresenta pretende sistematizar o conhecimento sobre as políticas de saúde mental em Portugal relevando a intervenção dos profissionais de Serviço Social neste campo de atuação, incluindo as suas potencialidades e limites. Para atingir este objetivo efetuamos uma revisão de artigos e de políticas nesta área, incluindo leis, decretos de lei programas e projetos desenvolvidos na área da saúde mental em Portugal. Partimos do princípio de que o Serviço Social tem uma relação histórica com a saúde mental, que decorre da evolução do conhecimento sobre o tipo de doenças mentais e o modo de intervenção desenvolvido durante o século xx, isto é, desde a institucionalização da loucura até à política de integração na comunidade.

A saúde mental e os determinantes sociais de saúde

Para a WHO (2001) definir saúde mental não é uma tarefa simples, assumindo que numa perspetiva transcultural, que é quase impossível definir saúde mental de maneira abrangente. No entanto, é geralmente aceite que a saúde mental é mais ampla do que a falta de trans-

tornos mentais. As definições têm incluído o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-atualização do potencial intelectual e emocional das pessoas.

É importante compreender a saúde mental e, de maneira mais geral, o funcionamento mental, pois fornece a base para formar uma compreensão mais completa do desenvolvimento de distúrbios mentais e comportamentais. Nos últimos anos, novas informações dos campos da neurociência e da medicina comportamental contribuíram para a compreensão do funcionamento mental. É evidente que o funcionamento mental tem uma base fisiológica e está fundamentalmente interconectado com o funcionamento físico e social e com os resultados de saúde (WHO, 2001, pág 5).

Em termos institucionais a saúde mental tem sido assumida como um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir com sua comunidade (WHO, 2001). Neste conceito de saúde mental estão englobadas um conjunto de atividades que de uma forma direta ou indireta promovem o aumento do bem-estar mental. Esta definição, está relacionada com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, ou seja, a saúde é considerada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948, p. 1). Contudo a saúde, mais do que um estado, é um direito humano fundamental, sendo o resultado de uma interação onde os fatores genéticos, o ambiente, os estilos de vida e os serviços de saúde contribuem o conceito de promoção da saúde.

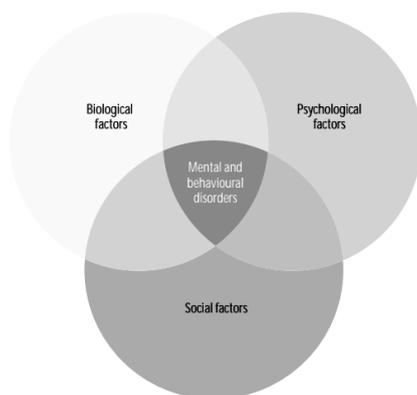
Na Carta de Otawa de 1986 a promoção da saúde é entendida como um processo que visa criar condições, que

permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam. Também capacitar os indivíduos e as comunidades para identificar e realizar aspirações, satisfazer as próprias necessidades e lidar ou ser capaz de lidar com o ambiente e controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde e a saúde mental são entendidas como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (LOUREIRO; MIRANDA, 2018).

A promoção da saúde e do bem-estar mental, evidenciam o conceito de saúde mental a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas com transtornos ou distúrbios mentais (OMS, 1948; MURRAY; LOPEZ, 1996; OMS, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; SAHU, 2014). Assim sendo a saúde mental deve ser entendida como uma preocupação de toda a sociedade e não apenas das pessoas que sofrem de um transtorno ou desordem mental (OMS, 2003). Os transtornos ou as perturbações mentais tais como a depressão, a dependência do álcool e a esquizofrenia foram gravemente subestimadas, na medida em que as “abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A WHO (2001) estima que “os transtornos mentais e comportamentais representem 12% da carga global de doenças mundiais. Contudo os orçamentos de saúde mental da maioria dos países constituem menos de 1% de seus gastos totais em saúde. A relação entre carga e gastos com doenças é claramente desproporcional. Por

exemplo mais de 40% dos países não têm política de saúde mental e mais de 30% não têm programa de saúde mental. Também 90% dos países não possuem uma política de saúde mental que inclua crianças e adolescentes” (pág.3). A saúde mental é uma área de intervenção complexa, na medida em que tem presente múltiplos fatores, que envolve determinantes individuais (biológicos), psicológicos, sociais traduzindo-se estes últimos em económicos, culturais, estruturais e políticos.



Fonte: WHO, 2001, pág,4.

Os determinantes individuais englobam a dimensão biológica e os fatores psicológicos, comportamentais, envolvem a educação para a educação para a saúde, a promoção de hábitos de alimentação saudável, o estímulo das práticas desportivas, a diminuição do consumo de álcool e tabaco. Relativamente aos aspetos sociais não podemos esquecer os determinantes sociais da saúde mental. Estes referem-se ao desenvolvimento de laços sociais, entre grupo e a comunidade, ou seja, as relações de solidariedade que se fomentam nas redes sociais locais. Em termos económico e cultural, compreende a melhoria das condições materiais de vida, de trabalho,

de educação, habitação e salubridade. Já como determinantes estruturais e políticos, são as dinâmicas do mercado de trabalho, as medidas de proteção ambiental e do ordenamento do território (ELLIOTT et al., 2005; ALVES; RODRIGUES, 2010; FAZENDA, 2017; ALMEIDA, 2018).

Importa destacar que os determinantes sociais da saúde mental, são claramente influenciados pelas desvantagens socioeconómicas - pobreza, baixos níveis de educação, más condições de alojamento, baixos rendimentos - dos indivíduos e comunidades, que em grande medida despoletam riscos acrescidos de doença mental. A maior vulnerabilidade a distúrbios mentais das pessoas mais desfavorecidas na comunidade pode ser explicada por fatores como experiências de insegurança social e económica, os sentimentos de *desempoderamento*, uma maior exposição à violência e a doença física (ALVES; RODRIGUES, 2010; AKHTAR-DANESH; LANDEEN, 2011; MOLARIUS et al., 2011; ALMEIDA, 2018).

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde mental

Condições socioeconómicas, culturais e ambientais					
Condições de vida e trabalho			Redes sociais		Estilos de vida
Ambiente de trabalho	Serviços sociais de saúde	Educação e habitação	Comunidade	Solidariedade	Idade, sexo e fatores hereditários

Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1992; GUNNING-SCHEPERS, 1999; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; FAZENDA, 2017

Dahlgren e Whitehead (1992) argumentam que ao nível dos determinantes um modelo de “camadas”, conforme representado na Figura 1. Na primeira camada estão as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, seguindo-se as condições de vida e de trabalho, as redes sociais e os estilos de vida.

Tendo em conta este ponto de partida as intervenções com pessoas com transtornos mentais e comportamentais podem ser classificadas em três categorias principais: prevenção, tratamento e reabilitação, podendo estas corresponder aos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária, nomeadamente:

Prevenção (prevenção primária ou proteção específica) compreende medidas aplicáveis a uma determinada doença ou grupo de doenças para intercepar suas causas antes que elas envolvam o indivíduo; em outras palavras, para evitar a ocorrência da condição.

Tratamento (prevenção secundária) refere-se a medidas para interromper um processo de doença já iniciado, a fim de evitar mais complicações e sequelas, limitar a incapacidade e prevenir a morte.

A reabilitação (prevenção terciária) envolve medidas destinadas a pessoas com deficiência, restaurando sua situação anterior ou maximizando o uso de suas capacidades restantes. Compreende tanto as intervenções no nível do indivíduo quanto as modificações do ambiente (WHO, 2001, pág 64).

Políticas de saúde mental e o Serviço Social

Foi na segunda metade do século XX, que ocorreu uma mudança no paradigma da saúde mental. Para a WHO (2001) Esta mudança deveu-se à psicofarmacologia que fez progressos significativos, com a descoberta de novas classes de drogas, particularmente neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenções psicossociais. Também o movimento de direitos humanos (décadas de 50, 60 e 70) que tornou o fenómeno verdadeiramente internacional sob o patrocínio das recém-criadas Nações Unidas, e a demo-

cracia avançou em uma base global. E por último a componente mental foi firmemente incorporada no conceito de saúde, conforme definida pela OMS (WHO, 2001).

Para a WHO (2001) estes eventos levaram à mudança das políticas e da intervenção nesta área, passando esta a ser de grandes instituições asilares para um atendimento mais aberto e flexível, centrado na comunidade. A passagem para este modelo de intervenção, decorre das falhas da institucionalização. Estas falhas são fundamentadas em casos de maus-tratos relatadas a pacientes, ao isolamento geográfico das instituições e de seus funcionários, assim como de fracos procedimentos interventivos e de má ou ineficaz administração de recursos. Também a falta de formação dos funcionários e procedimentos inadequados de inspeção e garantia de qualidade (WHO, 2001, p. XV)

As políticas de saúde mental centraram-se na comunidade e o objetivo era o de prestar um bom atendimento e capacitar as pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Para atingir estes objetivos foi necessário o desenvolvimento de serviços dentro de estruturas de governo local. Estes cuidados são organizados em função da/o:

Proximidade da residência das pessoas, incluindo atendimento hospitalar geral para internações agudas e instalações residenciais de longo prazo na comunidade;

Doença e sintomas;

Tratamento e cuidados específicos para o diagnóstico e as necessidades de cada indivíduo;

Uma ampla gama de serviços que atendem às necessidades de pessoas com transtornos mentais e comportamentais;

Serviços coordenados entre profissionais de saúde mental e agências comunitárias;

Serviços ambulatoriais e não estáticos, incluindo aqueles que podem oferecer tratamento domiciliar;

Parceria com cuidadores e atendimento de suas necessidades;

Legislação para apoiar os aspetos acima mencionados de atendimento (WHO, 2001, pág. XVI)

Na emergência do Serviço Social, apesar das questões da saúde mental, serem desconhecidas e serem ainda um tabu, os profissionais de serviço social exerciam a profissão nas instituições hospitalares asilares, onde as pessoas consideradas loucas eram institucionalizadas. Historicamente, o Serviço Social em Portugal, esteve desde a sua génese envolvido nos processos de intervenção e promoção dos cuidados de saúde mental, ou seja, estava “enquadrado na doutrina do higienismo social vigente na época, sendo mais tarde influenciado pela corrente da psiquiatria dominante: a psicanálise. Esta tendência coadunava-se com a do *case-work* e conduziu à prática do Serviço Social de caso individual quase exclusivamente, no campo da psiquiatria, e por vezes, à adoção, pelas assistentes sociais, dos próprios métodos da psicanálise, como a psicoterapia” (FAZENDA, 2017, p. 82). A inflexão desta política iniciou-se com o movimento de desinstitucionalização dos asilos e hospitais psiquiátricos na década de sessenta. Portugal não foi exceção a este processo, apesar deste surgir mais tardiamente.

As práticas do Serviço Social no âmbito da saúde mental são, no panorama local e internacional, moldadas pelo contexto social e político. Estas práticas realizam-se no âmbito de medidas programáticas emanadas da política de saúde, realizam-se no âmbito comunitário e

hospitalar e desenvolvem-se no seio de equipas multidisciplinares, existindo um intercâmbio entre profissionais de várias áreas de conhecimento, tais como, da psiquiatria, da enfermagem, das terapias complementares (HUXLEY; EVANS, 2003).

O Serviço Social, no cômputo geral, sempre enfatizou a importância do contexto social, para uma ampla compreensão não apenas da maneira como o indivíduo experimenta a doença mental, mas como um local de intervenção para apoiar os objetivos do tratamento (ELDERGILL, 1997; SPEARMAN, 2005; BLAND, 2014; WATSON, 2016).

Emergência das políticas promotora da saúde mental

Como se pode verificar no quadro 1 uma das primeiras medidas de políticas social na área da promoção da saúde mental foi criada em 1963, tendo sido criada uma lei de promoção da saúde mental. Segue-se a criação de estruturas centradas na saúde mental infantil das crianças, em 1965. Apesar da passagem do ditatorial para um regime democrático, a saúde mental só foi objeto de intervenção mais alargada na década de noventa.

Quadro 1 - Políticas Sociais

Ano	Diploma Legal	Objetivo
1963	Lei n.º 2118	Promulga as bases para a promoção da saúde mental
1965	Portaria n.º 21250	Criação de Centro de Saúde Mental Infantil
1992	Decreto-Lei n.º 127/92	Reestrutura os centros de saúde mental

1998	Despacho Conjunto 407/98	Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência
1998	Lei n.º 36/98	Lei de Saúde Mental
1999	Decreto-Lei n.º 35/99	Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental
2008	Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008	Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)
2009	Decreto-Lei n.º 304/2009	Estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental
2010	Decreto-Lei n.º 8/2010	Cria unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental
2010	Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010	Prorroga a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), atribui-lhe competências no âmbito das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental
2011	Portaria n.º 149/2011	Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental
2017	Despacho n.º 1490/2017	Avalia a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, de forma a definir estratégia ou dar continuidade, para a atualização do PNSM para o período 2017-2020
2017	Resolução da Assembleia da República n.º 213/2017	Recomenda ao Governo o reforço das respostas do Serviço Nacional de Saúde na área da saúde mental em Portugal
2018	Despacho n.º 7059/2018	Determina o modelo de respostas de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica a implementar em caso de acidente grave ou catástrofe
2020	Despacho n.º 2753/2020	Cria um projeto-piloto de saúde mental, que incluem uma equipa comunitária de saúde mental para a população adulta (ECSM-PA) e uma equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência (ECSM-IA)

Fonte: Elaboração própria a partir dos diplomas legais enunciados.

A Lei de saúde mental de Lei n.º 36/98 vem promover a disponibilização de cuidados de saúde mental ao nível comunitário, de forma a melhorar o processo de reabilitação e inserção social. Trata-se de uma mudança de paradigma, em que se pretende a descentralização dos serviços que prestam os cuidados da saúde mental, que se encontravam maioritariamente nos grandes hospitais centrais, este modelo comunitário consubstancia-se na “reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes” (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 1998, p. 3544).

No ano seguinte o decreto de lei 35/99 vem estabelecer a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Estas alterações são aplicadas nos 10 anos seguintes, sem haver alterações significativas ao nível da política da saúde mental

Movimento para a promoção da saúde mental

Durante os anos de 2007 a 2016 foram definidos princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental. Um desses mecanismos foi o Plano Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Este é em simultâneo, um plano estratégico de intervenção, e o resultado de uma análise das políticas e respostas sociais e clínicas do sistema de saúde mental disponibilizadas à população portuguesa. Para além de uma efetiva descentralização da prestação dos servi-

ços e a adoção de um modelo comunitário, pretende-se um maior envolvimento dos usuários e das suas famílias no processo de reabilitação e inserção social. Este plano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) visa prosseguir diversos objetivos, a saber:

“Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;

Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;

Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;

Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;

Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 17).

No que respeita às principais áreas de ação estratégica do Plano Nacional de Saúde Mental, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) destacam-se as seguintes:

Organização dos serviços de saúde mental de adultos (desenvolvimento e melhoria da rede nacional de Serviços Locais de Saúde mental (SLSM); reabilitação psicossocial e desinstitucionalização

dos doentes mentais graves; serviços regionais de saúde mental; e hospitais psiquiátricos).

Estruturação dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência (desenvolvimento e melhoria de serviços de cuidados de saúde primários, especializados de âmbito local, regional, e serviços para situações especiais; formação; e outras medidas).

Disposição da saúde mental e cuidados de saúde primários.

Articulação intersectorial (em atividade de reabilitação psicossocial; em atividade de prevenção e promoção; na prevenção e tratamento dos problemas associados ao abuso de drogas e álcool; ao nível dos cuidados a grupos vulneráveis; e com o Ministério da Justiça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em 2017, após o término deste Plano Nacional de Saúde Mental, é criada uma comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental, cujo objetivo central era a definição e identificação de estratégias que permitissem ultrapassar os constrangimentos com que as equipas se deparam com a reforma da saúde mental realizada entre 2007 a 2016. Neste sentido foram identificadas as seguintes propostas prioritárias para a extensão do Plano Nacional de Saúde Mental até 2020:

Criação de uma equipa técnica de coordenação responsável pela implementação do PNSM

Modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental

Financiamento, sistema de informação e criação de novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental

Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados

Assunção da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários

Garantia de uma efetiva continuidade de cuidados para todas as pessoas com perturbações psiquiátricas mais graves e incapacitantes ao longo da cadeia de serviços

Implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

Hospitais psiquiátricos e serviços regionais

articulação com as Instituições do Sector Social convencionado (enquadramento destas respostas numa lógica de percurso de cuidados a pessoas com doença mental)

Reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção (difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional) (XAVIER et al., 2017).

Este plano, funciona como guia para a intervenção dos profissionais que exercem a função nesta área e nas respostas sociais entretanto desenvolvidas, decorrentes da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos. A intervenção social a este nível centrou-se na integração e acompanhamento dos doentes mentais na comunidade.

Características da intervenção centrada na comunidade - A rede de Serviços e Equipamentos Sociais

Neste contexto de mudança de paradigma foi promovida uma rede de serviços e equipamentos sociais que detém um leque de respostas orientadas para as

pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, as quais ancoram a sua intervenção num paradigma holístico, disponibilizando em simultâneo tanto os cuidados de saúde, como o apoio social às pessoas que detenham uma doença mental grave e que dê origem a uma “incapacidade psicossocial, e que se encontrem em situação de dependência física, psíquica ou social, transitória ou permanente” (GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO, 2019, p. 61).

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (ALMEIDA; XAVIER, 2013), em Portugal as doenças mentais com maior prevalência são as “perturbação depressiva major (16,7%), as fobias específicas (10,6%) e o abuso de álcool (10%). As perturbações da ansiedade foram o grupo com maior prevalência estimada (25,8%), imediatamente seguido pelo grupo das perturbações afetivas (19,3%)” (pág. 30).

Assim este conjunto de respostas sociais visam a promoção da reabilitação, da autonomia e a da (re)integração tanto ao nível sociofamiliar, como profissional, dividindo-se em três tipologias de respostas de acordo com a gravidade da doença e do nível de autonomia da pessoa: (1) Fórum e Unidades Socio-Ocupacional, (2) Estruturas Residenciais e (3) Unidade de Apoio à Vida.

A distribuição de respostas sociais para as pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico apresenta grandes assimetrias. Dos dezoito distritos em análise, sete (Beja, Bragança, Castelo Branco, Guarda, Portalegre, Viana do Castelo e Vila Real) não têm qualquer resposta ou equipamento social (ver Figura 2.), tal facto revela que aproximadamente 47% do território continental está a descoberto de proteção social ao nível da rede de serviços e equipamento social. Lisboa (capital de Portugal) é o distrito com maior número de respostas (31), o que

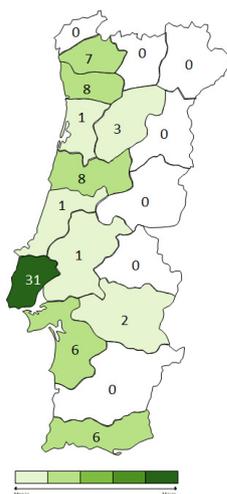
representa aproximadamente de 42 % do total de respostas sociais dirigidas a este grupo específico, seguindo-se Coimbra e o Porto com 8 respostas sociais cada, representado este dois distritos 22%.

Quanto à taxa de lotação da rede de respostas e equipamentos sociais dirigidos às pessoas com doença mental ou psiquiátrica, a nível territorial dos onze distritos que detêm este tipo de respostas sociais detêm uma lotação acima dos 77%, nos quais Aveiro, Leiria, Santarém e Setúbal encontram-se na lotação máxima, seguindo-se Faro e o Porto, com 96% e 93%, respetivamente (ver Figura 3.).

A taxa de lotação por distrito e por tipologia de serviço e equipamento social evidencia que o Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) tem uma maior expressão existindo em 11 distritos seguindo-se a Unidade Sócio-Ocupacional (USO), a Residência de Apoio Moderado (RAMo), a Equipa de Apoio Domiciliário de CCI em saúde mental (EAD) e a Unidade de Vida Protegida (UVAp) que estão representadas em 3 distritos.

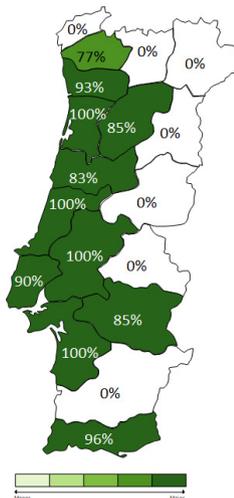
Destaca-se que a Equipa de Apoio Domiciliário de CCI em saúde mental (EAD) de Lisboa e a Residência Autónoma de Saúde Mental (RA) de Braga são os equipamentos sociais que se encontram em sobrelotação com 200% e 129% respetivamente.

Figura 2. Distribuição territorial das respostas sociais para a pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, distrito



Fonte: Gabinete de estratégia e planeamento, 2019

Figura 3. Taxa de lotação das respostas sociais para a pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, distrito



Fonte: Gabinete de estratégia e planeamento, 2019

Já as respostas sociais que apresentam as taxas de lotação mais baixas são a Residência de Treino de Autonomia (RTA), Residência Autónoma de Saúde Mental (RA) ambas em Lisboa e a Equipa de Apoio Domiciliário de CCI em saúde mental (EAD) de Coimbra, com 63%, 54% e 13% respetivamente, conforme representado na Tabela 2.

No que respeita à análise da rede de serviços e equipamentos dirigidos às pessoas com doença mental ou psiquiátrica apresenta-se como uma rede frágil e deficiente, na medida em que:

Está concentrada no litoral do país, abrangendo apenas 53% do território continental, os distritos do interior não têm qualquer resposta destinada a fazer face aos problemas sociais deste grupos-alvo de elevada vulnerabilidade social.

Taxas de lotação superiores a 77%, e em dois distritos existe uma sobrelotação nas respostas sociais Lisboa que disponibilizam os serviços de Apoio Domiciliário de CCI em saúde mental (EAD) e a Residência Autónoma de Saúde Mental (RA) de Braga.

Tabela 2. Taxa de lotação por resposta social dirigidas a pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, distrito e tipologia de resposta

Distritos	Fórum e Unidades Sócio-Ocupacional				Estruturas Residenciais				Unidade de Apoio à Vida			
	FSO	USO	USO/IA	RA	RAMa	RAMo	RTA	RTA/IA	EAD	UVAp	UVAu	UVO
Aveiro	100%	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Braga	65%	--	100%	129%	--	--	--	100%	100%	--	--	--
Coimbra	88%	93%	--	--	--	100%	--	--	13%	70%	--	--
Évora	70%	--	--	--	--	100%	--	--	--	--	--	--
Faro	95%	--	--	--	--	--	--	--	--	100%	--	--
Leiria	100%	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Lisboa	88%	--	--	54%	100%	100%	63%	100%	200%	--	81%	98%
Porto	80%	100%	--	--	100%	--	--	--	--	--	--	100%
Santarém	100%	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Setúbal	100%	--	--	--	--	--	--	--	--	--	100%	100%
Viseu	80%	93%	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Gabinete de estratégia e planeamento, 2019

Legenda: FSO - Fórum Sócio-Ocupacional; USO - Unidade Sócio-Ocupacional; USO/IA - Unidade Sócio-Ocupacional infância e adolescência; RA - Residência Autónoma de Saúde Mental; RAMa - Residência de Apoio Máximo; RAMo - Residência de Apoio Moderado; RTA - Residência de Treino de Autonomia; RTA/IA - Residência de Treino de Autonomia tipo A - infância e adolescência; EAD - Equipa de Apoio Domiciliário

rio de CCI em saúde mental; UVAp - Unidade de Vida Apoiada; UVAu - Unidade de Vida Autónoma; UVO - Unidade de Vida Protegida.

A responsabilidade dos profissionais de Serviço Social na promoção da saúde mental

Os profissionais de serviço social que exercem as suas funções nas instituições que dão resposta às pessoas com problemas ao nível da saúde mental têm formação clínica específica por forma a conhecer a patologias das doenças mentais. Contudo os assistentes sociais, em Portugal, não são obrigados a ter formação especializada na área da saúde mental. Nesse sentido é fundamental identificar e definir os papeis que esta classe profissional tem na intervenção social nos contextos da saúde mental (SPEARMAN, 2005; GOLIGHTLEY, 2008; O'BRIEN; CALDERWOOD, 2010).

Por forma a definir o papel dos assistentes sociais no contexto da saúde mental, é imperativo ter presente os “aspetos sociais” que a doença tem das pessoas. Dai os profissionais terem uma intervenção, em paralelo orientada para as pessoas com problemas de saúde mental, e para o ambiente envolvente. Os objetivos dos profissionais é também um vetor em análise para a clarificação do papel dos assistentes sociais, assim sendo os principais objetivos da prática profissional passam pela gestão e planeamento de altas, sendo crucial o estabelecimento de ligações entre os doentes e os recursos disponíveis na comunidade. Estes objetivos têm subjacente a promoção da autonomia e a inclusão social dos doentes de saúde mental (TEW, 2005; PULLA, 2014; SAHU, 2014).

Muito embora o papel dos profissionais de Serviço Social estar mais orientado para o acompanhamento social e a integração do doente de saúde mental na comunidade, este papel por si só não legitima como fun-

damental e essencial a intervenção do assistente social nas equipas multidisciplinares da saúde mental (GO-LIGHTLEY, 2008; SAHU, 2014). A premissa que reforça a imprescindibilidade do assistente social é a “orientação de pessoa no ambiente - quando associada a uma perspetiva de forças e uma abordagem de desenvolvimento - oferece aos assistentes sociais uma estrutura mais poderosa para definir o papel no contexto de saúde mental. A prática do Serviço Social pode ser uma parte verdadeiramente indispensável de um serviço de saúde mental, mesmo que o serviço seja fortemente orientado para o médico” (SPEARMAN, 2005, p. 61).

O modelo social de intervenção reflete, por um lado, a utilização de uma abordagem holística do Serviço Social e, por outro lado a própria essencial e lógica subjacente ao Serviço Social em saúde mental. Contudo é necessário ter em conta que o modelo social não conseguiu ainda depor a predominância do modelo médico (TEW, 2002; MIDDLETON; SHAW, 2007)

As evidências mostram que o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos usuários e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispondo de Equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias.

As equipas de saúde mental continuam a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técni-

cos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos, mantendo a maior parte das equipas o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico em vez do padrão hoje seguido nos serviços modernos de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Contudo no Serviço Social, é importante mantermos resilientes e promover o modelo social na intervenção na doença mental. Existem inúmeros exemplos de práticas ancoradas no modelo social que sustentam a prática dos assistentes sociais, a saber:

Apoio ao nível da educação com o usuário do serviço e das suas famílias.

Disponibilização de instalações apropriadas para a recuperação.

Networking com o usuário para fornecer suporte à comunidade.

Incentivo ao cumprimento da prescrição medicamentosa;

Defesa e promoção dos direitos dos doentes de saúde mental.

Identificação e mitigação dos riscos sociais.

Acompanhamento e aconselhamento individual.

Encaminhamento para serviços especializados.

Desenvolvimento e fortalecimento da rede comunitária.

Estabelecimento de ligações com restantes profissionais (GOLIGHTLEY, 2008).

Os Assistentes Sociais exercem as suas funções no seio de equipas multidisciplinares, que disponibilizam os serviços de acompanhamento e suporte atendendo às necessidades e desafios deste contexto de atuação (EL-

DERGILL, 1997; GOLIGHTLEY, 2008). Assim sendo, o objetivo central dos profissionais do Serviço Social passa pela promoção e melhoria do bem-estar dos doentes de saúde mental, no entanto pode identificar os seguintes objetivos específicos:

Promover a melhoria das condições de vida das pessoas com doença mental.

Criar oportunidades para o desenvolvimento das suas competências sociais.

Facilitar o seu acesso aos direitos sociais, económicos e culturais (emprego, educação e formação, proteção social, etc.).

Promover a integração social e a participação em todos os contextos sociais.

Contribuir para a mudança de atitudes na comunidade e a diminuição do estigma (FAZENDA, 2012).

Quadro 1. Níveis de intervenção dos Assistentes Sociais

Micro	Meso	Macro
Indivíduos, família e comunidade	Organizações	Políticas
Realização do diagnóstico social	Direção e gestão de repostas e equipamentos sociais	Diagnóstico de necessidades, respostas e equipamentos sociais
Pesquisa de recursos materiais, humanos e financeiros	Ligação com entidades de decisão e financiamento	Colaboração na elaboração de diplomas legais
Estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda	Gestão dos recursos humanos	Realização de pareceres sobre as políticas setoriais
Delimitação do plano de ação conjunto	Conceção dos regulamentos internos	Definição de metas e indicadores de qualidade

Acompanhamento psicossocial ao longo da vida, para a recuperação e a integração social	Monitorização dos processos de avaliação	Elaboração e coordenação de programas e projetos
Promoção da autonomia e da capacidade de decisão	Criação e desenvolvimento de projetos para grupos específicos	Formação de recursos humanos
Restabelecimento ou fortalecimento das redes de suporte social (redes primárias)	Dinamização das redes locais/institucionais	Ações de advocacia e promoção dos direitos humanos
Mediação institucional (redes secundárias)	Criação de parcerias	
Articulação e trabalho em rede com outros serviços da comunidade (redes de redes)		
Impulsão da advocacia social		

Fonte: FAZENDA, 2012

Quadro 2. Competências de intervenção: partilhadas e dos Assistentes Sociais

Competências compartilhadas	Competências dos Assistentes Sociais
Acolhimento e triagem	Avaliação psicossocial:
Articulação com os cuidados de saúde	Acompanhamento das situações de proteção social
Apoio a familiares e cuidadores formais e informais	Funcionamento social
Prevenção de recaídas	Necessidades e recursos individuais e familiares
Planeamento e gestão de alta	Articulação com as redes de suporte social formais e informais

Desenvolvimento de competências	Articulação com instituições sociais:
Gestão e resolução de conflitos	
Providenciar suporte emocional	Mediação institucional Gestão de recursos comunitários
Continuidade de cuidados	Aconselhamento social:
Disponibilização de informações à família para a sua participação no plano	
Intervenção na crise	
Função de terapeuta de referência	
	Promoção dos direitos Acesso às prestações sociais Disponibilização de recursos de reabilitação e integração comunitária

Fonte: FAZENDA, 2012

Dimensão ética na intervenção dos profissionais do Serviço Social na saúde mental

O Serviço Social é fundamentalmente alicerçado em princípios morais e norteiam a sua atividade profissional em valores como a dignidade humana, liberdade e justiça social (APSS, 2019). Neste campo profissional em específico, Saúde Mental, Clark (2000) sugere a utilização em permanência de quatro valores centrais, que passam pelo

O valor e a singularidade de cada indivíduo.

O direito à justiça.

A essencialidade da comunidade.

A reivindicação de liberdade.

Esses valores estão também consubstanciados na legislação portuguesa em torno das políticas de proteção social, em especial destinadas à população com doença mental ou psiquiátrica. Destaca-se que estes valores detêm uma dupla importância, por um lado são a garantia da qualidade dos serviços disponibilizados às pessoas com doença mental ou psiquiátrica, e por outro lado norteiam a defesa dos direitos desta população em es-

pecífico por parte dos profissionais do Serviço Social. Neste sentido, verifica-se que existe um elo crucial entre os princípios, os valores do Serviço Social (BISMAN, 2004; CLARK, 2006; GOLIGHTLEY, 2008; HOTHERSALL; MAAS-LOWIT; GOLIGHTLEY, 2008).

Portugal no que respeita à regulamentação das práticas profissionais vive um momento ímpar, após a aprovação da criação da Ordem dos Assistentes Social, a comissão instaladora está a definir.... as competências profissionais, contudo, devido ao contexto de emergência de sa+ude publica onde nos encontramos, com a covid-19 o diploma ainda não foi publicado. Esse processo irá regular quem pode e quem não pode ingressar na profissão e as atribuições da classe profissional, um processo fundamental para elevar os padrões do Serviço Social e das práticas profissionais dos Assistentes Sociais (MCBEATH; WEBB, 2002; BANKS, 2006).

Para concluir

A saúde mental é uma área da saúde que não tem tido um lugar de destaque na política de saúde, nem a nível internacional nem nacional. Apesar das políticas concebidas nestes últimos anos serem orientadas para a comunidade, continua a prevalecer uma intervenção medicalizada centrada nos internamentos hospitalares. Verifica-se também uma grande dificuldade no acesso a consultas de primeira vez e a acompanhamento personalizado na comunidade resultante da falta de recursos, sobretudo de recursos humanos.

Vivemos numa sociedade cada vez mais exigente, com a diminuição das responsabilidades do Estado e aumento das responsabilidades das famílias, por exemplo o aumento de horas de trabalho, diminuição do tempo de

lazer, o que pode levar ao aumento das doenças mentais. Portugal é o quinto país da OCDE que mais consome ansiolíticos e antidepressivos. São grandes os desafios na área da saúde mental para os profissionais de serviço social. Estes profissionais têm-se de se constituir como recurso nesta área da política sobretudo na mobilização da sociedade para a relevância do tema, promover a participação de usuário e familiares, com especial atenção para os grupos mais vulneráveis.

É essencial que os profissionais participem na construção de políticas sociais assim como em processos investigativos que evidenciem o problema e revelem formas de atuação, para melhorar as práticas e a intervenção dos profissionais, promovendo processos de prevenção primária, secundária e terciária, aumentando recursos e promovendo os direitos e uma maior justiça social na acessibilidade a esses recursos.

Referências

- AKHTAR-DANESH, Noori; LANDEEN, Janet. Relation between Depression and Sociodemographic Factors. *In*: PALMER, Sharon (org.). **Social Work in Mental Health and Substance Abuse**. Oakville: Apple Academic Press, 2011. p. 219-235.
- ALMEIDA, José. **A saúde mental dos portugueses**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018.
- ALMEIDA, José; XAVIER, Miguel (coord.). **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013.
- ALVES, Ana; RODRIGUES, Nuno. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

- APSS. **Código Deontológico dos Assistentes Sociais Portugueses**. Lisboa: Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2019.
- BANKS, Sarah. **Ethics and values in social work**. Basingstoke: Macmillan, 2006.
- BISMAN, Cynthia. Social Work Values: The Moral Core of the Profession. **The British Journal of Social Work**, London, v. 34, n. 1, p. 109–123, 2004. <https://bit.ly/3tPCRUM>
- BLAND, Robert. Context of Social Work Practice: An Introduction. *In*: FRANCIS, Abraham (ed.). **Social work in mental health: contexts and theories for practice**. London: Sage Publications, 2014. p. 3-6.
- BUSS, Paulo; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. <https://bit.ly/36iC8Uj>
- CLARK, Chris. Moral Character in Social Work. **The British Journal of Social Work**, London, v. 36, n. 1, p. 75–89, 2006. <https://bit.ly/3CInz8y>
- CLARK, Chris. **Social work ethics**. Basingstoke: Macmillan, 2000.
- DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Whitehead. **Policies and strategies to promote social equity and health**. Copenhagen: World Health Organisation, 1992.
- ELDERGILL, Anselm. **Mental Health Law Review Tribunals: law and practice**. London: Sweet and Maxwell, 1997.
- ELLIOTT, Grace; LEVIN, Ron; LAFRANCE, Jean; HERBERT, Margot. Culturally Competent Social Work Practice in Health: A Focus on Urban Aboriginal Populations. *In*: HEINONEN, Tuula; METTERI, Anna (ed.). **Social Work in Health and Mental Health: Is-**

- sues, Developments, and Actions.** Toronto: Canadian Scholars' Press, 2005. p. 170-191.
- FAZENDA, I. (2017). Saúde Mental em Portugal: constangimentos e desafios para o Serviço Social. Em **Ciências e Políticas Públicas**, 1 (3) (pp. 81-104).
- FAZENDA, Isabel. Serviço Social na Área da Saúde Mental: princípios, modelos e práticas. *In:* CARVALHO, Maria Irene (coord.). **Serviço Social na Saúde**. Lisboa: PACTOR, 2012. p. 219-250.
- GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO. **Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2018**. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019.
- GOLIGHTLEY, Malcolm. **Social Work and Mental Health**. Exeter: Learning Matters Ltd, 2008.
- GOLIGHTLEY, Malcolm; STEVE, Hothersall; MAAS-LOWIT, Mike. **Social Work and Mental Health in Scotland**. Exeter: Learning Matters Ltd, 2008.
- GUNNING-SCHEPERS, Louise. Models: instruments for evidence based policy. **J Epidemiol Community Health**, v. 53, n. 5, p. 263, 1999. <https://bit.ly/3q15ptl>
- HUXLEY, Peter; EVANS, Sherrill. Social science and mental health. **Journal of Mental Health**, v. 12, n. 6, p. 543-550, 2003. <https://bit.ly/35RUmw3>
- LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia. **Promover a Saúde - Dos fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina, 2018.
- MCBEATH, Graham; WEBB, Stephen. Virtue Ethics and Social Work: Being Lucky, Realistic, and not Doing ones DutyT. **The British Journal of Social Work**, v. 32, n. 8, p. 1015-1036, 2002. <https://bit.ly/3MTeSwH>

MIDDLETON, Hugh; SHAW, Ian. A utilitarian perspective of social and medical contributions to three illustrative conditions, and recent UK NHS policy initiatives. **Journal of Mental Health**, v. 16, n. 3, p. 291-305, 2007. <https://bit.ly/3IaLoai>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde Mental [2007-2016]**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

MOLARIUS, Anu; BERGLUND, Kenneth; ERIKSSON, Charli; ERIKSSON, Hans; LINDÉN-BOSTRÖM, Margareta; NORDSTRÖM, Eva; PERSSON, Carina; SAHLQVIST, Lotta; STARRIN, Bengt; YDREBORG, Berit. Mental Health Symptoms in Relation to Socio-Economic Conditions and Lifestyle Factors—A Population-Based Study in Sweden. *In*: PALMER, Sharon (org.). **Social Work in Mental Health and Substance Abuse**. Oakville: Apple Academic Press, 2011. p. 286-303.

MURRAY, Christopher; LOPEZ, Alan. **The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020**. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996.

O'BRIEN, Ann-Marie; CALDERWOOD, Kimberly. Living in the Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work. **Social Work in Mental Health**, v. 8, n. 4, p. 319-335, 2010. <https://bit.ly/3MPvhCt>

OMS. **Constitution of the World Health Organization**. New York: World Health Organization, 1948.

OMS. **Investing in Mental Health**. Geneva: World Health Organization, 2003.

PULLA, Venkat. Global Perspective on Mental Health. *In*: FRANCIS, Abraham (ed.). **Social work in mental**

health: contexts and theories for practice. London: Sage Publications, 2014. p. 7-27.

SAHU, Kamlesh. Mental Health and Social Work Practice in India: A Historical Perspective. *In: FRANCIS, Abraham (ed.). **Social work in mental health: contexts and theories for practice.*** London: Sage Publications, 2014. p. 62-85.

SPEARMAN, Len. A Developmental Approach to Social Work Practice in Mental Health: Building on Strengths. *In: HEINONEN, Tuula; METTERI, Anna (ed.). **Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions.*** Toronto: Canadian Scholars' Press, 2005. p. 45-64.

TEW, Jerry. Going social: Championing a holistic model of mental distress within professional education. **Social Work Education**, v. 21, n. 2, p. 143-155, 2002. <https://bit.ly/36m80r7>

TEW, Jerry. Social Perspectives: Towards a Framework for Practice. *In: TEW, Jerry (ed.). **Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions.*** London: Jessica Kingsley Publishers, 2005. p. 216-227.

WATSON, David. Becoming an Approved Mental Health Professional: an analysis of the factors that influence individuals to become Approved Mental Health Professionals. **Journal of Mental Health**, v. 25, n. 4, p. 310-314, 2016. <https://bit.ly/3JhZ7NJ>

XAVIER, Miguel; PAIXÃO, Isabel; MATEUS, Pedro; GOLDSCHMIDT, Teresa; PIRES, Pedro; NARIGÃO, Miguel; CARVALHO, Álvaro; LEUSCHNER, António. **Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a ex-**

tensão a 2020. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2017.

Legislação

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 36/98, de 24 de julho de 1998.** Lei de Saúde Mental. Lisboa, 24 jul. 1998.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. **Resolução da Assembleia da República nº 213/2017, de 11 de agosto de 2017.** Recomenda ao Governo o reforço das respostas do Serviço Nacional de Saúde na área da saúde mental em Portugal. Lisboa, 11 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA. **Portaria nº 21250, de 27 de abril de 1965.** Cria o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa. Lisboa, 27 abr. 1965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. **Despacho Conjunto nº 407/98, de 18 de junho de 1998.** Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social. Lisboa, 18 jun. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto-Lei nº 127/92, de 3 de julho de 1992.** Reestrutura os centros de saúde mental. Lisboa, 3 jul. 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto-Lei nº 304/2009, de 22 de outubro de 2009.** Segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental. Lisboa, 22 out. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto-Lei nº 35/99, de 2 de maio de 1999.** Estabelece a organização da prestação

de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Lisboa, 2 maio 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro de 2010.** Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. Lisboa, 28 jan. 2010.

MINISTÉRIOS DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL E DA SAÚDE. **Portaria nº 149/2011, de 8 de abril de 2011.** Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental. Lisboa, 8 abr. 2011.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 2118, de 3 de abril de 1963.** Promulga as bases para a promoção da saúde mental. Lisboa, 3 abr. 1963.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. **Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 3 de junho de 2008.** Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Lisboa, 3 jun. 2008.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. **Resolução do Conselho de Ministros nº 37/2010, de 14 de maio de 2010.** Prorroga por quatro anos o mandato da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro, e atribui-lhe competências no âmbito das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Lisboa, 14 maio 2010.

SAÚDE - GABINETE DA MINISTRA. **Despacho nº 2753/2020, de 28 de fevereiro de 2020.** Criação de um

projeto-piloto de saúde mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipa comunitária de saúde mental para a população adulta (ECSM-PA) e uma equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência (ECSM-IA). Lisboa, 28 fev. 2020.

SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE. **Despacho nº 1490/2017, de 14 de fevereiro de 2017.** Determina que a Direção-Geral da Saúde (DGS) deve proceder até 30 de abril de 2017, à avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, de forma a definir estratégia ou dar continuidade, até 31 de maio de 2017, para a atualização do PNSM para o período 2017-2020. Lisboa, 14 fev. 2017.

SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE. **Despacho nº 7059/2018, de 25 de julho de 2018.** Determina o modelo de respostas de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica a implementar em caso de acidente grave ou catástrofe. Lisboa, 25 jul. 2018.

WHO (2001). The World Health report, 2001, Mental Health: New Understanding, New ope, Geneve: WHO.

Sobre as(os) autoras (es)

Alessandra Ximenes da Silva

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Líder do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS). Chefe do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Integrante do Grupo Temático de Pesquisa em Política Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Tem experiência na área de Políticas Sociais com ênfase na Política de Saúde, Estado, Contrarreformas, Direitos Sociais, Lutas Sociais e Aparelhos Multilaterais de Hegemonia.

Eliana Brito Nascimento

Possui graduação em serviço social pela Universidade Católica do Salvador (1990), Especialização em Saúde Mental pela Universidade Federal da Bahia e Mestrado e Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador. Atualmente é assistente social - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde - Salvador - professor da Universidade Católica do Salvador. atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, saúde mental e movimento social.

Helena Teles

Professora no ISCSP-U lisboa, na Unidade de Serviço Social/Política Social e Investigadora do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), é autora de diversos capítulos e artigos científicos em revistas nacionais e internacionais sobre o *engagement*, bem-estar e stress dos assistentes sociais, a construção de redes colaborativas nas escolas, e o ensino do Serviço Social em Portugal. Tem ainda como áreas de interesse e estudo o Serviço Social nas empresas, as competências profissionais dos assistentes sociais e a intervenção social com crianças e jovens em risco e perigo.

Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger

Doutora em Políticas Públicas, Mestre em Políticas Públicas, Especialista em Administração em Recursos Humanos, pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Assistente Social efetiva da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, lotada no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil – CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. Tem experiência profissional - execução, gestão e avaliação de serviços, programas e políticas públicas. Docente em cursos de graduação e pós-graduação (*latu e stricto sensu*). Principais temas de interesse, investigação e atuação: Políticas Públicas; Assistência Social; Famílias; Criança e Adolescente; Direito à Convivência Familiar e Comunitária; Saúde da família e Comunidade; Saúde Mental; Pessoa com Deficiência; Organização Comunitária; projetos sociais; Saúde Mental. Membro do Comitê de Ética e Pesquisa. Experiência e participação em Instâncias de Controle Social.

Juliana Cristina Fernandes

Doutora pelo Programa de estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPGSS) da Pontifícia Universidade

Católica de São Paulo (PUC-SP, 2013-2017). Mestre em Enfermagem e Trabalho pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP, 2006). Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMPINAS, 2002). Experiência profissional nas seguintes áreas: Serviço Social na Saúde Pública, Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Docência em Serviço Social. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social - NEMESS - PEPGSS.

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Graduada pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba (1985). Especialista em Educação - área de concentração Ensino pela Universidade Federal do Piauí (1989). Especialista em Saúde Mental pela UFRJ (2005). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1994). Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). De 2011 a 2012 foi vice-presidente da Regional Norte da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Membro suplente da Diretoria do Conselho Regional de Serviço Social 22ª Região. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, reforma psiquiátrica, família, políticas públicas e assistência psiquiátrica. Pós doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp (2012). Líder do diretório CNPq Saúde Mental. Bolsista Produtividade CNPq PQ2.

Maria Irene Carvalho

Assistente Social, Licenciada, Mestre e Doutora em Serviço Social - ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Professora Associada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa. Tem publicações de artigos, trabalhos, livros e capítulos de livros. Actua na área do Serviço Social (política social, saúde e gerontologia social).

Patrícia Maia von Flach

Possui graduação em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa (2003) e graduação em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (1992). Formação em Terapia Familiar - CEFAC e Terapia de Abordagem Bioenergética pelo Círculo de Estudos Neo-Reichiano. Especialista em Saúde Mental pela UFBA; Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA. Implantou e coordenou o primeiro CAPS ad de Salvador, o Ponto de Encontro - Centro de Convivência para usuários de álcool e outras drogas e o Ponto de Cidadania - Estratégia de apoio psicossocial para usuários de álcool e outras drogas no território. Apresentadora do programa na rádio Metrópole "Drogas, fique por dentro", com o professor Antônio Nery Filho (2014-2018). Funcionária do quadro permanente da Secretaria Estadual de Saúde - SESAB, desde 1992, atualmente trabalha como assistente social da Defensoria Pública do Estado da Bahia - Especializada de Direitos Humanos - Equipe de Saúde Mental. Atua como Psicóloga Clínica em consultório particular.

Rosiane Oliveira da Costa

Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Gestão Pública em Serviços de Saúde pela Faculdade Internacional Signo-

relli - FISIG. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS/UEPB). Tem experiência na área de Políticas Sociais com ênfase na Política de Saúde Mental e Drogas.

Rosiane Silva da Silva

Bacharela em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará - UFPA. É integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Trabalho Estado e Sociedade na Amazônia (GEP-TESA) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social-PPGSS/UFPA. Atuou como estagiária no Complexo Hospitalar da UFPA - Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza- CHU/HUBFS(2018-2019). Ingressou no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde do Idoso (UFPA) atuando como assistente social residente no Hospital João de Barros Barreto (2021-2023).

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Professora da Universidade Federal do Piauí, em regime de Dedicção Exclusiva, vinculada ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Assistente Social (CRESS/PI nº 2172/22ª região), Mestre e Doutora em Políticas Públicas (UFPI). Coordenadora/ líder do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Políticas Públicas e Saúde Mental (PPSAM/UFPI/CNPq). Conselheira na Gestão “Quando criei asas, lutei” do Conselho Regional de Serviço Social 22ª Região - CRESS/PI, no triênio 2020-2023. Atualmente exerce a função de Coordenadora do Curso de Serviço Social da UFPI, no biênio o 2021 - 2022. Tem experiência na docência, pesquisa e extensão na área de Serviço Social, com ênfase em Políticas Públicas de Saúde Mental, desenvolvendo, principalmente, os seguintes temas:

Política de Saúde e Saúde Mental; Saúde Mental e Serviço Social; Trabalho e formação profissional em Serviço Social; Intersetorialidade e trabalho em rede na saúde/saúde mental.

Vera Lúcia Batista Gomes

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (1978), mestrado em Mestrado Em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (1999) e doutorado em Sociologia do Trabalho - Université de Picardie Jules Vernes (2005). Atualmente é professor associado III da Universidade Federal do Pará. Pós-Doutorado em Serviço Social no PPGSS-UFPE e em Sociologia no Instituto de Sociologia - Universidade de Letras - Porto/Portugal. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: trabalho, serviço social, saúde do trabalhador, crise do capitalismo contemporâneo e políticas públicas. Tem participado de inúmeros Eventos Internacionais na área de Serviço Social e de sociologia. É docente dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Serviço Social da UFPA. Coordenou o Curso de Pós-Graduação em na UFPA, nos anos de 2009-2011; 2011 a 2013 e 2017 a 2019. Coordenou o Projeto de Cooperação Acadêmica - PRO-CAD-NF21/CAPES - UFPA-UFPE, no período de 2010-2015. Possui Bolsa Produtividade em Pesquisa CNPQ. Foi vice-presidente da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS/Vice-Norte (2019-2020).

Wanessa de Sousa Santos

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí. Realizou Estágio Supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil - CAPSi Dr. Alexandre Nogueira.

"Assim, esperamos que a coletânea fomente o debate e provoque reflexões sobre produções de assistentes sociais que se debruçam a estudar sobre diversos aspectos que permeiam o exercício profissional no campo da saúde mental, sob uma perspectiva crítica e alinhada ao Projeto Ético-Político da profissão, de forma a contribuir também com a articulação entre os(as) diferentes pesquisadores(as) e redes de estudo no/do Serviço Social, que tem como objeto de investigação a saúde mental e suas especificidades".

SOFIA LAURENTINO BARBOÇA PEREIRA
LUCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA



9 786559 041893