

Revista da Graduação

Vol. 6

No. 1

2013

22

Seção: Faculdade de Serviço Social

Título: O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À AUTONOMIA

Autor: VANESSA CASTRO ALVES

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/13808>

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

VANESSA CASTRO ALVES

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:
desafios para a efetivação do direito à autonomia

Porto Alegre

2012

VANESSA CASTRO ALVES

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: desafios para a efetivação do direito à autonomia

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre

2012

VANESSA CASTRO ALVES

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: desafios para a efetivação do direito à autonomia

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Arguidor (a)

Arguidor (a)

Porto Alegre

2012

Dedico aos usuários do Residencial
onde foi realizada a intervenção
profissional.

“Ninguém é sujeito da autonomia
de ninguém”

(Paulo Freire).

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pois foi ele quem me deu a vida, e sem ele com certeza não teria chegado até aqui. Agradeço aos meus pais **Edi e Ivonete**, por todo o sacrifício que fizeram para que eu pudesse ter uma educação de qualidade. Obrigada pai e mãe por todo o amor e carinho dedicado a mim. Às minhas irmãs que amo muito, **Claudia, Dani e Micha** e ao meu maninho querido **Celo**. Obrigada por terem me feito rir com suas piadinhas e linguagem coloquial, rrsrsr!!!. À minha cunhada linda **Pati**, que sempre me deu força e me incentivou a continuar os estudos. Ao meu amor **Rafa**, que me apoiou durante todo o processo de finalização do curso e que me fez companhia durante muitas noites, enquanto eu trabalhava para que essa conquista se tornasse real. Obrigada amor pelos cafezinhos e comidinhas que me levou enquanto eu estava estudando, te amo muito!!! Agradeço à **tia Lena e o tio Dirceu (Biga)** que me acolheram na família, sei que me consideram como filha. Obrigada pelo carinho e pelo tratamento Vip na casa de vocês, enquanto eu virava noites fazendo esse bendito trabalho.

Agradeço em especial às minhas amigas queridas, que durante a graduação se tornaram muito mais que colegas e sim parceiras de todos os momentos, **Maibí, Camila Bassôa e Marilusa e Joana**. Obrigada **Maibí** pela parceria e amizade!!! Nunca vou esquecer os momentos de alegria, de choro e ansiedade que passamos juntas, mas também de apoio e ajuda mútua. É uma honra ter começado e finalizado essa caminhada contigo!!! Agradeço a **Camila Bassôa**, grande amiga, com quem pude contar em vários momentos, tanto em relação a apoio emocional, quanto com auxílio para os trabalhos. Sentirei saudades dos nossos lanchinhos no meio da tarde!! Quero agradecer também a **Marilusa**, que sempre me deu força, através de palavras de incentivo e com sua amizade.

Joana querida, obrigada por sempre me colocar para cima, principalmente nos momentos em que eu estava tão ansiosa. Gurias, amo muito vocês!!! **Márcio Breyer (Xuxu)**, você tem grande participação nessa conquista, pois foi você quem me incentivou a trocar de curso e me deu muita força nos momentos em que mais precisei. Não tenho palavras para expressar minha gratidão.

Agradeço a **Gissele Carraro**, que em vários momentos me ajudou com seus conhecimentos e sua disponibilidade. Obrigada **Gi!!!! Ricardo Cazanova** você tem demonstrado ser um grande amigo, sempre prestativo e gentil, foi a primeira pessoa

a me incentivar a entrar no núcleo de pesquisas e tem me ajudado em vários momentos, obrigada por tudo! Outra pessoa que considero muito importante, que teve grande participação no meu processo de formação e que eu não poderia deixar de agradecer é a **Gabrieli Bandeira**. Gabi, nem sei como agradecer tudo que fizeste por mim, tua ajuda foi essencial, para que eu conseguisse entregar o projeto para a seleção do mestrado. **Vanessa Azevedo**, você também contribuiu com essa conquista, sempre prestativa, socializando informações e dando dicas importantes para a qualificação do meu trabalho.

Agradeço à minha orientadora de TCC, **Leonia**, que foi uma grande mestre e se dedicou muito para que eu fizesse um bom trabalho. Professora foi uma honra ter trabalhado e ter sido orientada pela senhora, espero que me oriente, novamente, no mestrado. Obrigada também pela oportunidade de ter participado do Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais – **NEDEPS**, onde aprendi muito e tive as primeiras aproximações com a pesquisa. Agradeço em especial a todos os colegas de núcleo que de alguma forma participaram do meu processo de formação, **Fernanda Stein, Luana Malessa, Márcia Flores, Nati, Gisele Ramon, Priscila Guimarães, Camila Webster, Isadora, Érika Schereen e, Monique Damascena**. **Agradeço também, a Jaque Carbonari**, por se mostrar sempre prestativa e disponível a ajudar. **Eliane Oliveira, Luciana Mandiã, Lauriane, Lola, Nanda, Tailí e Sheila**, Valeu a parceria e a troca.

Agradeço imensamente à professora **Thaisa Closs**, que foi uma mãezona durante todo o processo de supervisão de estágio e que com certeza contribuiu muito para a minha formação profissional. Tenho um carinho enorme por ti **Tháisa!** Ao professor **Giovane Scherer**, que foi um querido, sempre preocupado em ajudar-nos a entender os conteúdos dados em aula. Agradeço à professora **Márcia Faustini**, que se mostrou mais do que professora nesse último semestre, tão tenso para nós formandas. Ao professor **Chico**, que foi uma das pessoas responsáveis por eu ter escolhido a profissão, pois me acolheu com muito carinho durante a transferência de universidade e reopção de curso. Agradeço à professora **Esalba**, pela compreensão e tolerância em relação às entregas de trabalho e a todos os professores da PUCRS que tiveram alguma participação no meu processo de formação.

Agradeço também, ao **Bruno**, nosso funcionário homenageado, pelas inúmeras vezes que me ajudou no Liss. **Bruno** valeu!!!! Agradeço às meninas da secretaria, **Nazira, Patrícia, Darling e Juliana**, obrigada por tudo!. Quero agradecer

a **Giselda Endres**, minha supervisora de estágio, que é uma pessoa muito especial e sempre me apoiou muito. Não poderia deixar de agradecer também, a **Verônica Lapenda Marinho**, que além de ter sido minha primeira supervisora de estágio não-obrigatório, foi uma grande amiga, sempre dedicada. **Verônica** você é o modelo de profissional que pretendo ser, obrigada pelos ensinamentos.

Enfim, agradeço a todos os profissionais da Faculdade de Serviço Social, principalmente as profissionais da higienização que desempenham um papel muito importante. Á todos que de alguma forma contribuíram com essa realização.

LISTA ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa Região Leste de Porto Alegre.....	32
Figura 2 – Mapa Região Nordeste de Porto Alegre.....	34
Quadro 1 – Síntese do processo Interventivo.....	59

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AD – Álcool e outras drogas
BPC – Benefício de Prestação Continuada
BPS – Benefícios da Previdência Social
CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFSS – Conselho Federal de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSS – Determinantes Sociais da saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESM – Equipe de Saúde Mental
HRG – Hospital Regional do Gama
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicanálise, grupos e instituições
INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
MJB – Ministério da Justiça do Brasil
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NEDEPS – Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais
PL – Projeto de Lei
PSF – Programa Saúde da Família
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica

SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SC – Santa Catarina

SP – São Paulo

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A POLÍTICA DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	15
2.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	15
2.2	SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA	24
3	SAÚDE MENTAL NA REGIÃO LESTE/NORDESTE.....	31
3.1	ANÁLISE DIAGNÓSTICA DA REGIÃO LESTE/NORDESTE	31
3.2	A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL.....	35
3.3	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	42
4	A MATERIALIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL	48
4.1	O TRABALHO DA PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO: O OBJETO DE INTERVENÇÃO.....	48
4.1.1	O Residencial e os Usuários	54
4.2	A EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE - Instrumento para entrevista	79

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo sistematizar os conhecimentos teórico-práticos apreendidos ao longo de todo o processo de formação. Busca-se, compartilhar a experiência vivenciada pela acadêmica, bem como a instrumentalidade utilizada, durante o desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, junto às pessoas com sofrimento psíquico. Esse processo se realizou na Equipe de Saúde Mental Adulto da Região Leste/Nordeste do município de Porto Alegre, através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET¹ Saúde/Saúde Mental. O PET é um programa que possibilita a vivência de estudantes de graduação, em serviços da área da saúde, desenvolvendo ações de forma interdisciplinar.

A inserção no Programa e a experiência na referida instituição possibilitou compreender a importância da atuação do assistente social na Política de Saúde Mental, tendo em vista sua intervenção nos determinantes sociais que envolvem a vida dos usuários desse serviço. Pretende-se, ainda, através dessa sistematização, contribuir com um novo olhar e uma nova forma de tratar o sujeito com sofrimento psíquico, demonstrando que a autonomia é um direito fundamental para que essas pessoas possam exercer sua cidadania. Apesar dos avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica, evidenciou - se durante o desenvolvimento do estágio, que ainda existem instituições com características asilares, em que a autonomia é negada aos sujeitos abrigados.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos, incluindo-se introdução e considerações finais. Destaca-se que, para intervir de maneira efetiva no espaço sócio institucional foi necessário compreendê-lo, analisando os fenômenos, sempre buscando entendê-lo em sua totalidade. Foi preciso romper com a pseudoconcreticidade (KOSIK, 2002), indo além do que estava aparente. Dessa forma, o estudo fundamentou-se no método dialético crítico, buscando-se, através das categorias historicidade, contradição e totalidade, uma compreensão mais ampla da realidade em que se insere a Equipe de Saúde Mental referida.

¹ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL/ PET Saúde [sd]).

Para que se chegasse a essa compreensão, tornou-se imprescindível conhecer as principais mudanças que ocorreram no sistema de saúde brasileiro, mais especificamente, como vêm se configurando a política de saúde mental no Brasil. Essas mudanças se relacionam com o modo de produção capitalista, impactando assim, na vida dos trabalhadores e profissionais que atuam na saúde pública, bem como no que se refere aos usuários dos serviços de saúde. Assim, no segundo capítulo será revisitada a história da saúde no Brasil, tendo como ponto de partida às ações que antecederam a intervenção do Estado, contemplando os principais movimentos e lutas que impulsionaram a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Serão abordados alguns desafios e perspectivas nessa área.

No Brasil e no mundo têm sido construídas políticas de saúde mental comprometidas com o desenvolvimento de novas formas de cuidado, visando à melhoria da qualidade de vida, a garantia dos direitos de cidadania e o combate às formas de violência, exclusão e estigma, de que são alvo as pessoas com transtornos mentais. Tais políticas, surgidas principalmente pela Reforma Psiquiátrica, têm se caracterizado pela redução significativa de leitos em hospitais psiquiátricos e pela implantação de serviços substitutivos baseados na comunidade. Nesse sentido, ainda nesse capítulo será abordada a trajetória da saúde mental e sua relação com a Reforma Psiquiátrica, expondo os principais marcos, considerados significativos para a compreensão da atual política. Serão enfatizados também, alguns aspectos que ainda necessitam avançar para garantir a efetivação da política.

No terceiro capítulo, pretende-se contextualizar a saúde mental na Região Leste/Nordeste de Porto Alegre. Para tanto, serão apresentadas as principais características desta região, relacionando-as com a atual conjuntura econômica, política e social. Será apresentada a Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste, bem como suas demandas, e como são estabelecidas as relações dentro da instituição. Finalizando esse capítulo, será exposto como se constitui o Serviço Social nessa instituição, bem como a instrumentalidade da profissão, enfocando-se as principais expressões da questão social que se colocam como desafios para a atuação profissional.

O quarto e último capítulo tem como finalidade apresentar a intervenção da profissional em formação, discorrendo sobre como se deu a identificação do objeto de intervenção, ou seja, aquilo que a desafiou a transformar, na realidade de um residencial privado, que abriga pessoas com sofrimento psíquico. Nesse capítulo, é

elucidada, também, a proposta interventiva junto aos usuários com sofrimento psíquico, moradores do referido residencial, bem como a metodologia desenvolvida durante o processo de execução do projeto de intervenção, revelando-se o produto alcançado.

Após essa exposição, finaliza-se o trabalho, sintetizando-se os principais avanços e desafios que envolvem as Políticas de Saúde e Saúde Mental, no Brasil. Procura-se, brevemente, levantar questões relativas ao processo de intervenção, que necessitam ser problematizadas, a fim de qualificar tanto a política, quanto o trabalho profissional, junto aos sujeitos com sofrimento psíquico. Por fim, encontram-se as referências utilizadas para fundamentação e realização das mediações teórico-práticas, bem como o material em apêndice.

Ressalta-se, a relevância da atuação do assistente social junto a essa população, através de uma práxis que vise transformar a realidade e que seja pautada nos princípios e valores estabelecidos no projeto ético-político da profissão. Agrega-se a isso, a importância de uma intervenção comprometida com processos sociais que objetivem a emancipação e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Neste capítulo, apresenta-se um breve resgate histórico dos principais elementos que marcaram a trajetória da Saúde e Saúde Mental no Brasil, tendo em vista que o contexto econômico, político e social são determinantes na constituição e operacionalização dessas políticas. Para tanto, no primeiro item serão destacados os principais fatos ocorridos neste setor, tendo como ponto de partida as ações que antecedem a intervenção do Estado. Serão abordados ainda, os principais movimentos nesta área, bem como as legislações e políticas implementadas, culminando na criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

No segundo item será apresentada a Política de Saúde Mental no Brasil e como esta vem sendo construída ao longo dos anos. Constatou-se a importância do movimento em prol da desinstitucionalização, no campo da Saúde Mental e do sofrimento psíquico, iniciado em 1970. Tal movimento foi orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, por isso será apresentado o contexto de seu surgimento, suas propostas, bem como os desafios e perspectivas.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

No início do século XX, como consequência das mudanças sociais, econômicas e políticas que ocorreram no Brasil, surgiram iniciativas pioneiras na área de saúde pública. No entanto, a assistência à saúde só começou a ser reivindicada com mais força, através do movimento operário que se desenvolveu na sociedade capitalista brasileira, exportadora de produtos agrícolas.

Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão-de-obra (LIMA; PINTO, 2003, p. 4).

Assim, em 1923, a reforma promovida por Carlos Chagas buscou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central. Essa reforma visava incorporar à agenda do Estado, questões relativas ao saneamento rural, às demandas sanitárias e a educação higiênica. Neste período foram tomadas algumas medidas referentes a

questões de higiene e saúde do trabalhador e foram criados órgãos especializados no enfrentamento a doenças como tuberculose, lepra e doenças venéreas.

Como medida de proteção aos trabalhadores e suas famílias foi criada a lei Elói Chaves (BRASIL, 1923), aprovada em janeiro de 1923. Essa lei foi um marco inicial da Previdência Social no Brasil, pois através dela foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. Destaca-se que a referida lei representou o início da responsabilização do Estado pela regulação e concessão de benefícios e serviços. No entanto, esta foi aplicada somente aos trabalhadores urbanos, perdurando assim, até a década de 1960, quando foi criado o FUNRURAL, que foi estendido aos trabalhadores rurais (POLIGNANO, 2003).

As CAPs eram organizadas por empresas e financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, porém somente os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente da República nomeava o presidente das CAPs e os empregados e empregadores participavam igualmente da administração. Os benefícios variavam de acordo com as contribuições e previam: assistência médica-curativa e provimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Os trabalhadores que primeiro lutaram pela organização das CAPs em suas empresas foram os ferroviários em 1923, após os estivadores e os marítimos em 1926. O restante só o conseguiu após 1930 (BRAVO, 2009).

Os trabalhadores assalariados urbanos eram vistos como sujeitos de grande importância para o cenário político nacional, na nova dinâmica da acumulação. Por isso, tornou-se necessário que as questões na área social e, principalmente as relativas à saúde fossem transformadas em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos dispositivos que atendessem de alguma forma a demanda dos trabalhadores. O aumento da classe trabalhadora e o crescimento da urbanização, em condições precárias de higiene, saúde e habitação foram as principais características do processo de industrialização nascente do Brasil.

A partir de 1930, o Brasil entrou num período de maior desenvolvimento econômico [...]. Simultaneamente registrou-se um incremento da taxa de crescimento da população e de urbanização. A concentração da população nas áreas urbanas trouxe consigo problemas de assistência, educação, habitação, saneamento básico, de infra-estrutura e tantos outros. Na medida em que a industrialização

avançava, crescia a concentração da renda, ampliando-se as desigualdades sociais, aumentando as tensões nas relações de trabalho e agravando-se a questão social (BULLA, 2003, p. 5).

Somente na década de 1930, o Estado passou a intervir de forma mais efetiva nas expressões da questão social, por meio das políticas sociais, bem como de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. Assim, em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP e também o Ministério do Trabalho; da Indústria e Comércio. Em 1939 foi regulamentada a justiça do trabalho e em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. Nesse período foi criada, também, a estrutura sindical. Ressalta-se que essas ações manifestaram-se como donativos do Governo e do Estado, e não como resultado das lutas dos trabalhadores (BRASIL/CONASS, 2011).

A partir desta década nasceu a medicina previdenciária, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, que substituíram as CAPs. Estes institutos tinham a intenção de oferecer ao maior número de assalariados urbanos seus benefícios, visando responder antecipadamente as suas reivindicações, porém, sem realizar uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2009). Cabe destacar que só era possível o acesso ao direito à assistência médica, o trabalhador contribuinte da Previdência.

Os recursos dos IAPs eram destinados ao financiamento da industrialização do País. Neste sentido, considera-se que a previdência preocupou-se mais com a acumulação de capital do que com a ampla prestação de serviços demonstrando que o processo histórico da saúde sempre correspondeu à lógica do Sistema Capitalismo. Dessa forma, os superávits dos institutos representaram um importante patrimônio e um instrumento de acumulação de capital na mão do Estado. A Previdência passou a ser parceira do Estado, no que se refere a investimentos que interessavam ao governo (CUNHA; CUNHA, 2001).

No período de 1945 a 1964, quando os gastos com saúde pública foram maiores, houve uma melhoria considerável das condições sanitárias, no entanto, ainda não foi possível a eliminação de doenças infecciosas e parasitárias, bem como das elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, além da mortalidade geral. Apesar das pressões por parte da corporação médica ligada aos interesses capitalistas, que defendia a privatização e o financiamento da produção privada, por meio do Estado, a assistência médica ainda era prestada pelos serviços próprios

dos Institutos. Assim, as formas de compra dos serviços médicos a terceiros eram inexpressivas (BRAVO, 2009).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde - CNS foi realizada em dezembro de 1963 e representa um marco na história da saúde, pois foi o último evento democrático antes da ditadura. Os principais pontos discutidos nesta conferência foram em relação à distribuição de atividades entre os entes federais, municipais e estaduais; à avaliação da realidade sanitária do país e à municipalização dos serviços de saúde, bem como a definição de um plano nacional de saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com a ditadura militar, uma nova tendência de desenvolvimento econômico-social e político se instaurou no País, tornando-se mais profundos os problemas estruturais. No período de 1964 a 1974, o governo militar ampliou a política assistencial, burocratizou-a e modernizou-a, através da máquina estatal, com o objetivo de aumentar o poder de controle social sobre a sociedade, minimizar as tensões sociais e assim, conseguir legitimidade para o regime militar vigente, bem como, para servir de estratégia de acumulação do capital (BRAVO, 2009).

O governo preocupou-se em garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da Previdência Social, uma vez que os IAPs eram destinados somente a determinadas categorias. Para tanto, em 1967 foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, efetivando o processo de Unificação previsto em 1960. O INPS agrupou os Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência - SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (POLIGNANO, 2003). A contribuição de todos os trabalhadores com carteira assinada possibilitou gerar um acúmulo de recursos financeiros, uma vez que era pequeno o número de aposentadorias e pensões em relação ao número de contribuintes.

Observa-se que esse sistema reproduziu a lógica do direito social vinculado ao trabalho formal. Nesse período houve um aprofundamento do perfil assistencialista da Previdência Social com um distanciamento da classe trabalhadora em relação ao controle social. A Política de Previdência passou aos poucos a assumir também, a assistência médica (CAMARGO, 2009).

A trajetória da Reforma Sanitária brasileira começou a ser construída em meados da década de 1970, no meio acadêmico. Aos poucos foi sendo adotada por

outros segmentos da sociedade e pelo partido de oposição da época - o Movimento Democrático Brasileiro – MDB. A Reforma Sanitária buscava a democratização da saúde, num período no qual foram surgindo novos sujeitos sociais contra a ditadura militar. Destaca-se que no período de 1974 a 1979, a política social teve por finalidade obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de responder as reivindicações e pressões da sociedade (BRAVO, 2009).

Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, buscando outro modelo que explicasse o processo de saúde-doença, resultando na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 1976 (FLEURY, 1997). Antes a saúde era entendida como a ausência de doenças e sua lógica girava em torno da cura de agravos à saúde, ou seja, a maior preocupação estava em remediar os efeitos e não em atuar nas causas. Essa trajetória que ficou conhecida como “Movimento Sanitarista”, possibilitou o lançamento das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Esse movimento, segundo Bravo (2009, p. 9) propôs novas bases políticas para a estruturação do Estado e das relações de solidariedade entre os setores sociais.

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

Tal movimento, composto por profissionais e pessoas ligadas à área da saúde, buscava melhorias nas condições de saúde e de assistência à saúde da população. As propostas do movimento citado acima foram incorporadas, posteriormente à Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que foi uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Este prestava assistência médica aos que contribuían com a Previdência Social, ou seja, não possuía caráter universal. O INAMPS apesar de

possuir espaços próprios, realizava a maior parte dos atendimentos através de serviços privados, os quais cobravam por procedimento realizado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal foi a mais marcante até então, pois introduziu a sociedade no cenário de debate sobre a saúde. Houve a grande participação dos trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços. Nessa Conferência evidenciou-se a necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, representando um marco para as propostas de mudança do setor de saúde. Lançou-se assim, os princípios da Reforma Sanitária. Os temas discutidos e as resoluções dessa conferência fomentaram um intenso debate até a aprovação da Constituição de 1988.

A incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é ao mesmo tempo em que resultante da correlação de forças existente, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política (FLEURY, 2009, p. 747).

A partir de um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, foi definida uma estruturação da política social. Assim, foram criadas as bases para a construção de uma ordem social no modelo de um Estado de Bem-estar Social, em que a saúde se inseriu como direito de todos e dever do Estado.

Com isso as práticas institucionais começaram a ser mudadas, resultando na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987 e depois no Sistema Único de Saúde - SUS, em 1990 (Brasil, 1990a). A mudança destas práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que tinham por finalidade o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração das decisões referentes à política de saúde, bem como a execução dos serviços ao nível local. Entretanto, estas medidas tiveram pouco impacto na qualidade das condições de saúde da população, pois foram operacionalizadas parcialmente.

A Constituição de 1988 instituiu a saúde como parte integrante da Seguridade Social², adotando o conceito ampliado de saúde, conforme estabelecido na 8ª CNS. Tal conceito tem por base a determinação social do processo saúde-doença, pelo qual a população é entendida como sujeitos sociais inseridos em grupos e/ou classes sociais, atravessados por relações sociais. Conhecida como cidadã, a Constituição de 1988 declarou a saúde como um direito universal e dever do Estado, conforme o Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Os avanços trazidos pela Constituição, na área da saúde são visíveis. Basta destacar o princípio da universalidade, que rompeu com toda a situação anterior, em que a saúde não era considerada um direito social. A referida Constituição, no entanto, não foi capaz de efetivar plenamente os direitos à saúde para todos os brasileiros, tendo em vista os interesses das classes dominantes em privatizar os serviços de saúde, através da expansão dos planos de saúde privados.

O modelo de saúde existente anteriormente à Constituição de 1988 separava a população brasileira em três grupos: os que tinham condições de pagar por serviços de saúde privados; os que eram segurados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada) e, portanto, possuíam direito à saúde pública e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS, regulamentado pela Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde – LOS³ (Brasil, 1990a) foi criado, visando oferecer atendimento igualitário, cuidado e promoção de saúde a toda a população.

Os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de

² “A Seguridade Social, de acordo com o artigo 194 da Constituição de 1988, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

³ “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a).

pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social (FEUERWERKER, 2005, p.491).

O Sistema é considerado uma das maiores conquistas sociais estabelecidas na Constituição de 1988. É um sistema universal de atenção à saúde, orientado pelos princípios de descentralização⁴, integralidade⁵ e participação da comunidade. Conforme definido na lei 8.080 (BRASIL, 1990a) é “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1988).

Em poucos meses foi lançada a Lei 8.142⁶, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que acrescentou ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço. O controle social ocorre através da participação social nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde, que representam espaços de discussão entre gestores, profissionais de saúde e usuários. A aprovação das leis 8080 (BRASIL, 1990a) e 8142 (BRASIL, 1990b), reforçou o avanço na área da saúde, regulamentando o sistema nacional de saúde brasileiro. Cabe esclarecer, no entanto, que a aprovação destas leis foi permeada por confrontos e negociações intensas, refletindo a posição antagônica dos grupos de interesses ligados ao setor. Considera-se que nessa época, houve uma diminuição da pressão da sociedade, em decorrência do refluxo dos movimentos sociais.

O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993, pela Lei 8.689 (BRASIL, 1993a). A partir da criação do SUS a saúde passou a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta por um conjunto que envolve a

⁴ “A descentralização com comando único implica que governos estaduais e, principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde. Ela tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade” (NORONHA, et al, 2008, p. 440).

⁵ “A integralidade é entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (NORONHA, et al, 2008, p. 439).

⁶ “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

alimentação, o trabalho, o nível econômico, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a moradia e o lazer (BRASIL/MS, 2000).

Embora evidencie-se um grande avanço na saúde, observam-se contradições existentes entre a proposta inicial defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS ao longo das duas últimas décadas, com seus empasses críticos e suas fragilidades. Como foi ressaltado anteriormente, ao mesmo tempo em que houve avanços no que se refere à saúde pública, também avançou a organização do sistema privado, uma vez que o mesmo, conforme designado na Constituição de 1988, pode atuar de forma complementar ao SUS.

Constata-se com isso, que a proposta da Reforma Sanitária não foi totalmente efetivada. Ainda há necessidade de avançar em vários aspectos, tais como na contratação e qualificação de recursos humanos, com uma política definida de carreira, cargos e salários, visando à garantia de continuidade dos programas pactuados por secretarias municipais.

Algumas questões afetam a possibilidade de avanço do SUS, como por exemplo: o descumprimento do princípio da equidade, através da disparidade verificada nas ações e serviços prestados entre regiões do País, assim como na distribuição dos recursos públicos. Verifica-se ainda, o afastamento do princípio da integralidade, uma vez que se evidencia, conforme Feuerwerker (2005, p. 491), a prioridade para a assistência médico – hospitalar.

Persiste a supervalorização do trabalho do médico, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, e também a centralidade do hospital como instância articuladora do sistema, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura.

Ressalta-se que as concepções e os valores procedentes do modelo médico-hegemônico ainda são muito presentes na sociedade e conseqüentemente, na forma como os serviços de saúde se constituem. Estas idéias e interesses orientam a formação dos profissionais de saúde e acabam interferindo na possibilidade de consolidação do SUS. Como afirma Bravo (2009), diante dessa conjuntura, existe a tensão entre o projeto de reforma sanitária, incorporado à Constituição Brasileira de 1988 e o projeto de saúde voltado ao mercado e aos interesses privatistas. Na realidade, percebe-se que o SUS, embora seja um sistema

universal, tem sido acessado principalmente por aquelas pessoas que não possuem condições de acessar os serviços privados de saúde.

2.2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao longo da história, as pessoas com sofrimento psíquico foram tratadas de várias formas: como um erro da natureza, castigo ou dádiva dos deuses e até mesmo como possuídas por demônios (BISNETO, 2009). A incapacidade para o trabalho levava as pessoas com sofrimento psíquico, denominadas de loucas, juntamente com criminosos e demais excluídos da sociedade, a ficarem isolados em manicômios.

Os manicômios foram criados com o intuito de estabelecer uma ordem social, separando os capazes para o trabalho daqueles que não se enquadravam no processo de produção estabelecido. Esta concepção teve e ainda tem legitimidade social, sendo aceita como algo natural e inquestionável (DIAS, 2007, p. 113).

Essas formas de tratamento causaram às pessoas com sofrimento psíquico um grande preconceito, estigma e sofrimento. No início do século XIX, o hospital passou a ser uma instituição médica, em que foram introduzidas práticas terapêuticas no tratamento das pessoas doentes. A busca pela cura levou os médicos a desenvolverem novos tratamentos, tornando o hospital em um local de diagnóstico, onde o médico, com seu saber, era o único capaz de conhecer as doenças e os métodos de tratamentos a serem utilizados. Com isso, novas técnicas e procedimentos foram utilizados, tais como: punições, isolamento, choques, correntes, servidão, entre outros. Essas práticas eram justificadas pelos médicos como importantes para o tratamento e a cura. Além disso, “algumas morriam devido à violência, à desnutrição, às doenças infectocontagiosas, ao abandono e ao descaso” (MACHADO, 2005, p.12).

No Brasil, a assistência às pessoas com transtornos mentais, teve seu início em 1852, com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, chamado Hospício Dom Pedro II, pois foi criado pelo imperador Dom Pedro II. Entretanto, o Hospício foi muito criticado pela categoria dos médicos, pois este estava vinculado a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não sendo, assim, uma instituição de natureza médica, mas sim de caridade. Além disso, a construção do Hospício não foi

realizada de acordo com o modelo voltado às necessidades da terapêutica moderna da “alienação mental” ⁷ (AMARANTE, 2008). Contudo o Hospício deu início ao processo de criação de muitas outras instituições semelhantes no país.

No século XX foram criadas as primeiras colônias de alienados, no Rio de Janeiro, iniciando-se o denominado período do Modelo das Colônias, que durou até o início da década de 1940. A partir de então, a psiquiatria brasileira ampliou a assistência à saúde mental, através da criação de colônias agrícolas de tratamento, onde buscava-se a cura dos internados, por meio do trabalho agropecuário (SOUZA, 2012). Com o surgimento destas colônias, nas quais foram internadas muitas pessoas com sofrimento psíquico, o modelo asilar passou a dominar hegemonicamente as práticas psiquiátricas até a década de 1950.

Destaca-se que o processo de privatização da assistência médica da Previdência Social, que era a principal responsável, proporcionou um acentuado crescimento da oferta de leitos psiquiátricos. Conforme Cerqueira (1984), apenas 3% dos recursos designados para a assistência psiquiátrica eram destinados às ações não hospitalares, uma vez que não havia dispositivos de substituição ao hospital⁸ como os existentes na atualidade, existiam pouquíssimos e precários ambulatorios. Assim, cerca de 97% eram gastos no pagamento de internações hospitalares.

Em 1967 foi instituído o Decreto nº. 60.252, que cria a Campanha Nacional de Saúde Mental e a vincula ao Ministério da Saúde, visando reduzir o déficit de hospitais psiquiátricos. Enquanto afloram os movimentos contra o modelo manicomial na Europa, no Brasil triplica o número de leitos em instituições psiquiátricas com o financiamento público [...] O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado (SOUZA, 2012, p. 56).

Nesse sentido, percebe-se que na década de 1960, enquanto a situação no mundo era de discussão de propostas alternativas para o enfrentamento ao modelo asilar, no Brasil ao contrário, a internação psiquiátrica se expandia cada vez mais. Os hospitais eram vistos como os lugares ideais para atenção à saúde mental. O saber psiquiátrico instituído e o hospital psiquiátrico começaram a ser questionados, após a Segunda Guerra Mundial, quando médicos e enfermeiros passaram pela

⁷ Alienação Mental é um conceito que foi utilizado pelo médico francês Philippe Pinel, considerado pai da psiquiatria. O conceito diz respeito ao “distúrbio das paixões” que desencadeia um distúrbio moral. Sua primeira obra, que deu origem ao conceito foi o clássico “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania” (AMARANTE, 2008).

⁸ Hospitais-dia, Serviços de Atenção Psicossocial, Centros de convivência, entre outros.

experiência de serem aprisionados nos campos de concentração nazistas. Através da participação desses profissionais em hospitais psiquiátricos, que atuavam da mesma forma discriminatória e desumana, como a que haviam vivenciado, iniciou-se a crítica (DIAS, 2007).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu na mesma época do “movimento sanitário”, no final dos anos 1970, porém possui uma história própria. A Reforma Psiquiátrica surgiu num contexto de ditadura militar, na luta pela redemocratização nacional e de mudanças em busca da superação da violência asilar. Dentre tantos eventos importantes, ocorridos na década de 1970, destaca-se o surgimento de uma intensa militância na área da saúde pública.

Através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, surgido em 1978, começou-se a construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência. Também se deu início à construção coletiva de uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, conforme aponta Amarante (2008, p. 739):

No MTSM, teve início um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos.

Esse momento histórico foi de grande importância, uma vez que possibilitou a inserção de vários atores sociais nesse processo político. Participavam do MTSM, trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL/MS, 2005).

No ano de 1978 foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, Santa Catarina – SC. Esse Congresso ficou conhecido como “Congresso de Abertura”, uma vez que possibilitou ao MTSM transformá-lo em debate político a respeito do modelo assistencial psiquiátrico instituído no país. Outro evento de grande relevância, nesse mesmo ano, foi o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições – IBRAPSI, realizado no Rio de Janeiro. Esse Simpósio contou

com a presença de grandes nomes da Reforma Psiquiátrica, na esfera internacional, dentre estes, Franco Basaglia⁹ (AMARANTE, 2008).

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, São Paulo - SP, que tinha como lema a frase: “Por uma sociedade sem manicômios”. Tenório (2002, p. 35) destaca a importância dessa conferência para a mudança das formas de tratar a denominada “loucura”.

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitária de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização [...] O encontro que a ela se segue [...] Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.

Nesse período, o surgimento do primeiro Centro de Apoio Psicossocial – CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, foi de grande importância. Esse serviço foi o primeiro a atender pessoas com transtornos mentais graves fora do âmbito hospitalar. Nesse sentido, o CAPS tornou-se uma referência nas políticas de saúde mental e um importante equipamento de formação de profissionais para o processo de Reforma Psiquiátrica.

No ano de 1989, a intervenção realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em São Paulo - SP, em um hospital psiquiátrico, chamado de Casa de Saúde Anchieta marcou a trajetória da Reforma Psiquiátrica. Esse hospital, que contava com mais de quinhentos internos, era um local de maus-tratos e mortes de pacientes, ocasionadas por diferentes motivos, tais como: falta de cuidados médicos, conflitos entre os confinados e por suicídio. Tal intervenção teve repercussão nacional, demonstrando a necessidade de construção de uma rede de cuidados substitutiva ao

⁹ Franco Basaglia foi um médico e psiquiatra, precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica italiana. Sua experiência iniciada no hospital psiquiátrico Gorizia, se ampliou para outros locais, culminando na aprovação da Lei 180 – Reforma Psiquiátrica, em 1978 (VASCONCELOS, 1992).

hospital psiquiátrico (BRASIL/MS, 2005). Dessa forma, a intervenção deu início ao fechamento do “hospício” e à substituição do modelo assistencial.

Nessa época, também foram implantados no município de Santos, em São Paulo, Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS¹⁰. Foram também criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Essa experiência, inspirada no modelo italiano de desinstitucionalização em psiquiatria foi um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Tal experiência foi a primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não era algo inatingível, mas sim algo possível (BRASIL/MS, 2005).

De acordo com a portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), os NAPS, assim como os CAPS, devem prestar os seguintes atendimentos: individual; grupos operativos e de psicoterapia, bem como oficinas terapêuticas. Devem oferecer também, atividades socioterápicas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias, tendo como objetivo a inserção social da pessoa com sofrimento psíquico na comunidade (TENÓRIO, 2002).

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001), foi sancionada no país. A Lei Federal 10.216 (com modificação no projeto inicial) redirecionou a assistência em saúde mental, proporcionando tratamento em serviços na comunidade, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa lei garante a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial. A partir desse pressuposto, iniciou-se a implantação dessa nova rede extra-hospitalar, composta por serviços estratégicos como: Hospital-dia, leitos em hospitais gerais, Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, Lares Protegidos, Programa De Volta para Casa¹¹ e unidade de Emergência em saúde mental. Dentre

¹⁰ “Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional [...] podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental” (BRASIL, 1992).

¹¹ “O Programa de volta para casa tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (2 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte

estes serviços regulamentados pela Portaria 224/92, do ministério da saúde (BRASIL, 1992), existem ainda, os Serviços de Residências Terapêuticas – SRT.

Os serviços residenciais terapêuticos são casas criadas para atender a necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, que já foram internadas em hospitais psiquiátricos; que perderam os vínculos familiares e sociais e moradores de rua com transtornos mentais, que recebem atendimento de CAPS. O SRT deve abrigar no máximo oito pessoas e deverá contar com equipe de profissionais qualificados, visando atender as demandas e necessidades dos moradores (BRASIL/MS, 2004).

Destaca-se que, embora a Lei não tenha criado mecanismos claros para a substituição e extinção dos manicômios, motivou um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse contexto, juntamente com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, passou a consolidar-se. Na sequência, promulgaram-se várias leis e portarias.

A Lei 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003a), instituiu o Programa “De Volta para Casa” e o auxílio-reabilitação psicossocial, visando contribuir efetivamente com a inserção social de pessoas egressas de internações em hospitais psiquiátricos, por muito tempo. Tal programa contribuiu significativamente para o processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de longas internações, proporcionando a potencialização da autonomia e emancipação destes sujeitos. Além disso, foi criada uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica e formulada a política para a questão do álcool e outras drogas, juntamente com a estratégia de redução de danos¹² (BRASIL/MS, 2005).

Atualmente observam-se dois movimentos concomitantes: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo focado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. Dessa forma, constata-se que a Reforma Psiquiátrica está

integrante deste programa um auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário” (BRASIL/MS, 2005).

¹² A abordagem da redução de danos reconhece as singularidades de cada usuário. Nessa abordagem são delineadas estratégias juntamente com os usuários, que não buscam a abstinência, mas a defesa de sua vida. Este método que não exclui outros visa o tratamento pautado na liberdade e na corresponsabilidade do sujeito que está em tratamento. Além disso, possibilita o estabelecimento de vínculos com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelo tratamento destes usuários (BRASIL, 2003b).

se consolidando como política oficial do governo federal, embora fragilizada, devido ao reduzido orçamento que lhe é destinado.

Além disso, existem aspectos preocupantes, que para muitos profissionais, evidenciam retrocessos no campo da saúde mental, como por exemplo, no que se refere ao financiamento governamental às comunidades terapêuticas. As comunidades terapêuticas prestam cuidados aos dependentes de drogas, através de internações, eliminando assim, o contato dessas pessoas com o meio onde vivem. Dessa forma, tais serviços funcionam na lógica do isolamento, o que vai de encontro às diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas. A Lei 10.216 (BRASIL, 2001), preconiza, no entanto, o tratamento em meio aberto, com convívio comunitário.

Apesar das conquistas relacionadas ao campo da saúde mental, percebe-se que as ações propostas pela Reforma Psiquiátrica ainda não foram implementadas e ampliadas efetivamente pela gestão da saúde. Dessa forma, os serviços existentes se tornam insuficientes para atender toda a população com sofrimento psíquico, situação evidenciada na realidade onde a aluna realizou seu estágio e que será explicitada no decorrer deste trabalho.

3 SAÚDE MENTAL NA REGIÃO LESTE/NORDESTE

Inicia-se o capítulo apresentando alguns dados da região Leste/Nordeste do município de Porto Alegre/RS, território onde está localizada a Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste, instituição em que a aluna realizou as três etapas de estágio. Esse processo se deu através do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde/Saúde Mental e possibilitou o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Conhecer esse cenário possibilitou a identificação e compreensão dos diversos fatores sociais, econômicos e políticos que atravessam a vida dos usuários que acessam esse serviço. A partir da análise dessa realidade, constatou-se que as demandas trazidas por esses sujeitos são coletivas e para desvendá-las foi necessário avaliar as relações estruturais e seus impactos nessa realidade.

Busca-se, posteriormente, apresentar a instituição, destacando-se a história de sua implementação e a população atendida. Serão enfatizados ainda, alguns aspectos referentes às relações estabelecidas nesse espaço sócio ocupacional, tendo em vista que o desenvolvimento das ações realizadas pela Equipe sofrem impactos do sistema capitalista. Em seguida, será destacado o Serviço Social na saúde mental e como vem se constituindo a intervenção profissional do assistente social na referida instituição.

3.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DA REGIÃO LESTE/NORDESTE

A região Leste é composta pelos bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. Possui um total de 114.309 habitantes, representando 8,11% da população do município (IBGE, 2010). Esta região possui taxa de analfabetismo de 4,4% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 8,47 salários mínimos (IBGE, 2000). Esses dois últimos dados, entretanto, não representam legitimamente os reais indicadores da região, pois alguns bairros, como Chácara das Pedras e Três Figueiras são de classe média alta. Assim, a média final fica mais elevada, tanto no que se refere à escolaridade como à renda dos moradores da região.

O bairro Três Figueiras, possui taxa de analfabetismo de 0,9% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílios é de 38,4 salários mínimos. O bairro Chácara das Pedras também possui baixa taxa de analfabetismo, sendo esta de 0,6 % e o

rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 21,5 salários mínimos (IBGE, 2000). A título de ilustração, segue abaixo o mapa da região referida:

Figura 1 - Mapa Região Leste de Porto Alegre



Fonte: figura adaptada de Observa POA (2012).

Essa realidade representa a grande desigualdade social existente no País, onde de um lado há uma população rica ou de um nível socioeconômico bastante elevado, e de outro uma maioria da população vivendo em condições precárias. Essa população, desfavorecida economicamente, produz a riqueza, no entanto, não a usufrui. Diante dessa realidade, emergem diversas expressões da questão social.

A questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] Ao mesmo tempo em que a questão social é desigualdade, é também rebeldia, pois envolve sujeitos que vivenciam estas desigualdades e a ela resistem e se opõem (IAMAMOTO, 2004, p. 27-28).

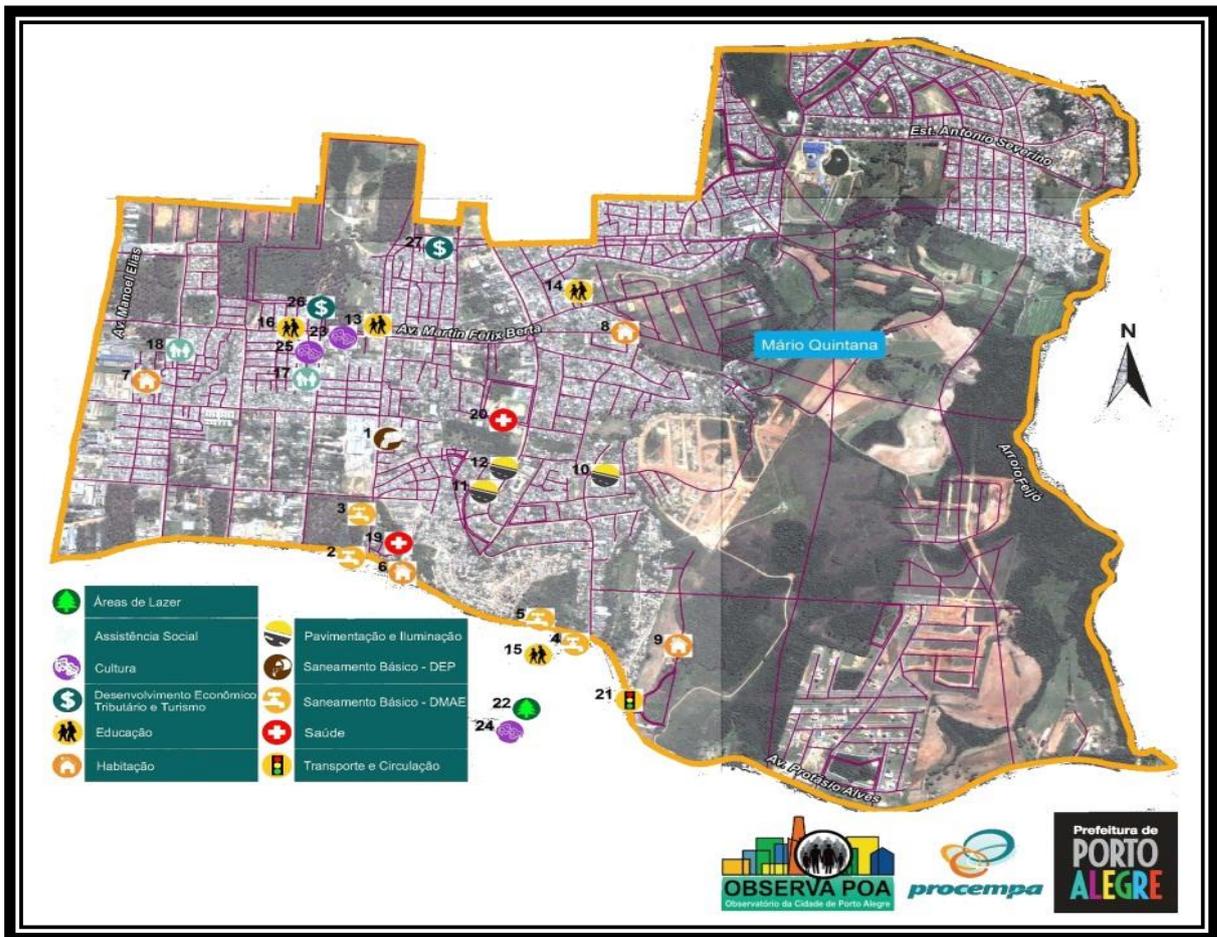
Ao examinar a sociedade capitalista, como a brasileira, onde há um desenvolvimento desigual, torna-se essencial reconhecer que alguns grupos se beneficiam mais, enquanto outros permaneceram à margem desse processo, ou seja, nesse sistema, observam-se mudanças estruturais, com desigualdades significativas na distribuição de renda, riqueza e oportunidades. Uma pequena parte da população tem acesso a uma parcela substancial da produção de bens e serviços, e um grande contingente é forçado a sobreviver com o restante. Essa situação demonstra a lógica de sustentação do modo de produção capitalista.

É tributário dessa lógica o caráter volátil do crescimento que redundando em maior concentração de renda e aumento da pobreza, gerando um verdadeiro “apartheid social”. Ampliam-se as desigualdades distribuídas territorialmente, as distâncias entre as rendas de trabalho e do capital e entre os rendimentos dos trabalhadores qualificados e não qualificados (IAMAMOTO, 2010, p. 142).

A região Leste possui como característica um nível socioeconômico superior ao da região nordeste, conforme explicitado a seguir. Além disso, conta com um número maior de recursos na comunidade, culturais e de lazer, melhor infraestrutura urbana e de transporte coletivo. No entanto, apesar disso, esta região apresenta um alto índice de mortalidade, devido à intensa atuação do tráfico de drogas.

A Região Nordeste, por sua vez, é composta pelo bairro Mário Quintana e possui uma população de 36.602 habitantes. Este número representa 2,60% da população total do município de Porto Alegre. Nesta região predomina o emprego informal, estando o rendimento médio dos responsáveis por domicílio na faixa de 2,6 salários mínimos e a taxa de analfabetismo em 7,6% (IBGE, 2000). Cabe aqui destacar que no Brasil, assim como nos países de capitalismo avançado, crescem as formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, entre outras formas vinculadas à economia informal. Esses trabalhadores vivenciam a precariedade do emprego e da remuneração; condições de trabalho desregulamentadas em relação às leis trabalhistas e conseqüentemente a regressão de direitos sociais, bem como a falta de proteção social (ANTUNES, 2007).

Figura 2 - Mapa Região Nordeste de Porto Alegre



Fonte: figura adaptada de Observa POA (2012).

Ressalta-se que esses cidadãos não se beneficiam dos mesmos direitos daqueles que possuem carteira assinada como: auxílio doença, quando necessário, aposentadoria, pensão por morte, férias, gratificação de um terço do salário nas férias, descanso remunerado, décimo terceiro, pagamento de hora extra, licenças maternidade e paternidade, entre outros direitos sociais. Nesse sentido, Antunes (2007, p. 52) afirma que, “A atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores ‘centrais’ e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos”. Essa tendência representa uma estratégia para que o capital mantenha-se cada vez mais forte.

Observa-se que essas alterações no mundo do trabalho, decorrentes do novo padrão capitalista de acumulação, desencadeiam expressões da questão social, que necessitam de mediações para seu enfrentamento. Nessa perspectiva, torna-se essencial identificar os determinantes sociais que permeiam a vida dos sujeitos, inseridos em determinada realidade, tendo em vista que as políticas sociais

públicas, no caso, a política de saúde, deve ser um meio de enfrentamento às desigualdades, viabilizando assim, acesso à saúde, para toda a população demandatária de tais serviços, garantindo o atendimento integral a esses sujeitos.

A seguir será apresentada a constituição da Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste, instituição que está inserida na realidade ora apresentada, na qual esteve vinculado o estágio da aluna, enfatizando-se os atores envolvidos e como ocorrem suas relações.

3.2 A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

A Equipe de Saúde Mental – ESM Adulto Leste/Nordeste é uma instituição pública e sua gestão e distribuição de recursos é realizada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Destaca-se que o SUS em Porto Alegre está dividido em oito distritos por regiões e cada distrito possui uma gerência administrativa. Os serviços são divididos por níveis de complexidade em saúde, conforme princípios de hierarquização e regionalização do SUS. A Equipe de Saúde Mental pertence à Gerência Distrital quatro, que é responsável pelas regiões Leste/Nordeste e está localizada no espaço físico da Unidade Básica de Saúde - UBS Morro Santana, localizada no bairro Morro Santana.

A constituição da equipe deu-se aproximadamente em 1998, com o fechamento da Central de Psiquiatria, a qual pertencia à gestão estadual e que durante o processo de municipalização passou a ser o foco de uma reestruturação mais ampla no modelo de atendimento em saúde mental na cidade de Porto Alegre, em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Com essa reestruturação, os profissionais da Central, que eram basicamente os médicos psiquiatras, passaram a ser distribuídos por regiões. Aos poucos estes se juntaram aos psicólogos e assistentes sociais que, nessa época, estavam lotados nas Unidades Básicas de Saúde, constituindo-se assim as equipes de saúde mental.

A UBS Morro Santana foi inaugurada no ano de 2003, e nessa mesma época, a ESM Leste/Nordeste passou a funcionar nesse espaço. Atualmente a equipe é composta por dois psicólogos, sendo um deles o coordenador da equipe, quatro médicos psiquiatras, uma assistente social e uma monitora administrativa. Todos os profissionais são servidores públicos municipais da Prefeitura Municipal de

Porto Alegre. Além disso, a equipe conta com a participação de estagiários dos cursos de Serviço Social e Psicologia, da PUCRS.

A principal porta de entrada dos usuários a esse serviço é a reunião de interconsulta. Essa reunião se constitui como o encontro entre os profissionais representantes do serviço especializado em saúde mental, no caso a Equipe de Saúde Mental, e os profissionais de serviços da atenção básica do território. Nessas reuniões são discutidas situações de usuários, trazidas pelos profissionais da atenção básica para serem avaliadas e encaminhadas ao serviço especializado, possibilitando a troca e o auxílio entre os profissionais.

Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que tem do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação (CHIAVERINI, 2011, p.27).

A interconsulta propicia a qualificação dos atendimentos aos usuários, pois muitas vezes o próprio serviço da rede básica pode realizar o atendimento em saúde mental, através das orientações que recebe do serviço especializado, durante os encontros entre os profissionais. A população atendida pela Equipe caracteriza-se por adultos moradores da Região Leste/Nordeste de Porto Alegre, com diversos tipos de sofrimento psíquico e transtornos mentais. São usuários desse serviço também, pessoas que fazem uso, abuso e/ou dependência química, sendo a maior incidência de uso de álcool, cocaína, maconha e crack. Além disso, essa população possui um baixo nível socioeconômico, como já explicitado no item anterior.

Considera-se fundamental a compreensão das condições em que vivem os usuários atendidos por esse serviço, assim como as relações de trabalho que se estabelecem entre os profissionais, tendo em vista que o projeto econômico político vigente afeta diretamente a população, por meio do aumento da miséria absoluta, da fome, da violência, de doenças endêmicas e pelo desemprego e subemprego em massa e não propõe alternativas claras e eficientes, frente às expressões da questão social. Ao contrário, os custos sociais e humanos desse projeto se materializam através das desigualdades, conforme mencionado no item anterior.

A instituição referida não possui espaço físico próprio. Somente no início de 2012, foi construída uma sala, onde fica atualmente a recepção da equipe.

Anteriormente, a mesma não possuía equipamentos, nem instrumentos de trabalho próprios, como telefones e computadores. Além de dividir esse espaço com a UBS, também dividia as linhas telefônicas, o que acabava dificultando o trabalho profissional, pois, muitas vezes, as linhas estavam ocupadas e os profissionais acabavam perdendo muito tempo esperando para fazer uso do telefone.

A partir da construção dessa nova sala, percebeu-se uma melhora nas condições de trabalho da equipe, no entanto, os equipamentos ainda eram insuficientes. A utilização de computadores, muitas vezes necessárias, acabava se tornando muito restrita, pois eram vários profissionais e estagiários disputando seu uso, uma vez que a instituição dispunha de somente um computador. Outra questão relevante se refere ao fato de que não havia um ambiente adequado para a realização de contatos telefônicos. Essa situação comprometia os atendimentos, principalmente, quando era necessário conversar com algum usuário, pois o telefone ficava na recepção, onde o trânsito de funcionários e pacientes era constante. A falta de um espaço adequado comprometia a privacidade e a garantia de sigilo das informações dos usuários.

Para se entender como ocorrem as relações de força existentes nessa realidade, foi necessário compreender-se que alguns fenômenos como a intervenção mínima do Estado, através da redução de incentivos nos setores sociais, bem como a redução dos salários e benefícios sociais, afetam diretamente na forma como a equipe está organizada e como funciona a prestação de seus serviços aos usuários. Constata-se que, diante da conjuntura de desmonte das políticas públicas, são colocados limites à atuação dos profissionais de saúde, pois existem poucos recursos disponíveis para que esses profissionais possam atuar de forma eficaz, prestando um serviço de qualidade. Um exemplo disso é que a equipe conta com somente três salas para atendimento, tendo que haver revezamento entre os profissionais, para seu uso, gerando muitas vezes atrasos nos atendimentos, prejudicando a qualidade do serviço.

Além disso, o fato de haver somente um carro e um motorista para atender toda a demanda da UBS, da gerência distrital e da Equipe de Saúde Mental, dificultou muitas vezes a realização de visitas domiciliares e institucionais durante o estágio. Percebeu-se que a precarização dos recursos e das relações de trabalho destes profissionais, que são trabalhadores assalariados, ocasionava uma nítida

desmotivação por parte de muitos, o que, conseqüentemente, acaba influenciando na maneira como esses desenvolviam seu trabalho.

Por outro lado, percebe-se que é comum a sociedade culpabilizar os profissionais da saúde pela baixa qualidade dos serviços, no entanto, se for feita uma análise com maior profundidade concluir-se-á que as condições de trabalho desses profissionais tem sido as mais adversas como ora apresentadas nessa análise, ocasionando, muitas vezes, até mesmo danos para a saúde desses trabalhadores, como depressão e outras doenças relacionadas ao trabalho. A precariedade das condições de trabalho, demonstradas na violação dos direitos trabalhistas, na instabilidade, insegurança, intensificação do ritmo da produção e nas pressões sofridas no ambiente de trabalho interfere na saúde dos trabalhadores e também no modo de agir, pensar, sentir e fazer (LOURENÇO, 2007).

Com as transformações econômicas e políticas em curso, nota-se uma escassez de recursos por parte do Estado, retirando assim, sua responsabilidade em relação às respostas que devem ser dadas à questão social. Esse distanciamento do Estado no que se refere ao o provimento das condições adequadas para os trabalhadores da saúde envolve as orientações neoliberais, que consideram os gastos sociais como atividades burocratizadas e sem retorno.

O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem estar. [...] Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciadas como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política (ANDERSON, 1995, p.9).

Dessa forma, o ajuste fiscal; as privatizações; a desregulamentação; a flexibilização das relações de trabalho, a reestruturação do sistema previdenciário; a fiscalização dos gastos públicos, bem como a abertura comercial e financeira, são alvos de mudanças nas relações entre Estado, sociedade e mercado, objetivadas por esse regime (HOUTART; POLET, 2002). Nesse sentido, percebe-se que a reorientação dos modelos de assistência são formas de resistências construídas para o enfrentamento das novas exigências sociais, políticas e econômicas provocadas por esta nova ordem societária. No campo das políticas sociais econômicas observam-se impactos das orientações neoliberais, uma vez que o Estado diminui sua intervenção cada vez mais.

O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador desse desenvolvimento, transferindo, para o setor privado, as atividades que possam ser controladas pelo mercado. Isso vai se traduzir na generalização da privatização das empresas estatais e na publicização dos serviços de saúde, educação e cultura, tornado possível que o Estado abandone o papel de executor direto desses serviços (IAMAMOTO, 2004, p. 120-121).

Constata-se que por meio dessa estratégia ideológica e político-econômica, ocorre a transferência da responsabilidade do Estado para o terceiro setor¹³ ou para o setor privado. Pode-se dizer que há uma regressão no que diz respeito aos direitos sociais, conquistados na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), conforme afirma Soares (2003, p. 11).

Retrocedemos historicamente à noção de que o bem-estar social pertence ao âmbito do privado, ou seja, as pessoas, as famílias e as “comunidades” devem responsabilizar-se pelos seus problemas sociais, tanto pelas causas como pelas soluções.

Alguns usuários expõem, durante os atendimentos, suas dificuldades para acessarem os serviços públicos de saúde. Relatam que é necessário muito esforço para conseguirem marcar uma consulta e que muitas vezes a demora é tão grande que acabam optando pelos serviços privados de saúde, nesse caso, somente aquela minoria que possui condições para tal. Essa situação foi evidenciada pela fala de um dos usuários, conforme registro no Diário de Campo da estagiária (ALVES, 2012): “eu já estava desistindo, marquei a consulta há três meses, se fosse algo grave já tinha morrido [...] se eu tivesse condições pagaria um plano de saúde” (DALIA, 2012)¹⁴.

Confirmando essa situação, os meios de comunicação difundem diariamente através de notícias, o mau funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990). Dessa forma, dissemina-se a ideia de que o Estado é incapaz de gerenciar sistemas e serviços de saúde. São mostradas, como exemplo, as filas em hospitais e as dificuldades enfrentadas pela população para conseguir atendimento, reforçando-se a lógica neoliberal, de que tudo que é público é precário.

¹³ Entende-se Terceiro setor por “iniciativas privadas que não visam ao lucro; iniciativas na esfera pública que não são feitas pelo Estado. Nem empresa, nem governo, mas sim cidadãos participando, de modo espontâneo e voluntário, e um sem número de ações que visam ao interesse comum” (FERNANDES, 1994, p.11).

¹⁴ Todos os nomes utilizados nas falas dos usuários são fictícios. As falas foram retiradas dos Diários de Campo da aluna (ALVES, 2012).

Irani da Silva, moradora de Luziânia, em Goiás, conta que sempre recorre ao Hospital Regional do Gama (HRG) quando precisa, mas não está nada satisfeita. "O atendimento é péssimo. Uma vez cheguei aqui às 8 da manhã e só fui embora às 20 horas. Sempre tenho de esperar muito. Não tenho idéia da hora em que vou ser atendida hoje", diz, com olhar cansado. Infelizmente, Irani da Silva não está sozinha. Esperar faz parte da rotina dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a Constituição de 1988. Muito mais do que dinheiro extra, os especialistas são unânimes em dizer que, no fundo, o SUS precisa é de um choque de gestão (VASCONCELOS, [s.d.]).

Em contrapartida, a mídia indica como solução as propostas privatizantes de administração para a saúde, demonstrando assim, estar a serviço do capital e seus interesses. No entanto, sabe-se que a crescente privatização da saúde a torna uma mera mercadoria manipulada pelo capitalismo, onde as melhores condições são para aqueles que têm capacidade de pagar, voltada para o individualismo, e não ao coletivismo.

Percebeu-se que, existem muitos limites que impedem a melhoria dos serviços prestados pela Equipe, limites que além de estruturais, também são gerados pela forma de gestão do serviço. Notou-se certa dificuldade por parte dos funcionários da UBS em aceitar a Equipe e seus estagiários, deixando a impressão de que a instituição está "de favor" no espaço que deveria ser só deles.

Contudo, apesar das dificuldades enfrentadas, foram perceptíveis os avanços, e apesar de toda condição precária de infraestrutura, a Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste demonstrou-se compromissada com a população usuária. Todos os profissionais demonstraram ter apropriação acerca das propostas da Reforma Psiquiátrica e realizam ações pautadas nos pressupostos descritos na lei. Durante o processo de estágio, foram realizados também, vários seminários com a intenção de serem discutidos textos sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Tais seminários possibilitaram aos profissionais, bem como aos estagiários, um acúmulo de conhecimento sobre a temática referida. Além disso, constatou-se que a Equipe sempre atuou de forma interdisciplinar. São realizadas semanalmente, reuniões, nas quais são apresentadas situações de usuários e, após, são construídas coletivamente, estratégias de intervenção.

A interdisciplinaridade não dilui as disciplinas, ao contrário, mantém sua individualidade. Mas integra as disciplinas a partir da compreensão das múltiplas causas ou fatores que intervêm sobre a realidade e trabalha todas as linguagens necessárias para a constituição de conhecimentos,

comunicação e negociação de significados e registro sistemático dos resultados (BRASIL, 1999, p. 89).

Cada profissional possui um olhar diferenciado, por isso, acredita-se que a articulação entre diferentes saberes, possibilitou a troca e integração entre áreas, favorecendo a intervenção na perspectiva da integralidade dos sujeitos. Observou-se durante todo o processo de estágio, o respeito e a valorização entre os profissionais da Equipe. Durante as discussões realizadas nas reuniões semanais, os conhecimentos e opiniões de cada integrante da equipe, até mesmo dos estagiários, foram levadas em consideração. Ao reconhecer-se a importância de cada olhar sobre determinada situação, percebeu-se a interação e a dependência mútua entre os profissionais, conforme salienta Cunha (2005, p.179):

O princípio de reconhecimento das singularidades dos sujeitos trabalhadores valoriza a dinâmica da equipe, uma vez que demonstra implicitamente a mútua dependência de todos os profissionais para o resultado final. O trabalho em saúde é metaforicamente entendido como uma corrente, em que a força de cada elo define a força do conjunto.

Com essa compreensão de que cada profissional possui um saber e uma atuação importante para o resultado final, considera-se que o assistente social, enquanto profissional que atua na área da saúde, possui um papel de grande relevância nesse espaço. Esse profissional deve contribuir com seu saber, intervindo de forma ampliada diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Tal processo é reforçado pelo conceito ampliado de saúde, conforme estabelecido na lei 8080/90.

A saúde têm como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, [1990]).

Sendo assim, o exercício profissional do assistente social ocorre, tendo em vista que sua atuação não se dá na doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis que a determinam. O Serviço Social nesse espaço será contextualizado e discutido no item a seguir.

3.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O Serviço Social é uma profissão legitimada socialmente, regulamentada pela Lei 8.662 de 7 de junho de 1993 (BRASIL, 1993 b). É exercida pelo assistente social, que é um profissional com formação de caráter interventivo, ou seja, que realiza ações socioeducativas, oportunizando acesso aos direitos, buscando a sua ampliação, conforme aponta (IAMAMOTO, 2009, p. 20):

Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que as necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais.

Esse profissional atua em diversos espaços sócio-ocupacionais, inserindo-se em processos de trabalho, nos quais o produto a ser alcançado será resultado de um trabalho coletivo. Sua atuação, no entanto, assume variadas formas, de acordo com o espaço no qual está inserido. Nesse sentido, destaca-se a área da saúde, que se constitui como um dos espaços principais, nos quais o assistente social opera e desenvolve sua ação, tornando-se um profissional indispensável nas equipes de saúde. A inserção desse profissional na saúde implica em uma apropriação e conhecimento sobre políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao SUS, e como se dá a garantia do acesso à população a estas políticas.

A partir da Reforma Psiquiátrica, que introduziu uma nova compreensão sobre a saúde mental, a intersetorialidade¹⁵ com as demais políticas e o trabalho interdisciplinar passaram a ser priorizados, a fim de possibilitar ao sujeito com sofrimento psíquico um tratamento humanizado e de qualidade. Com isso, foram criados novos espaços de tratamento, em que a intervenção do assistente social, juntamente com os demais profissionais das equipes de saúde, se torna essencial, tendo em vista à integralidade no atendimento aos sujeitos. Dessa forma, o assistente social dá sua contribuição no campo da saúde mental, tendo em vista que realiza uma leitura crítica da realidade, levando em consideração os conhecimentos

¹⁵ A intersetorialidade busca a integração entre setores e instituições, a fim de enfrentar situações complexas, superando assim a fragmentação das políticas sociais, tendo em vista a totalidade dos sujeitos (JUNQUEIRA, 1997).

acerca das condições de vida e de trabalho dos usuários, bem como dos determinantes sociais¹⁶ que interferem no processo saúde-doença desses sujeitos.

Em consonância com os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2009), a atuação do profissional, nesse contexto, é desenvolvida no sentido de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços disponíveis na instituição e na rede de serviços, buscando sempre atuar em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade no que se refere à atenção à saúde. Assim, durante o processo de estágio, foi possível compreender como ocorre a inserção do Serviço Social em um serviço especializado em saúde mental e como esse espaço vem sendo construído ao longo dos anos na instituição sócio ocupacional, onde a aluna realizou todo seu processo de estágio, ou seja, na Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste. Destaca-se que o Serviço Social na referida instituição não possui registros históricos sobre sua implementação, assim, o relato sobre o início desse processo contou com a contribuição da assistente social do campo.

A referida assistente social iniciou seu trabalho como coordenadora da Equipe, em 2002, permanecendo no cargo até o ano de 2010. Sua participação até então, consistia na gestão da Equipe e pouco atuava no atendimento às demandas dos usuários. Em janeiro de 2011 a mesma deixou a coordenação e passou a atuar somente nos atendimentos aos usuários, permanecendo assim até os dias atuais.

Verificou-se que o Serviço Social está inserido na maioria das ações desenvolvidas pela Equipe, atuando de forma interdisciplinar. São ações nas quais o assistente social participa: acolhimentos em grupos e individuais; realização de atividades de grupo com usuários de álcool e outras drogas – AD; Grupo para familiares dos usuários do grupo AD; Projeto Notas de alta (busca ativa de pacientes egressos de internação psiquiátrica); grupo com representantes de serviços da rede; reinserção social com usuários de um residencial que abriga pessoas com sofrimento psíquico e apoio matricial¹⁷ em Estratégias de Saúde da Família – ESF da região. A

¹⁶ “Consideram-se como Determinantes Sociais da Saúde, as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação e moradia, bem como acesso a serviços e bens públicos, entre outros” (BRASIL/DSS, 2012).

¹⁷ “O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados [...] O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial” (CAMPOS; DOMITT, 2007, p. 399).

assistente social realiza ainda, reuniões e contatos com os serviços da rede socioassistencial, quando pertinentes aos atendimentos, buscando assegurar direitos.

Ressalta-se que independente do caráter das ações desenvolvidas pelas instituições, o objeto do Serviço Social é a questão social, em suas diversas expressões, que demandam a intervenção profissional. Tais intervenções são realizadas e potencializadas por meio dos instrumentos de trabalho, que o profissional dispõe. Nesse sentido, os instrumentos e técnicas são os meios de trabalho utilizados pelo profissional na realização de sua ação sobre o objeto. Esses instrumentos devem ser utilizados com uma intenção clara, a fim de satisfazer necessidades, bem como alcançar objetivos e finalidades. Essa capacidade de utilização dos meios dotada de intencionalidade chama-se instrumentalidade, que é entendida como:

[...] um conjunto de condições que a profissão cria e recria no exercício profissional e que diversifica em função de um conjunto de variáveis como: o espaço sócioocupacional, o nível de qualificação de seus profissionais, os projetos profissionais e societários hegemônicos, a correlação das forças sociais, dentre outros (GUERRA, 2000, p. 20).

Considera-se que o assistente social, embora não produza diretamente uma mercadoria, coopera, através de sua ação profissional, para a produção e reprodução da vida social, uma vez que sua intervenção incide diretamente no comportamento e na vida dos sujeitos. Assim, a práxis possui uma intencionalidade sempre de transformação, pressupondo o desenvolvimento de processos sociais, em que se inserem a reflexão e a problematização da realidade, tendo a centralidade na finalidade e não no instrumental por si só (PRATES, 2003).

Ressalta-se que a ação profissional do assistente social possui um direcionamento social, ou seja, é norteadada pelo projeto ético-político da profissão, que vincula-se a um projeto de transformação da sociedade, compromissado com a classe trabalhadora. Em relação aos projetos profissionais, Netto esclarece que esses indicam os objetivos e requisitos para o exercício profissional, instituindo parâmetros de atuação às profissões.

Os projetos profissionais apresentam a auto- imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as

balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...] (1999, p. 95).

Assim, o projeto profissional do Serviço Social materializa-se através das seguintes regulamentações: código de ética do Assistente Social (CEFESS, 1993a), Lei de regulamentação da profissão (CFESS, 1993b) e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, que norteiam a formação acadêmica. Tal projeto tem seus fundamentos históricos e teórico-metodológicos embasados na teoria marxista. Além disso, este é amparado em valores e princípios éticos humanistas, bem como nas particularidades da formação histórica do país (IAMAMOTO, 2009).

Cabe ressaltar, que o exercício profissional exige que o assistente social vá além daquilo que lhe é posto como demanda da instituição e, para isso, é necessário articular conhecimentos acerca das condições macro societárias que acabam impactando na instituição onde o profissional atua. Dessa maneira, para a efetivação do seu trabalho, torna-se indispensável que o profissional tenha embasamento teórico-metodológico e que se aproprie do arcabouço de leis que regem as políticas sociais. É necessário ainda, que a metodologia de trabalho seja orientada de acordo com a realidade concreta de cada usuário. Para tanto, faz-se necessário um profissional que esteja em constante processo de qualificação e que acompanhe o movimento e as mudanças da realidade social, afim de não se tornar um burocrata e tecnicista, mas que se preocupe com a promoção de mudanças significativas no cotidiano da população usuária.

De acordo com Sousa (2008), o assistente social ocupa um lugar privilegiado no mercado de trabalho, pois, ao mesmo tempo em que ele opera diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidas, ele tem a oportunidade de produzir conhecimentos acerca dessa mesma realidade. Nesse sentido, o principal instrumento de trabalho deste profissional é o conhecimento, que lhe permite ter a dimensão das possibilidades de intervenção profissional.

Verificou-se, durante o processo de estágio, que os instrumentos e técnicas mais utilizadas pelo Serviço Social na referida instituição foram: a entrevista, a fim de conhecer a realidade e desenvolver estratégias de intervenção; visita domiciliar e realização de trabalhos com grupos. Destaca-se que a visita domiciliar é um dos instrumentos que potencializa as condições de aproximação com o cotidiano dos

sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária. Dessa maneira, verificou-se que a utilização desses instrumentos se dava a partir da necessidade identificada, de acordo com a finalidade das ações. Todos os atendimentos realizados pelo Serviço Social eram registrados nos prontuários dos usuários.

Constatou-se que na Equipe, muitas demandas institucionais para o Serviço Social se referiam à busca de recursos como passe-livre, vale-transporte e orientações referentes ao acesso ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Além disso, observou-se como demanda para o Serviço Social, a busca de recursos para a inserção de usuários em serviços da comunidade, como cursos e oficinas, visando desenvolver a autonomia destes sujeitos, buscando estimular o convívio com seus familiares, com outras pessoas ou grupos, quando possível, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Percebeu-se que muitos usuários apresentam dificuldade de acesso ao serviço de saúde mental, pois não possuem vale-transporte ou dinheiro para ir até a Unidade. Além disso, muitos trabalham de forma precária, não possuindo carteira profissional assinada, como no caso de empregadas domésticas, que constituem uma parcela significativa de pessoas atendidas. Essas usuárias, muitas vezes, não conseguem dar continuidade ao tratamento, pois não são liberadas de seus empregos para comparecerem à unidade de saúde. Antunes (2007) discutindo a questão do trabalho, dá subsídios para a análise dessa situação. Ele esclarece que a mudança na estrutura produtiva e no mercado de trabalho possibilitou, também, a incorporação e o aumento da exploração da força de trabalho das mulheres em ocupações de tempo parcial, em trabalhos “domésticos” subordinados ao capital. Segundo o mesmo autor, esse contingente feminino tem aumentado em quase todos os países, principalmente nos de capitalismo avançado.

Como referido anteriormente, o desemprego, a precarização do trabalho, a falta de acesso à saúde, à educação, ao trabalho, à habitação, bem como o consumo de drogas e álcool, associado às questões socioeconômicas são as principais expressões da questão social que se apresentaram na equipe de saúde mental durante o processo de estágio. Estas expressões se transformaram, conseqüentemente, em demandas para o Serviço Social. É importante, no entanto, que o assistente social busque a compreensão da raiz das desigualdades que aparecem no cotidiano institucional e que procure captar as formas de enfrentamento a essas desigualdades.

O que se persegue é decifrar, em primeiro lugar, a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade. Desigualdades são indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais. Mas decifrar a questão social é também demonstrar as particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais á questão social (IAMAMOTO, 2004, p. 59).

Nessa perspectiva, entende-se que a apreensão dessas situações como consequências do conflito entre capital e trabalho demarca a forma de leitura da realidade realizada pelo assistente social no espaço sócio ocupacional. Compreende-se que os profissionais de outras áreas que trabalham na instituição nem sempre possuem o mesmo entendimento acerca das demandas institucionais. A seguir será apresentado o trabalho da profissional em formação e como se deu a elaboração do objeto a ser transformado nesse contexto.

4 A MATERIALIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

Esse capítulo objetiva compartilhar os conhecimentos adquiridos, através da experiência vivenciada pela acadêmica, durante seu processo de formação, junto à pessoas com sofrimento psíquico. Para tanto, será apresentado como ocorreu o processo de identificação do objeto de intervenção, ou seja, o fragmento da realidade que se buscou transformar no espaço sócio-institucional. Será exposta, também, a instrumentalidade das ações desenvolvidas durante a intervenção e a avaliação desse processo, destacando-se os desafios e potencialidades encontradas, no decorrer da execução do projeto de intervenção.

Pretende-se, ainda, abordar e problematizar aspectos do cotidiano dos usuários, moradores do residencial, em que a aluna realizou sua intervenção profissional. A principal intenção é dar visibilidade à importância do direito ao exercício da autonomia para os sujeitos com sofrimento psíquico, a fim de que possam usufruir dos direitos básicos assegurados a todo cidadão e, assim, possam realizar seus próprios objetivos de vida, de acordo com suas capacidades.

4.1 O TRABALHO DA PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO: O OBJETO DE INTERVENÇÃO

Dentre as demandas atendidas pela Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste, conforme explicitado anteriormente, eram realizados atendimentos psiquiátricos com dez usuários, que residem em um residencial privado, que abriga pessoas com sofrimento psíquico. O Serviço Social tinha como demanda desenvolver um trabalho de inserção desses usuários em recursos da comunidade, tais como, oficinas, cursos, bem como promover sua vinculação com a Estratégia de Saúde da Família¹⁸ da Região. Assim, desde o início de seu processo de estágio, a profissional em formação vinculou-se a essa proposta que passou a ser sua principal atividade.

¹⁸ “A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade” (BRASIL/PSF, 2012).

Inicialmente foram realizadas visitas domiciliares pela acadêmica, juntamente com uma estagiária do curso de Psicologia ao referido residencial. Essas primeiras visitas tiveram a intenção de conhecer os usuários e identificar suas principais necessidades, bem como de prestar esclarecimentos aos usuários e à gestora do residencial, a respeito do trabalho que se pretendia desenvolver. Destaca-se que a visita é um instrumento de grande importância para o assistente social, no que se refere à apreensão da realidade e conseqüentemente, à busca da garantia de direitos. A partir das primeiras aproximações com essa realidade, foi possível conhecer as condições de moradia, bem como identificar aspectos do cotidiano desses sujeitos, que suscitaram à acadêmica, alguns questionamentos em relação ao seu funcionamento e às formas de cuidado prestado pelas cuidadoras responsáveis pelo residencial.

A visita domiciliar é um dos instrumentos que potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária. As visitas domiciliares têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas de gabinete (MIOTO, 2001, p.148).

Identificou-se que a forma como se dá o funcionamento da moradia e o cuidado proporcionado aos usuários, acarretava na negação de alguns direitos, entre eles o direito fundamental que é a autonomia. De acordo com Pereira (2007), a autonomia não é somente ter liberdade para agir como se bem entender, mas constitui-se de uma necessidade básica universal. Representa acima de tudo a capacidade de traçar objetivos e crenças, valorá-los e reconhecer-se como responsável por suas decisões e por suas ações. Freire (1996) complementa ao afirmar que ter autonomia é estar presente no mundo não como alguém que precisou adaptar-se a ele, mas que nele se insere. É a posição de alguém que luta para não ser apenas objeto, mas sujeito de sua história.

Compreende-se que o sujeito com sofrimento psíquico possui identidade e vontade própria, com capacidade de ser protagonista de sua vida. Não é um incapaz que não pode responder por seus atos. Considera-se importante esclarecer a distinção entre autonomia e independência, uma vez que são conceitos diferentes, a independência diz respeito às habilidades físicas fundamentais para a realização de determinadas atividades básicas, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, tomar

medicamentos, deslocar-se sozinho, e realizar todos os cuidados de higiene pessoal. A autonomia relaciona-se à possibilidade de compreender e avaliar determinada situação, a fim de poder escolher entre alternativas disponíveis e tomar decisões (ANDREATTA, 2011).

Dessa forma, algumas doenças podem ocasionar dependência e perda de autonomia a algumas pessoas, no que diz respeito à realização de atividades, bem como de tomada de decisões. Contudo na realidade evidenciada o sofrimento psíquico vivenciado por esses sujeitos não interferiu totalmente em sua capacidade de autonomia e independência. Por isso, entende-se que esse lar, ou seja, essa moradia deveria ser um lugar de oportunidades de desenvolvimento para o potencial criativo, do exercício da autonomia e que proporcionasse uma melhoria na qualidade de vida destes usuários. Compreende-se qualidade de vida como,

[...] um evento que tem múltiplas dimensões, é multideterminado, diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades, e assim, sua avaliação tem como referência diversos critérios. Avaliar a qualidade de vida consiste em comparar as condições dispensáveis com as desejáveis. Os resultados são expressos justamente por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação (NERI, 2001, p. 108).

No caso da saúde mental, o entendimento de qualidade de vida e autonomia está relacionado com o conceito de reabilitação psicossocial. Dessa forma, Pitta (1996) entende a reabilitação psicossocial como um processo que facilita ao usuário com limitações, a reestruturar a autonomia de suas funções na comunidade. Esse processo visa à inserção do usuário com sofrimento psíquico na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade, de acordo com a proposta atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tem por objetivo a desinstitucionalização.

Para Saraceno (1999) a reabilitação psicossocial deve abranger três aspectos principais da vida do sujeito, são eles: moradia, trabalho e lazer. O acesso à moradia é um direito humano básico fundamental para a garantia de outros direitos como a saúde e é essencial para o respeito à dignidade da pessoa humana. O trabalho seja de caráter formal ou informal, como oficinas de geração de renda, cooperativas protegidas e até mesmo a realização de tarefas do cotidiano, tem um papel fundamental na reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico. Representa a oportunidade de reinclusão desses sujeitos na sociedade e nos espaços coletivos a que têm direito. O lazer está relacionado ao prazer e bem-estar

pessoal dos sujeitos. Pode significar apenas a realização de algo que proporcione satisfação e alívio de tensões, como também, uma forma de promover a integração com o território e com a rede de serviços.

Constatou-se que os usuários do residencial não possuem a mínima autonomia de controle financeiro de seu benefício ou aposentadoria. Através de suas falas, durante algumas conversas, percebeu-se que ao serem impedidos de seu direito de escolha ou de comprar qualquer coisa desejada, sentem-se diminuídos e fragilizados. Tal afirmação é evidenciada no Diário de campo da acadêmica (ALVES, 2011), através da fala que segue:

Ela (cuidadora) vai ao banco e retira meu dinheiro, o cartão fica com ela, ela sabe a senha [...]. Não fico com nada. Quando preciso de pasta de dente, desodorante, ou passagem para ir ao médico, tenho que pedir para ela [...]. Gostaria de ficar com um dinheirinho para comprar umas coisinhas boas para comer [...]. Me sinto mal por nunca ter dinheiro para nada (JASMIN, 2011).

Observou-se que a renda mensal (benefício ou aposentadoria) desses usuários é administrada pela cuidadora, que a utiliza da forma que considera necessário. Essa forma de desrespeito como são tratados, no entanto, resulta em um descontentamento por parte da maioria, uma vez que estão desprovidos das condições necessárias para o exercício da cidadania. Entende-se por cidadania, a apropriação dos bens sociais pelo conjunto dos cidadãos, ou seja, é a capacidade conquistada pelos sujeitos de usufruírem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana, abertas pela vida social, em cada contexto historicamente determinado (COUTINHO, 2000).

Evidencia-se que o sujeito com sofrimento psíquico, no contexto histórico da sociedade capitalista vigente, tem sua autonomia fragilizada, uma vez que as relações estabelecidas por esse modo de produção produz uma cultura de desvalorização desses sujeitos, tratando-os como “loucos”, sem condições de exercerem seu poder de tomar decisões. No momento histórico em que a “loucura” passou a ser categorizada como doença mental, toda a pessoa que fosse incapacitada para o trabalho, e não se adequasse a forma de venda da força de trabalho era classificada na condição de anormal e excluída para tratamento (GRADELLA, 2002).

Constatou-se, ainda, que as demandas que eram trazidas pela cuidadora para à Equipe, durante as visitas, se referiam somente a agendamento de consultas, solicitação de passe-livre e de receitas para medicações. A maneira como essa gestora

realizava o cuidado era focalizada na doença em si e nos processos medicalizantes, revelando falta de conhecimento no que se refere à concepção ampliada de saúde, conforme destacado anteriormente. Essa cuidadora não demonstrava preocupação em relação aos aspectos sociais que envolviam a vida dos usuários, no entanto, entende-se que suas requisições também eram importantes e necessitavam ser atendidas, a fim de garantir a integralidade da saúde desses sujeitos.

Nessa perspectiva, salienta-se que, na realidade dinâmica e contraditória em que o profissional se insere existe uma tensão entre as exigências institucionais e as exigências da população atendida, ou seja, daqueles que são impactados pelas consequências das relações sociais hegemônicas. Assim, o dilema não está em escolher a demanda que irá atender, mas sim em ter a capacidade de atendê-las, superando as contradições, mediando os diferentes interesses, tendo em vista a dimensão ético-política da profissão, reelaborando o objeto de intervenção (BAPTISTA, 2003). Em relação à intervenção profissional do assistente social, no que se refere ao respeito à autonomia dos usuários, Netto esclarece que, apesar das tramas do capitalismo, sempre existe uma possibilidade, ainda que pequena, de transformação da realidade.

Enquanto a organização capitalista da vida social não invade e ocupa todos os espaços da existência individual, ao indivíduo sempre resta um campo de manobra ou jogo, onde ele pode exercitar, mesmo que minimamente, a sua autonomia e o seu poder de decisão, onde lhe é acessível um âmbito de retotalização humana que compensa e reduz as mutilações do prosaísmo da divisão social do trabalho e do automatismo que ela exige e impõe (2000, p. 86)

No decorrer do estágio, compreendeu-se que o processo de fragilização da autonomia, vivenciado pelos sujeitos com sofrimento psíquico, é uma expressão da questão social que pode se manifestar de diversas formas, desde a estigmatização até a restrição da liberdade, do acesso e da inserção aos meios e condições de vida digna. Constatou-se que os usuários que residem no residencial referido, tratam-se de sujeitos que, nesta ordem dominada pelo mercado global, não são nem mesmo explorados, pois são desnecessários à produção e nem podem participar do mercado como consumidores. Diferentemente daqueles que são explorados, mas ao mesmo tempo indispensáveis à produção, e que por sua vez, possuem condições de negociar e conquistar direitos, estes sujeitos são pessoas que foram “invalidadas” pela nova conjuntura econômica e social da atualidade e se encontram marginalizados,

rejeitados de espaços que uma “utilidade social” poderia lhes proporcionar. Para a sociedade capitalista, estes representam apenas um peso (CASTEL, 2004).

Sendo assim, a autonomia fragilizada desses usuários foi identificada como objeto de intervenção, que se expressa na negação da cidadania e participação nas decisões da vida em sociedade. Destaca-se que o objeto de intervenção se refere ao elemento da realidade, que desafia o profissional, porque necessita ser transformado.

O objeto do planejamento da intervenção profissional é o segmento da realidade que lhe é posto como desafio, é o aspecto determinado de uma realidade total sobre o qual irá formular um conjunto de reflexões e de proposições para intervenção. Sua construção e reconstrução permanente ocorrem a partir da localização da questão central a ser trabalhada e das ideias básicas que nortearão o processo (BAPTISTA, 2003, p. 31).

Compreende-se que a prática profissional dos trabalhadores de saúde mental tem avançado em relação à busca de estratégias de inclusão social do sujeito com sofrimento psíquico, no entanto, ainda há muito que fazer nesse sentido. A busca pela garantia dos direitos de cidadania, na lógica da integralidade, deve ser constante, pois, o sujeito só terá saúde e condições de desenvolver sua autonomia se todas as suas necessidades básicas forem satisfeitas.

[...] Não há vida saudável e autônoma se os indivíduos não forem atendidos nas suas necessidades básicas. [...] sem esse atendimento, os indivíduos não terão condições físicas, cognitivas e emocionais para se desenvolver e lutar pela sua libertação de todas as formas de opressão. O desenvolvimento humano, portanto, pressupõe a satisfação básica de necessidades, sem, contudo, limitar-se a esse patamar de atendimento. Há que se perseguir a otimização da satisfação dessas necessidades como um compromisso ético, político e cívico assente nos valores mutuamente implicados de liberdade e igualdade (PEREIRA, 2007, p. 87).

Nessa perspectiva, o Serviço Social, amparado pelos princípios do projeto ético-político da profissão, constitui-se como parte essencial nesse processo, considerando-se que o trabalho do assistente social se insere no âmbito da defesa dos direitos sociais e da cidadania. Esse profissional deve ter como tarefa primordial buscar oportunizar aos usuários, a ampliação e consolidação da cidadania, promovendo ações que garantam processos participativos e emancipatórios. Além disso, deve trabalhar no enfrentamento das desigualdades sociais no sentido de viabilizar acesso a bens e serviços a essa parcela da população que está à margem

do mercado de trabalho e da própria sociedade, bem como do direito de exercer uma livre atuação política, econômica e social.

De acordo com o Código de Ética Profissional do Assistente Social, o primeiro princípio fundamental norteador da prática profissional é o “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993a). Dessa maneira, na realidade identificada, compreendeu-se que cabia ao profissional utilizar mecanismos que pudessem promover e estimular o desenvolvimento da autonomia a estes usuários.

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que a pedagogia da autonomia tem de ser centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 1996, p. 121).

Portanto, buscou-se intervir em aspectos relacionados a autonomia destes sujeitos, entendendo-se que esta relaciona-se também com o atendimento das necessidades básicas dos mesmos para que, assim, tenham condições de igualdade e liberdade. Dessa forma, foi elaborada uma proposta de intervenção com esses usuários, visando à inserção desses junto à comunidade.

Pretendia-se contribuir com o resgate da autonomia dos sujeitos, possibilitando também, a qualificação das cuidadoras que atuam junto a essa instituição. Objetivava-se ainda, colaborar com a construção de uma nova visão acerca dos sujeitos com sofrimento psíquico, superando aquela voltada aos modelos já superados pela reforma psiquiátrica.

4.1.1 O Residencial e os Usuários

O residencial privado que abriga pessoas com sofrimento psíquico localiza-se na região nordeste de Porto Alegre e está em funcionamento há aproximadamente quatro anos. É administrado por duas cuidadoras, tratando-se de mãe e filha, ou seja, o local não possui profissionais com formação, experiência ou especialização em saúde mental, responsáveis pelo acompanhamento dos usuários nas rotinas diárias da casa. A instituição estabelece parceria com Serviço Residencial Terapêutico – SRT da Prefeitura Municipal de Porto Alegre,

administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, criado em 1990. Assim, a maioria dos usuários residentes nessa instituição é encaminhada por esse residencial público, que só pode abrigar oito pessoas, de acordo com a regulamentação dos SRTs, explicitada anteriormente.

Faz-se necessário esclarecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos se constituem como dispositivos de grande importância para garantir o direito à moradia às pessoas egressas de internação psiquiátrica no contexto de desinstitucionalização. Contudo, o SRT público referido é o único existente no município de Porto Alegre, demonstrando assim, a insuficiência de serviços dessa natureza, dando abertura para a criação de moradias privadas, que, muitas vezes, não possuem estrutura física adequada e profissionais qualificados.

Os usuários moradores do residencial onde a acadêmica realizou sua intervenção, são oito mulheres com idades entre 35 a 60 anos e somente um homem de, aproximadamente, 50 anos. Todos já foram internados em hospitais psiquiátricos e a maioria foi encaminhada para este residencial, através do SRT da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, conforme citado anteriormente. Dentre os usuários, oito recebem o Benefício de Prestação Continuada - BPC, que é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (BRASIL/BPS, 2012). Somente dois usuários recebem aposentadoria.

Em contato com os usuários, revelou-se que o sofrimento e a dor fazem parte de seu cotidiano, marcado por perdas, fragilidades, rupturas de vínculos familiares e sociais. Essa situação é revelada através de suas falas, registradas no Diário de Campo da acadêmica (ALVES, 2012 a).

Minha mãe e meu pai faleceram. Descobri que meu marido tinha outra mulher e isso me afetou muito [...]. Fui morar com meu irmão, mas ele casou e não pode mais cuidar de mim [...]. Tive que fechar a minha empresa porque fiquei doente dos nervos e não pude mais trabalhar [...]. Fui internada algumas vezes (FLORA, 2012a).

Minha mãe não queria saber de mim [...]. Eu morava com meus avós [...]. Quando eles faleceram, eu fui internada várias vezes, [...]. Quando meu companheiro morreu, eu fui morar na rua [...]. Não tenho contato com nenhum familiar. A minha cunhada queria que meu irmão me colocasse na rua (MARGARIDA, 2012a).

Constatou-se que apenas uma das usuárias mantém contato frequentemente com seus familiares, visitando-os sempre que possível e outras duas mantém, raramente, contato por telefone com seus filhos. Os demais não possuem vínculos familiares, seja por não possuírem parentes vivos ou por não saberem onde se encontram seus familiares. Com isso, fica evidente também a situação de abandono vivenciada por esses sujeitos.

Percebeu-se ainda, que a moradia funciona na lógica manicomial, tendo em vista que os usuários não possuem atividades e estão afastados do convívio em sociedade, pois a mesma não promove ou cria oportunidades para tal. De acordo com Oliveira (2009) a lógica manicomial não diz respeito somente ao isolamento de pacientes psiquiátricos em manicômios. Essa lógica vai além. Ela se expressa, através de posturas, olhares, formas de tratar o usuário dos serviços de saúde mental, que norteiam instituições e profissionais em sua atuação. Nessa lógica, a identidade dos usuários passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental. Tal termo é utilizado, por ser o manicômio, historicamente, o lugar onde se concretizou esta lógica da exclusão.

Com relação ao afastamento destas pessoas do convívio e participação da vida em sociedade, acredita-se que essa questão deve ser compreendida a partir de uma leitura de realidade mais ampla, incluindo atitudes e comportamentos, conforme esclarece Bulla et al (2004, p.45).

[...] a exclusão social, ainda que possa estar associada à pobreza, constitui-se em um processo de outra complexidade. Inclui outras condições atitudinais, comportamentais e culturais que não se referem tão somente à capacidade de não retenção de bens.

Dessa forma, entende-se que essa situação vivenciada pelos sujeitos com sofrimento psíquico, em geral, vai além da questão econômica, ou seja, além do fato de que muitos por não participarem ativamente do mercado de trabalho não possuem condições de se apropriarem plenamente da riqueza socialmente produzida. Observa-se que, para além disso, essas desigualdades são reproduzidas cotidianamente pelos profissionais que lidam com essas pessoas, através de sua atuação e comportamento excludente, bem como pelas relações estabelecidas pela sociedade como um todo.

Verificou-se, que os usuários não realizavam atividades de lazer, permanecendo ociosos, tornando evidente a sua falta de perspectivas futuras. Essa

situação era justificada pela gestora como falta de tempo, uma vez que só havia duas pessoas para dar conta do cuidado de todos os usuários do residencial. O único momento que lhes proporcionava algum tipo de lazer era quando assistiam televisão, em horários determinados pela gestora.

Observou-se ainda, certa resistência da cuidadora em relação a permitir que os usuários realizassem atividades triviais e simples, como auxiliar nas tarefas cotidianas do residencial, não oportunizando a eles autonomia necessária. Considera-se, entretanto, que a maioria desses sujeitos possui capacidade para realizar muitas atividades, se forem estimulados para tal. Nesse sentido, compreende-se, que a Reforma Psiquiátrica pretende demonstrar que é possível que as pessoas com sofrimento psíquico, consideradas “loucas”, possam assumir diversos papéis na sociedade, pois a doença não é causada apenas por uma contradição entre homem e meio natural, mas também entre indivíduo e sociedade, por isso, estas pessoas devem ser reconhecidas, acima de tudo, como indivíduos, sendo respeitadas as suas diferenças (BISNETO, 2009).

A partir dessa realidade, evidenciou-se a necessidade de promoção de ações que incentivassem a participação social e viabilizassem o acesso dos usuários, aos espaços e serviços da comunidade em que vivem. Para tanto, elaborou-se a proposta de intervenção, através de um projeto, cujo desenvolvimento será apresentado e avaliado a seguir.

4.2 A EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi elaborada a partir do contexto elucidado anteriormente, através do projeto de intervenção, intitulado como “Buscando a Reinserção Social de pessoas com sofrimento psíquico, junto à comunidade”. Durante a execução do referido projeto foi realizada a metodologia que será explicitada a seguir.

Definir uma metodologia de intervenção significa exercer a difícil arte de transformar os pressupostos teóricos escolhidos em diretrizes operacionais e detalhar processos e técnicas de abordagem no seio das relações sociais que se pretende alterar (WANDERLEY, 2008, p. 13).

Inicialmente, pretendia-se que a proposta de interdisciplinaridade ocorresse em todo o processo de desenvolvimento do projeto, por isso, durante os primeiros meses o mesmo foi executado, em parceria com uma estagiária de Psicologia, conforme referido anteriormente. Além disso, o projeto também contou com a participação de uma estagiária do curso de Educação Física, que se inseriu, posteriormente nessas atividades, e de uma agente comunitária de saúde da ESF Batista Flores. Considera-se que a articulação entre diferentes saberes, possibilitou uma troca e integração entre áreas, favorecendo a intervenção na perspectiva da integralidade na atenção a saúde, dos sujeitos. Ambas acadêmicas, entretanto, concluíram seu curso de graduação e, por isso, interromperam sua participação no projeto, antes da finalização do mesmo. O quadro nº 1 que será apresentado a seguir, sintetiza o planejamento das atividades e os resultados alcançados.

Quadro 1 - Síntese do processo Interventivo

OBJETIVOS	INDICADOR QUANTITATIVO E METAS	INDICADOR QUALITATIVO	FONTE	RESULTADOS
1) Promover o desenvolvimento de atividades de reinserção social	<ul style="list-style-type: none"> - Número de atividades de reinserção social realizadas. <p><u>Metas:</u> Promover o desenvolvimento de 18 atividades de reinserção social, juntamente com os usuários, conforme seus interesses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação na gestão do residencial e nas tarefas cotidianas - Capacidade de tomar decisões 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros nos prontuários - Falas dos usuários 	<ul style="list-style-type: none"> - 05 passeios realizados - Não foi possível mensurar se houve participação na gestão e nas tarefas cotidianas do residencial; - Uma usuária relatou que irá voltar a morar sozinha em sua casa (autonomia)
2) Desenvolver práticas educativas com a gestão da moradia, com vistas à mudanças na forma de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Número de práticas educativas realizadas com a gestão da moradia. <p><u>Metas:</u> Realizar 4 reuniões durante o período de execução do projeto, com a gestão do residencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança na forma de cuidado das cuidadoras 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros nos prontuários - Observações realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - 02 reuniões realizadas - 01 passeio realizado pela gestão do residencial, demonstrando mudança na forma de cuidado.
3) Oportunizar a articulação entre os usuários e a rede de serviços do território	<ul style="list-style-type: none"> - Número de serviços da rede, acessados pelos usuários. - Número de reuniões grupais, realizadas na ESF. <p><u>Metas:</u> Possibilitar o acesso e vínculo de 80% dos usuários aos serviços da rede do território. Realizar 6 reuniões em grupo, com os usuários na ESF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação no acesso dos usuários aos serviços da rede do território 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros nos prontuários - Falas dos usuários e profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - 03 serviços acessados (ESF, Equipe de Saúde Mental e Centro Marista) - 5 reuniões grupais realizadas na ESF - Acesso e vínculo de 100% dos usuários com a rede de serviços do território.

Fonte: material sistematizado a partir da Análise Reflexiva, elaborada pela acadêmica (ALVES, 2012d).

As atividades realizadas durante a execução do projeto tiveram como objetivo geral desenvolver a reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico, moradores de um residencial privado de Porto Alegre, a fim de contribuir com a garantia do direito à autonomia destes sujeitos. Tal objetivo foi formulado, devido ao

contexto de segregação e fragilização da autonomia, ao qual estão inseridos estes usuários, conforme explicitado anteriormente.

Os objetivos, de acordo com Baptista (2003), expressam a intencionalidade da ação planejada, em direção a algo que se pretende alcançar. Os objetivos específicos expressam um detalhamento do objetivo geral, que indica os resultados a serem alcançados em áreas definidas. Nesse sentido, os objetivos específicos construídos durante a elaboração do projeto foram os seguintes:

1. Promover o desenvolvimento de atividades, junto aos usuários com sofrimentos psíquicos, que visem sua reinserção junto à comunidade;
2. Desenvolver práticas educativas e de sensibilização com a gestão da moradia, com vista a promover-lhe uma mudança em relação à forma de cuidado;
3. Oportunizar a articulação entre os usuários da moradia e a rede de serviços disponíveis no território (ALVES, 2011b, p.12).

As atividades foram realizadas, quinzenalmente, visando proporcionar-lhes autonomia, através do processo de reabilitação psicossocial, com a reaprendizagem de atividades cotidianas e sociais necessárias para a vida em comunidade. Para tal, primeiramente, conforme o planejamento previsto pelo projeto, foram realizados encontros grupais, no próprio residencial, onde vivem os usuários. Esses encontros tiveram a intenção de levantar potencialidades, interesses e expectativas que poderiam vir a serem trabalhadas durante o período de execução do projeto.

Após essa primeira etapa de conhecimento, foram realizados passeios, dentro e fora da comunidade, conforme os interesses demonstrados durante os encontros, a fim de possibilitar a esses sujeitos, o reconhecimento social e o sentimento de pertencimento social. Entende-se que o isolamento emocional do sujeito e a necessidade de pertencer a uma sociedade são profundos e as frustrações de não obter esses pertencimentos são amplas. Quando se fala de sujeitos que apresentam transtornos psíquicos, esses sentimentos são mais notados, uma vez que sua história já vem marcada por abandono, estigmas e exclusões (CARVALHO; AMARANTE, 2000). A situação de abandono foi evidenciada na vida da maioria dos usuários do residencial referido.

Havia sido definida como meta, o desenvolvimento de dezoito (18) atividades de reinserção social, juntamente com os usuários, conforme seus interesses. Esta meta não foi atingida em sua totalidade, uma vez que foram

realizados somente cinco passeios. É importante esclarecer, no entanto, que alguns fatores inviabilizaram a realização de todos os passeios pretendidos, tais como: o tempo chuvoso e frio, que causou seu adiamento por várias vezes, bem como o fato de somente três usuários possuírem o benefício de passe-livre (os demais não atendem aos critérios estabelecidos para o recebimento desse benefício). A Equipe disponibilizava de poucos passes assistenciais, para fornecer nessas ocasiões.

Contudo, no conjunto desses passeios, foi possível observar a grande satisfação dos usuários em relação a saírem da moradia e pegarem ônibus, o que referiram gostar bastante, de acordo com a fala deste usuário: “eu gosto de pegar ônibus, sempre saí sozinho, mas agora a Dona Rosa não me deixa, porque tem medo que eu fuja” (CRAVO, 2012). Nota-se que a maioria desses sujeitos, antes do adoecimento e ingresso na moradia, tinha uma vida comum, na qual realizava suas atividades cotidianas triviais, como o simples fato de pegar ônibus. Entretanto, por motivos diferenciados, alguns acabaram perdendo a sua autonomia, seja por limitações e condições próprias da doença mental ou pelo fato de a sociedade reforçar essa lógica de que a pessoa com sofrimento psíquico não possui condições para o exercício do livre arbítrio. Nesse sentido, o projeto buscou contribuir para que essas pessoas resgatassem as mínimas condições e capacidades de exercerem sua cidadania.

A reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o paciente em recuperação significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida [...] (BRASIL/MJB, 2011).

Observa-se que o exercício da cidadania é realizado em vários momentos da vida, por meio de processos de interação social e familiar, acesso a instituições, a emprego, a escolarização, a participação na sociedade, etc. No caso dos sujeitos com sofrimento psíquico, no entanto, evidencia-se a perda ou a inexistência desses processos e, por isso, entende-se que é necessária a reinserção social, tendo em vista que ela é um determinante na recuperação integral destes sujeitos.

Destaca-se que um dos passeios oportunizou o reencontro de uma das usuárias com seus dois filhos que ela não via há anos. Após vários contatos telefônicos, em busca de informações a respeito do local onde as crianças estavam abrigadas, as estagiárias conseguiram descobrir o endereço do abrigo e levaram a

usuária para visitar os filhos. A partir dessa visita, foi possível que a usuária visitasse as crianças, regularmente, mantendo, assim, o vínculo familiar.

Ainda em relação aos passeios, ressalta-se que durante sua realização, os usuários demonstraram muita empolgação por estarem em contato com a natureza, conforme se evidencia na seguinte fala: “Olha, que árvores lindas, eu adoro sentar na grama e ver as pombas [...] me sinto tão bem perto da natureza. Pena que a gente quase nunca sai de casa para passear [...]” (JASMIM, 2012). Além disso, através das rodas de chimarrão, durante os passeios realizados em parques da cidade, foi possível aos profissionais envolvidos trabalharem com esses sujeitos, aspectos relativos às rotinas na moradia; a divisão de responsabilidades; as decisões coletivas e a solução de problemas, quando existem.

O projeto previa ainda, a criação de espaços que pudessem proporcionar a esses usuários, um cotidiano dinâmico, oportunizando o exercício de sua independência, a participação e realização de tarefas domésticas, bem como outras atividades que viessem a surgir no dia-a-dia. Para isso, seria elaborado, conjuntamente com a gestão da moradia, uma escala de tarefas domésticas, em que todos os usuários participariam, conforme suas limitações. Esta escala ficaria na responsabilidade das cuidadoras para que a administrassem. Tal atividade visava, além da participação dos usuários nas tarefas cotidianas, a ampliação da capacidade de tomarem decisões. Visava ainda, oportunizar o envolvimento da gestora do residencial no processo de reinserção social dos usuários.

A reinserção social remeterá, assim, para o duplo movimento que leva, por um lado, as pessoas, famílias e grupos em situação de exclusão social e de pobreza a iniciar processos que lhes permitam o acesso aos direitos de cidadania e de participação social e, por outro lado, as instituições a oferecerem a essas pessoas, famílias e grupos reais oportunidades de iniciar esses processos, disponibilizando-lhes os meios, dando-lhes apoio (CAPUCHA, 1998, p. 9).

É importante esclarecer que, durante todo o período de execução do projeto, houve muita resistência por parte da cuidadora em permitir que fossem realizadas algumas atividades. Embora a mesma concordasse com as combinações feitas, após, acabava dificultando o máximo a realização do trabalho desenvolvido pelas estagiárias. Em todos os passeios a mesma se recusou a colaborar com qualquer tipo de contribuição referente ao lanche para os usuários. Entende-se, no entanto,

que essa cuidadora deveria proporcionar-lhes a alimentação, uma vez que administrava sua renda mensal.

Em alguns momentos, a atitude da gestora foi considerada até mesmo desrespeitosa para com as estagiárias, chegando ao ponto de a mesma informar que não queria uma intervenção na forma de funcionamento da moradia, bem como em relação a conduta relativa em relação aos cuidados prestados aos usuários. A senhora referida deixou claro que esperava das estagiárias ações assistenciais, pois segundo ela, sempre foi assim que a moradia funcionou e era desta forma que pretendia que ela continuasse. Tais atitudes resistentes e assistencialistas, já haviam sido evidenciadas anteriormente e, por essa razão, durante a execução do projeto pretendia-se promover práticas educativas e de sensibilização com a gestão da moradia, com vista a proporcionar-lhe uma melhor qualificação em relação aos cuidados em saúde mental, constituindo assim um dos objetivos específicos, conforme citado anteriormente.

Tinha-se por meta realizar quatro (4) reuniões, bimestrais, durante o período de execução do projeto, com a presença da gestora e de sua filha, que também é cuidadora; da psicóloga e da assistente social da equipe de saúde mental; além das estagiárias. Nas reuniões seriam discutidos temas sobre as mudanças e propostas da Reforma Psiquiátrica. Acreditava-se que através destas práticas seria possível desencadear-se um processo reflexivo por parte das cuidadoras e, conseqüentemente, uma mudança em relação à forma de cuidado, baseado nas mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica. De acordo com Vasconcelos (1997, p. 2):

[...] a prática reflexiva tem como base a socialização da informação como instrumento de indagação e ação sobre a realidade social. O aspecto educativo aqui está direcionado para a construção e fortalecimento de condições de participação na transformação das condições geradoras dos problemas vivenciados, buscando contribuir na promoção de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais.

Através da abordagem de Vasconcelos sobre a prática reflexiva, seria permitido trabalhar na abertura de espaços, possibilidades e condições para que a gestora da moradia e a cuidadora, juntamente com o grupo de profissionais, problematizassem as questões de seu cotidiano, procurando desvendá-las, a partir dos conhecimentos e informações acumulados em suas experiências de vida, em articulação com novas informações e conhecimentos que poderiam vir dos profissionais.

Entretanto, foi possível a realização de somente duas (2) reuniões com esse objetivo, uma vez que conforme, explicitado acima, a gestora da moradia se negou a receber essa capacitação, enfatizando que o que ela realmente precisava eram receitas médicas e auxílio para marcação de consultas. Para ela, as atividades propostas pelas estagiárias não estavam de acordo com suas necessidades. Em uma ocasião, a mesma informou que as estagiárias poderiam continuar desenvolvendo seu trabalho com os usuários, desde que não intervissem em seu modo de agir e sua forma de cuidado. Dessa forma, foi decidido durante a discussão da equipe de saúde mental, que as estagiárias continuariam desenvolvendo suas ações, junto aos usuários, porém não mais no residencial. A partir daí, os encontros passaram a ser desenvolvidos na ESF.

A fim de oportunizar a articulação entre os usuários da moradia e a rede de serviços¹⁹ disponíveis no território, conforme um dos objetivos específicos, a estagiária, realizou visita ao Centro Marista, localizado no bairro, onde os usuários vivem, com a intenção de conhecer o serviço, bem como as oficinas e atividades que promove. Após essa visita foi possível a inclusão dos usuários no serviço referido, e eles iniciaram sua participação no grupo de convivência desse serviço, o qual oferece oficinas de artesanato.

Em consonância com esse objetivo, também foram realizadas cinco (5) reuniões grupais na ESF com a presença da médica e agente de saúde da ESF; do médico psiquiatra; da assistente social da equipe de saúde mental e da estagiária de Serviço Social, autora do projeto de intervenção. Esses encontros foram realizados de forma interdisciplinar, com a proposta de proporcionar-lhes um espaço de convivência, possibilitando que cada usuário falasse sobre suas questões, tanto singulares, quanto coletivas, que surgiam durante a vivência no residencial. As metas pretendidas eram: realizar seis (6) reuniões em grupo, aos usuários, na ESF, bem como possibilitar o acesso e vínculo de 80% dos usuários aos serviços da rede do território. Apesar de a primeira meta não ter sido atingida, verificou-se que a

¹⁹ “A rede de serviços são espaços que merecem nossa profunda análise e atenção, pois [...] expressam o movimento de exclusão/inclusão desse sujeito para garantia de acesso a direitos, ou a sua violação, pelo não acesso. [...] o sentido da rede social se pauta na construção do sentimento de pertencimento social; o entendimento da passagem da exclusão para um processo de restabelecimento de direitos, acessos, com a perspectiva de promoção da inclusão social. Assim, uma rede social de apoio existe quando as instâncias sociais estão articuladas e se disponibilizam para que o humano possa usufruir de seus serviços” (KERN, 2006, p. 63, 67).

segunda meta foi atingida em 100%, ou seja, mais do que o previsto, além disso, o vínculo dos usuários com a rede, principalmente com a ESF foi muito expressivo.

Durante os encontros a falta de autonomia, mesmo para a realização de atividades simples, pôde ser percebida, assim como foi referido por este usuário na fala que segue: “A gente nunca faz chimarrão lá na pensão [...]. Eu não peço para fazer. A dona Rosa (cuidadora) não deixa, ela fica brava” (MARGARIDA, 2012). Dessa forma, durante a realização dos grupos, os usuários foram estimulados a se posicionarem diante de questões desse tipo, solicitando à cuidadora que permitisse que os mesmos pudessem realizar coisas que lhes dessem prazer, é claro, respeitando suas limitações e condições.

Em um destes encontros os usuários relataram que haviam feito um passeio com a proprietária da pensão a um sítio, onde participaram de um almoço coletivo e confraternizaram entre si. Entende-se que esse passeio, realizado por iniciativa da proprietária da moradia, representou um avanço no que se refere ao processo de mudança na forma de cuidado realizado pela mesma, pois nunca havia acontecido algo nesse sentido, anteriormente. Considera-se que esse movimento demonstrou que o projeto de intervenção desenvolvido pela estagiária teve impacto sobre a realidade, apesar das formas de resistências demonstradas através da postura da cuidadora da residencial.

Durante o período de execução do projeto, sentiu-se a necessidade de realizar entrevistas individuais com os sujeitos, a fim de dar visibilidade a cada um e suas principais demandas. Acredita-se que, através das entrevistas, foi possível desocultar a realidade que estava por detrás da demanda aparente.

A entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 235).

Destaca-se a importância dessas entrevistas, no sentido de conhecer cada usuário e sua singularidade, pois, para uma intervenção que vá ao encontro de suas necessidades, se faz necessário aprofundar o conhecimento da história de cada um, levando-se em conta os fatores determinantes do processo saúde-doença dos sujeitos. Assim, foi construído um instrumento, em que foram registradas as principais falas dos usuários, contendo alguns pontos principais a serem investigados durante as entrevistas (Apêndice A). Foram realizadas nove (9) entrevistas, sendo que somente

uma usuária não pode ser entrevistada, devido a sua situação de saúde, uma vez que a mesma encontrava-se internada durante aquele período.

Através das entrevistas pôde-se realizar uma escuta sensível com cada sujeito, tendo em vista que, para que ocorresse um diálogo eficaz, era também necessário saber escutar. Freire (1996, p. 119) considera que é escutando que se aprende a falar com os outros.

Escutar é obviamente algo que vai além da capacidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura a fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro.

Durante essa escuta, identificaram-se algumas violações de direitos sofridas pelos sujeitos. Uma dessas violações se refere à precariedade das condições de higiene e da própria infraestrutura da moradia, uma vez que, conforme o relato de um dos usuários, não era permitido a eles tomar banho todos os dias, “Nós tomamos banho dia sim, dia não [...]. A água é muito gelada, porque o chuveiro está estragado” (CRAVO, 2012). Essa situação demonstra um descuido com a higiene pessoal dessas pessoas, podendo ainda provocar riscos a saúde deles, pois o banho gelado poderia ocasionar outras doenças. Outra violação indicada durante as entrevistas foi a negação do direito ao lazer, uma vez que a maioria dos usuários mencionou seu descontentamento por não possuir momentos de divertimento. Esta situação pode ser evidenciada na fala de um dos usuários:

Ela (cuidadora) não deixa a gente ir na missa, nem na praça. A gente fica muito presa. Tem que dar uma caminhadinha senão atrofia [...]. Ela não deixa eu sair, pedi para ir no meu filho e ela disse que não (ORQUÍDEA, 2012).

A restrição da liberdade também foi evidenciada durante as entrevistas e foi indicada na fala que segue:

Eu não gosto da pensão, tem que dormir do meio dia às duas e meia, eu queria ver o Jornal Hoje. Eu gostaria de ver TV à tarde e à noite. A gente tem que dormir às sete e meia, acho muito cedo para dormir. Ela desliga a TV depois da novela das seis (AZALÉIA, 2012).

Contudo, um dos princípios, nos quais se pautam os parâmetros legais da profissão é “o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993a). Assim, entendeu-se que esta situação, na qual se

evidenciava o cerceamento da liberdade, deveria ser problematizada com a proprietária da moradia, pois é papel do assistente social, ainda que em formação, lutar pela garantia desses direitos aos usuários. Foram, também, realizados alguns encaminhamentos referentes à questões de saúde, que foram identificadas através das entrevistas, como por exemplo, a necessidade de consultas ao dentista.

Em relação ao resgate da autonomia, em uma das conversas, uma usuária relatou com muita satisfação o seguinte: “logo vou voltar para a minha casa, pois agora me sinto mais capaz de morar sozinha. Acho que já tenho mais autonomia para retomar a minha vida, pois estou bem melhor de saúde” (HORTÊNCIA, 2012). Essa fala demonstrou que os objetivos da reinserção social, aos poucos, foram sendo alcançados, embora às vezes não fossem tão aparentes. Demonstra, ainda, que as interações promovidas em todos os espaços sociais podem provocar transformações positivas nos usuários, em seu modo de sentir, viver e no modo como se relacionam com as demais pessoas e consigo mesmas.

Nesse sentido, percebeu-se que o residencial para alguns usuários, era visto como um lugar de passagem, de movimento e não de comodismo ou de segregação. A intenção desse trabalho de reinserção social foi também, de que cada morador pudesse organizar melhor sua vida, possibilitando uma melhora na sua relação com o mundo, seja morando sozinho, voltando para a casa da família ou até mesmo, permanecendo onde estava, mas tendo esta moradia apenas como referência, preservando o sonho de uma futura mudança em sua vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em foco representa o fechamento de uma etapa da formação, na qual foi possível desvelar aspectos de uma realidade que está em constante movimento, e que é tão contraditória. Representa ainda, a oportunidade de contribuir para a produção de conhecimento, acerca das temáticas abordadas e principalmente compartilhar a experiência da autora, vivenciada durante seu processo de formação.

Buscou-se apresentar elementos importantes que marcaram a trajetória do sistema de saúde brasileiro, bem como as principais lutas e conquistas nessa área. Nesse contexto, a Reforma Sanitária foi de grande importância para a efetivação de direitos consolidados na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Esse movimento, que instituiu a saúde como um direito social de todos os cidadãos e dever do Estado, impulsionou, também, o lançamento das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Considera-se que, ao mesmo tempo em que a criação do SUS trouxe avanços, a organização do sistema privado de saúde também avançou. Dessa forma, embora o SUS seja um sistema universal, tem sido utilizado, especialmente, por aquelas pessoas que não possuem condições de acessar os serviços privados de saúde. Essa realidade é decorrente do investimento insuficiente do Estado, no que se refere às políticas públicas e, com isso, há um favorecimento do sistema capitalista, o que reforça o aumento da oferta de serviços privados.

No campo da saúde mental, constatou-se, também, transformações e mudanças de pressupostos ao longo da história. A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciou-se um processo de crítica ao modelo manicomial, que excluía as pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, da vida em sociedade. Através da Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), a assistência em saúde mental foi reorientada, garantindo a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial, em serviços na comunidade. Apesar das conquistas trazidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, percebe-se que há muito no que se avançar, ainda, para que suas ações e serviços propostos sejam implementados e ampliados efetivamente. Evidencia-se, assim, a insuficiência de serviços para atender toda a população com sofrimento psíquico.

Em relação à prática profissional, destaca-se que, apesar das dificuldades relacionadas ao fato dos usuários, com quem foi realizada a intervenção, possuírem graus variados de limitações decorrentes de sua saúde mental, muitas vezes requerendo trabalhos diferenciados com cada um, percebeu-se que os passeios realizados oportunizaram a eles, a possibilidade de saírem de sua rotina diária. Possibilitaram também, o conhecimento da cidade onde vivem, admirarem as belas paisagens e conviverem em sociedade. Constatou-se que as atividades de lazer possuem grande importância no que se refere à promoção do resgate da autonomia e da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. São significativas na medida em que propõem espaços de reabilitação psicossocial, em que, como consequência, estes sujeitos possam modificar-se enquanto pessoas.

Cabe esclarecer, que a maioria desses sujeitos passou grande parte de sua vida nas ruas ou dentro de instituições, com pouco ou nenhum contato com a realidade da vida em sociedade, ocasionando mais limitações ainda, decorrentes do afastamento da vida em sociedade. Portanto, considera-se um trabalho muito complexo promover a reinserção social desses usuários, bem como proporcionar-lhes o desenvolvimento da autonomia. Esse trabalho requer abordagens diversificadas, tendo em vista as diferentes necessidades de cada um.

A partir do desenvolvimento deste trabalho foi possível compreender que é um desafio para a saúde pública realizar intervenções em espaços privados, onde não há uma fiscalização maior por parte da gestão da saúde. Observou-se que, no residencial referido, não há um compromisso ou obrigação por parte da gestão em adequar-se ao que preconiza a lei da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, evidencia-se claramente a lacuna deixada pela falta de uma rede pública de serviços substitutivos que acolham as pessoas com sofrimento psíquico, de uma forma mais humanizada, com assistência integral, garantindo-lhes um cuidado qualificado, através de profissionais capacitados.

Considera-se que esses sujeitos deveriam estar residindo em Serviços Residenciais Terapêuticos públicos, com estrutura adequada às suas necessidades, no entanto, constatou-se que em Porto Alegre existe somente um estabelecimento, para atender toda a demanda da população. Nesse caso, as moradias privadas ainda se constituem como alternativas para essas pessoas, que na falta de um suporte familiar e social, muitas vezes acabam se tornando moradores de rua.

Percebeu-se, ainda, que os encontros grupais realizados na Estratégia de Saúde da Família foram muito importantes no sentido de viabilizar aos usuários o vínculo com esse serviço, bem como garantir a eles um acompanhamento constante em relação à saúde mental. A partir desses encontros, observou-se que a ESF passou a ter um conhecimento mais aprofundado sobre os usuários e suas necessidades. Além disso, os profissionais desse serviço passaram a ter o entendimento de que a ESF da Região é o serviço de referência em saúde, responsável pelos usuários residentes neste residencial.

Avalia-se também, que a aproximação do serviço especializado com a atenção básica, através das ações desenvolvidas, desencadeou um processo de compartilhamento de responsabilidades entre as duas equipes. Possibilitou, também, um processo de educação continuada, pela qual cada equipe teve a oportunidade de aprender uma com a outra. Assim, pode concluir-se que as alterações propostas pela Reforma Psiquiátrica só irão ocorrer, através da participação dos profissionais. O trabalho em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar deve ser algo a ser construído para a efetivação de um modelo de assistência voltado para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, a garantia de acessibilidade aos serviços e a maior resolubilidade das ações de saúde.

Durante o estágio, obteve-se o entendimento de que para os serviços de substituição ao modelo asilar sejam efetivos, é necessário haver uma mudança de compreensão em relação à saúde mental, rompendo-se com a lógica antiga. Para isso é imprescindível à criação de políticas públicas nesta área, bem como a realização de ações de fiscalização e articulação com órgãos de defesa de direitos e de controle social, a fim de promover a qualificação de instituições privadas, não regulamentadas, como o referido residencial.

A vinculação do estágio no campo da saúde mental contribuiu para a qualificação da formação profissional da autora desse trabalho, agregando conhecimentos acerca das Políticas de Saúde e Saúde Mental. Sua inserção na Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste de Porto Alegre possibilitou o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, em que a troca de experiências e saberes agregaram uma vasta riqueza à formação profissional da estagiária. Considera-se que a formação em Serviço Social permitiu a acadêmica uma nova forma de olhar, pensar e agir em relação ao mundo, superando a visão ingênua que

tinha anteriormente, através do desvendamento das contradições, em busca da transformação da realidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vanessa Castro. **Diário de campo de 06 de junho de 2011**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social II, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011a.

_____. **Diário de campo de 11 de março de 2012**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012 a.

_____. **Diário de campo de 21 de maio de 2012**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012b.

_____. **Projeto de Intervenção: Buscando a Reinserção Social de pessoas com sofrimento psíquico, junto à comunidade**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social II, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2011b.

_____. **Diário de campo de 03 de junho de 2012**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012c.

_____. **Análise Reflexiva**. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012d.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental: desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: BORÓN, A; SADER, E. (Orgs). **Pós-Neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ANDREATTA, Ana Paula Fabbris. **Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre: PUCRS, 2011.

ANTUNES, RICARDO. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2007.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras Editora, 2003.

BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. Disponível em
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em junho de 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm>. Acesso em: novembro de 2011.

_____. **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino médio.** Parâmetros curriculares nacional – Ensino Médio, Vol. 1. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Média e Tecnológica, 1999.

_____. **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. Brasília, 2001.

_____. **Lei nº 8.142** de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União. 1990 b

_____. **LEI Nº 8.689,** de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. 1993 a.

_____. **Lei nº 8662/93** de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social. 1993 b.

_____. **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DO BRASIL. TRATAMENTO/Reinserção Social/Definição.** Disponível em:
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11437&rastro=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em novembro 2011.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.**

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080,** de 19 de setembro de 1990a. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990 a. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf>. Acesso em: 23 de mar. de 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Manual do Programa “De Volta para Casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Portal da Saúde. **Determinantes Sociais de Saúde (DSS)**. 2012. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32923&janela=1>. Acesso em maio de 2012

_____. Portal da saúde. **Programa Saúde da Família**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149> Acesso em novembro de 2012.

_____. Previdência Social. **Benefícios da Previdência Social**. 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>>. Acesso em maio de 2012.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês; et al (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>. Acesso em junho de 2012.

BULLA, L.C. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, dez. 2003.

BULLA, L.C; MENDES, J.M.R; PRATES, J.C; MEDEIROS, M.B.M. A exclusão social como uma das manifestações da questão social no contexto brasileiro, In: BULLA, L.C; MENDES, J.M.R; PRATES (orgs.) **As múltiplas formas de Exclusão Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do processo de trabalho em que participa o Assistente Social na saúde coletiva no espaço sócio ocupacional da atenção básica**. 2009 (dissertação)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X.

CAPUCHA, Luís. Pobreza, exclusão social e marginalidade, In: VIEGAS, J. M. Leite e COSTA, António Firmino da (orgs.). **Portugal, que modernidade?** Oeiras: Celta Editora, 1998.

CARVALHO, A.M.T.; AMARANTE P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do sofrimento da clínica. In: AMARANTE P.(org.). **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CASTEL. Robert. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, Mariângela Belfiori; BÓGUS, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita. **Desigualdade e a Questão Social.** São Paulo: EDUC, 2004.

CEFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: 2009.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social:** problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1984.

CFESS. **Código de Ética profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993 a.

_____. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993 b.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente:** Ensaio sobre a democracia e socialismo. Cortez, 2000.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E., **Sistema Único de Saúde. Sistema Único de Saúde:** princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, 2001.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental :** uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. Porto Alegre, 2007. 292 f.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lúcia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FERNANDES, Rubem César. **Privado porém público:** o terceiro setor na América Latina. 2 ed. RJ: Relume- Dumará, 1994.

FLEURY, S. (Org). **Saúde e Democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Revista Ciência e saúde coletiva**, vol.14 no.3. Rio de Janeiro May/June, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez, 2005.

GRADELLA JÚNIOR, O. **Sofrimento psíquico e trabalho intelectual do docente universitário**. Marília, 2002. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2002.

GUERRA, Yolanda. A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000.

HOUTART, François; POLET, François. **O Outro Davos**: Mundialização de Resistências e de Lutas. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, Marilda. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2010.

IBGE. Censo Demográfico. In: PORTO ALEGRE. OBSERVA POA. **Indicadores das Regiões e Bairros, Região Nordeste**. Disponível em: <<http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?modulo=regioes&p=7,0,0>> . Acesso em setembro de 2012.

IBGE. PORTO ALEGRE. OBSERVA POA. **Indicadores das Regiões e Bairros, Região Leste**. Disponível em: <http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?modulo=regioes&p=4,0,0>> . Acesso em setembro de 2012.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Revista Saúde e Sociedade**. vol.6 no.2 São Paulo Aug./Dec. 1997.

KERN, Francisco. A. A rede como estratégia metodológica de operacionalização do SUAS. In: MENDES, J.M.R; PRATES, J.C; AGUINSKY, B. (orgs.). **Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

KOSIK. Karel. **Dialética do Concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LEWGOY, A.M. B. & SILVEIRA, E. M. C. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. In: **Revista Textos & Contextos**, nº 8, ano VI, dez., 2007. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos>>. Acesso em novembro de 2011.

LIMA, Ana Luce Girão Soares; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos** vol. 10 nº. 3. Rio de Janeiro, Sept./Dec.2003.

LOURENÇO, E. A. S; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 32 (115): 121-134, 2007.

MACHADO, Kátia. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **Revista Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, 2005.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Perícia social: proposta de um percurso operativo. In: **Serviço Social e Sociedade**, n.º 67. 2001.

NERI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: SESC, 2001.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético- político contemporâneo. In: CEAD/ABEPSS/CFESS. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia(org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. V.1, n.2, p. 48-61, Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147. Disponível em: <http://psicologogeofilho.do.comunidades.net/index.php?pagina=1769586659_08>, Acesso em junho de 2012.

PEREIRA, Potyara A. **Necessidades Humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2007.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Internato Rural. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 20/09/2012. 2011.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de Mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do Assistente Social.** Tese de Doutorado. Porto Alegre: PUCRS, 2003.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **O Desastre Social.** Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOUSA, C. T. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao.com>>. Acesso em: 18 out. 2012.

SOUZA, Herbert. **Como se faz análise de conjuntura.** Petrópolis, Vozes, 2009.

SOUZA, Vinícius Rauber. **Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas Políticas Públicas em Saúde Mental no Rio Grande do Sul.** Dissertação de mestrado, 2012.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira , da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/abr. 2002, p. 25-59.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço Social e prática reflexiva. **Em Pauta–Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, nº. 10. Rio de Janeiro: FSS / UERJ, julho – 1997.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não.** Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VASCONCELOS, Lia. Saúde - Tempo real. **Revista IPEA.** Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=991:reportagens-materias&Itemid=39). Acesso em outubro de 2012.

WANDERLEY, Mariangela. B. Políticas Públicas e Trabalho Social: polêmicas em debate. In: ARREGUI, C.C; BLANES, D.N. (orgs.). **Metodologias do trabalho social.** São Paulo: IEE/PUC-SP, 2008.

APÊNDICE - Instrumento para entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:	
VÍNCULOS FAMILIARES:	
NÍVEL DE AUTONOMIA:	
ROTINAS NA MORADIA:	
RELAÇÃO COM USUÁRIOS E COM A PROPRIETÁRIA DA MORADIA	
INSERÇÃO NA COMUNIDADE:	
SAÚDE	
BENEFÍCIOS	