

ORGANIZADORA

Viviane
Bernadeth
Candra
Brandão

EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

temas e contextos

ORGANIZADORA

Viviane
Bernadeth
Candra
Brandão

EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

temas e contextos

| SÃO PAULO

| 2022



Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2022 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2022 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski

Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt

Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimário Pimentel Silva

Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosângela Colares Lavand

Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah

Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes

Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior

Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadette Beber

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos

Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos

Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni

Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins

Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabricia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Katía Bruginiski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taiza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcisio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

Valdir Lamim Guedes Junior
Universidade de São Paulo, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton

Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Bianka de Abreu Severo

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite

Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho

Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Eliisene Borges Leal

Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabeth de Paula Pacheco

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior

Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira

Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes

Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Samara Castro da Silva

Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento

Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira

Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

Direção editorial Patricia Biegling
Raul Inácio Busarello

Editora executiva Patricia Biegling

Coordenadora editorial Landressa Rita Schiefelbein

Diretor de criação Raul Inácio Busarello

Assistente de arte Ligia Andrade Machado

Editoração eletrônica Lucas Andrius de Oliveira
Peter Valmorbida

Imagens da capa Rawpixel.com, Freepik - Freepik.com

Revisão Sabrina Lima Carvalho

Organizadora Viviane Bernadeth Gandra Brandão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E24

Educação em saúde mental: temas e contextos / Viviane Bernadeth Gandra Brandão (Organizadora). – São Paulo: Pimenta Cultural, 2022.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-464-7

DOI 10.31560/pimentacultural/2022.94647

1. Serviço social. 2. Educação. 3. Saúde mental. 4. Violência doméstica. I. Brandão, Viviane Bernadeth Gandra. (Organizadora). II. Título.

CDD: 360

Índice para catálogo sistemático:

I. Serviço social

Janaina Ramos – Bibliotecária – CRB-8/9166

PIMENTA CULTURAL

São Paulo · SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 2

INTRODUÇÃO

Querido (a) leitor (a), apresentamos a você a primeira edição do livro “*Educação em Saúde Mental: Temas e contextos*”. Este trabalho é fruto de um esforço coletivo, no qual engloba tanto um compromisso e empenho dos (as) assistentes sociais especialistas em Saúde Mental que são residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, do Hospital Universitário Clemente de Faria – Unimontes, localizado na cidade de Montes Claros – MG, quanto da organizadora, que por sua vez, é tutora no referido programa.

Os temas abordados envolvem problemáticas atuais com um olhar crítico e reflexivo acerca dos avanços e limites encontrados no campo da saúde mental, como também o trabalho do assistente social na área. Ambas pesquisas foram desenvolvidas tendo como metodologia o estudo bibliográfico de caráter descrito e qualitativo por meio de leituras e análises críticas dos artigos, legislações, livros e documentos publicados com embasamento científico.

Dada a peculiaridade e complexidade das temáticas de trabalho aqui referenciados, o livro foi dividido em dois momentos: O primeiro discorre acerca de temas que impactam o cotidiano do trabalho e a vida nos pacientes na saúde mental e o segundo apresenta uma discussão sobre o Serviço Social e Saúde Mental.

Sejam bem-vindos, desejamos-lhes uma boa leitura!

SUMÁRIO

Introdução..... 7

Capítulo 1

**O estigma na saúde
mental e o desafio
de uma nova moralidade..... 10**

Dimas Ribeiro Sales

Capítulo 2

**Gênero e história pública:
uma análise a partir
do documentário
“em nome da razão”..... 24**

Débora Regina Amaral

Capítulo 3

**Atenção à saúde mental
de mulheres em situação
de violência doméstica e familiar..... 39**

Marcella Moara Medeiros Dantas

Capítulo 4

**Serviço social
e saúde mental: reflexões acerca
da instrumentalidade profissional..... 51**

*Thalita Lorrane Rocha Rodrigues
Vanilde Pereira Pego*

Capítulo 5

**Serviço social e o acolhimento
à usuários e famílias na saúde mental..... 74**

Larissa Souza Queiroz Fernandes

Capítulo 6

**Serviço social e política
de saúde mental na atualidade:
álcool e outras drogas..... 92**

Thainara Soares Veloso

Capítulo 7

**O serviço social
na atenção primária à saúde:
entre avanços e retrocessos..... 107**

*Raimara Gonçalves Pereira
Viviane Bernadeth Gandra Brandão*

Sobre os autores e as autoras 140

Índice remissivo..... 142

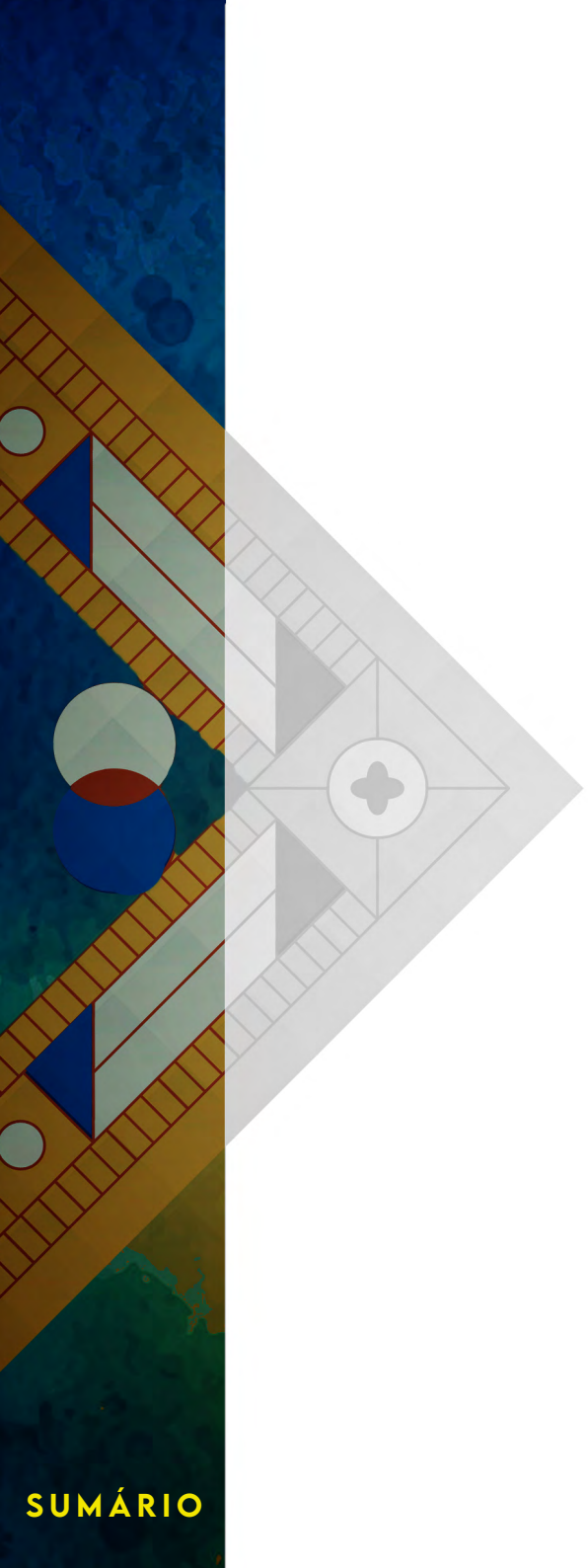


1

Dimas Ribeiro Sales

**O ESTIGMA NA SAÚDE
MENTAL E O DESAFIO
DE UMA NOVA
MORALIDADE**

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.1



RESUMO

Este artigo aborda o conceito de estigma na saúde mental desde o contexto grego clássico até a contemporaneidade, pensando-o em sua relação com a moral. Parte-se da perspectiva de que a reforma psiquiátrica inaugura uma nova proposta de moralidade no que tange aos sujeitos que têm sofrimento mental. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tem como objetivo uma reflexão teórica sobre o conceito de estigma na saúde mental, a partir da existência de uma tensão de forças entre a moral proposta com o advento da reforma psiquiátrica e a moral vigente, dotada de preconceito e discriminação com os que sofrem com problemas da mente. Superar os desafios oriundos dessa tensão, através de ações concretas no cotidiano, emerge como uma construção possível e necessária.

Palavras-chave: Estigma; Saúde Mental; Moral; Sofrimento Mental.

INTRODUÇÃO

O presente artigo traz em seu bojo, como principal objetivo, a realização de uma reflexão teórica sobre o conceito de estigma e a identificação dos desafios de sua superação no campo da saúde mental na atualidade. O caminho metodológico para isso foi a realização de uma revisão bibliográfica sobre a temática.

O tema que ora abordamos é de fundamental relevância para a construção de uma prática profissional voltada a uma maior relação de cuidado aos que sofrem com problemas de saúde mental. Para além disso, a busca por ações que elevem tais sujeitos à condição de protagonistas de suas ações, plenos de cidadania.

Deste modo, o presente artigo está dividido em três tópicos e considerações finais. No primeiro, cujo título é: *reflexões sobre o conceito de estigma e a moral*, abordamos o conceito de estigma e sua relação com a moral. Os autores centrais utilizados neste tópico foram Goffman (2004), Aristóteles (1991), (2000).

No segundo tópico, *a loucura numa nova perspectiva de moralidade*, foram tecidos alguns apontamentos que desencadearam no acontecimento da reforma psiquiátrica no sentido de pontuar que este movimento apresenta a possibilidade de uma nova moralidade social no trato com a saúde mental. Autores utilizados: Bisneto (2007), Barroso (2016) e Prado (2017).

O terceiro tópico: *impasses e estratégias*, pontua os conceitos de autoestigma e estigma público, impasses para os quais a educação emerge como a melhor estratégia e possibilidade de materialização de um novo olhar concreto em relação aos que tem sofrimento mental. Corrigan e Watson (2002), Goffman (2004) e Pimentel *et al.* (2013) foram os autores que nortearam este tópico.

Por fim, nas considerações finais, apresentamos os resultados desta breve investigação. Não se esgota um tema tão amplo em poucas páginas e em momento algum houve tal pretensão. Porém, está posto que há um longo caminho à frente e este precisa ser construído cotidianamente. Afinal, o estigma social é um desafio existente na saúde mental que desde já, pode-se inferir, ainda precisa passar pelo crivo da reforma psiquiátrica.

REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE ESTIGMA E MORAL

Estigma é um conceito que remonta ao período da antiguidade clássica grega. Trata-se de uma marca ou sinal utilizado para identificar escravos, estrangeiros, mulheres, criminosos ou qualquer outro sujeito cuja posição social fosse delimitada por um caráter depreciativo. Desta forma, desde sua aceção das origens da cultura ocidental, o referido conceito traz consigo o amalgama da negatividade enquanto marco característico dos sujeitos nas relações sociais. Com o termo estigma “se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, 2004, p. 05). O estigma, ressalta o autor, indicava a característica de alguém que deveria ser evitado, “especialmente em lugares públicos” (*idem*).

Aristóteles (1991) e (2000) já apontava em seus escritos éticos e sobre a política que o homem é um animal político, um ser relacional. Ou seja, o homem vive em sociedade, se realiza nela, seu fim último, qual seja, a vida na *pólis*. Este ambiente destinava-se aos chamados virtuosos, aqueles que tinham o direito natural de participar da sociedade e decidir sobre seu futuro a partir de decisões políticas tomadas

na *ágora*¹. Na outra ponta, estavam aqueles não pertencentes àquela sociedade e, por isso, marcados com os estigmas que os identificava socialmente, inclusive como não partícipes da vida pública.

Se, conforme o estagirita, se identificavam como virtuosos, bons, os homens que participavam da vida política, é possível inferir que os que estavam fora dessa seara, eram os não bons, não virtuosos e, ainda, portadores de uma inscrição física, pedagogicamente inserida no corpo.

O estigma social no contexto naturalista clássico era parte de um cenário moral que definia os lugares e papéis sociais de cada sujeito. Por sua vez, é possível inferir a perspectiva de que tal marca social era oriunda de uma imposição moral constituída a partir dos extratos sociais privilegiados, estipuladores do *Ethos* vigente. A moral em voga expressava o ponto de vista hegemônico de uma elite e, por sua vez, o não enquadramento naquele modo de ser era identificado fisicamente nos sujeitos “apolíticos”. Estes, os marcados, tinham, concretamente visível em seu corpo, a insígnia que os inscrevia socialmente numa esfera de moralidade cuja principal característica era a negatividade da vida social.

Tais sujeitos, conforme as bases teóricas do pensamento clássico, como é o caso aristotélico, não faziam parte da vida política e, portanto, não se encontravam no status dos considerados cidadãos. Deste modo, a cidadania não está no rol dos estigmatizados e, se a felicidade na concepção aristotélica, enquanto fim último do homem, é algo possível apenas na vida política, o estigma seria, em suma, a marca da infelicidade.

Goffman (2004), quando aponta para a concepção de *status* moral – dos portadores de estigmas em alusão ao contexto grego –, traz, implícita nessa proposição, uma perspectiva de temporalidade, já

¹ Praça pública.

que a moral se vincula a dado tempo ou momento histórico, seus costumes e tradições e, por isso, está susceptível às mudanças. Dito de outro modo, a ideia de estigma varia conforme o contexto de determinada época. Neste sentido, é Vázquez quem, numa visada sócio histórica, nos pontua o fato de que “se por moral entendemos um conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa comunidade social dada, o seu significado, função e validade não podem deixar de variar historicamente nas diferentes sociedades” (VÁZQUEZ, 2012, p. 37). Está posto que o conceito de moral remete ao que é susceptível, vulnerável às mudanças históricas.

Diante do exposto, a perspectiva em tela é de que o conceito de estigma social só pode ser pensado dentro de um campo moral. Se o contexto clássico exigia a inserção de uma identificação no corpo dos sujeitos, a história se encarregou de transcender tal concepção. No caso da saúde mental, o estigma está historicamente atrelado à loucura, mais precisamente ao trato moral que a sociedade dispensou, ou dispensa, sobre tal questão. Um exemplo dessas mudanças encontramos em apontamentos feitos por Foucault (2007), no que se refere ao âmbito jurídico. O autor pontua que, conforme a legislação francesa, desde o código penal de 1810, houve significativo avanço no trato a loucura, a saber, a impossibilidade de se “declarar alguém ao mesmo tempo culpado e louco” (FOUCAULT, 2007, p. 21).

A mudança de uma lei aponta apenas para uma outra perspectiva de moralidade, não é em si e por si uma mudança imediata, apenas uma proposta. Portanto, ainda nos passos de Foucault, a cultura conservadora em relação à loucura teve maior dissonância no referido contexto. Neste sentido, uma vez envolvido num ato criminoso, “o louco” estava a mercê das jurisprudências que sempre indicavam a possibilidade contrária ao código penal, qual seja, a admissão da possibilidade de ser culpado e louco. Isso, segundo o autor, era cancelado pela psiquiatria cujo papel consistia em ser a conselheira quanto à aplicação da pena. “Dizer se o indivíduo é perigoso, de que maneira

se proteger dele, como intervir para modifica-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar” (FOUCAULT, 2007, p.22); nisto se resumia a psiquiatria em matéria penal quando a loucura estava em cena.

Embora sem aplicação eficaz, o código de 1810 e sua concepção de: uma vez louco, não culpado, estava vinculada à perspectiva da racionalidade moderna. Se o prisma é o de que toda consciência é consciência de algo e que uma consciência de si só se realiza em outra semelhante (Hegel, 2002), estar desprovido de razão significava, para além de ser inimputável, ser inexistente.

Não que se negue a vigência concreta de estigmas cotidianos aos que sofriam com o fenômeno da loucura no contexto moderno, mas a condição de não racional, num ambiente em que “o que é racional é real e o que é real é racional” (HEGEL, 1997, p. 36), colocava o louco na condição de socialmente inexistente. Este fenômeno, por sua vez, podemos considerar como o grande estigma moderno atribuído à saúde mental, a forma mais explícita de um princípio lógico formal, a negação de algo que existe. A consequência direta disso é que, uma vez não existindo, não se pensavam em políticas de saúde ou qualquer outra perspectiva de inclusão social diretamente voltada a este público, já que fora da racionalidade não haveria humanidade.

A LOUCURA NUMA NOVA PERSPECTIVA DE MORALIDADE

Em seguimento à discussão presente no tópico anterior, Bisneto (2007) assinala que na idade média a loucura foi tratada como castigo divino, possessão demoníaca ou bruxaria; na idade moderna, como negação da racionalidade, ou seja, remetendo a aquilo que é anormal e, por fim; a era contemporânea, marcada com o advento da

psiquiatria, na qual a loucura é vista como patologia, doença. No entanto, nos passos do mesmo autor, após a segunda guerra mundial, este último tratamento dado à loucura fora posto em cheque.

O que se tem a vista é uma concepção que visa romper com a ideia de que os padrões normativos de saúde incidam “sobre a vida apenas nas formas da vigilância e da correção” (PRADO, 2017, p. 215). Este mesmo autor indica que a teleologia a qual se aplicava tal perspectiva de saúde visava conservar a condição de determinantes sociais pautando-se “pela defesa de valores hegemônicos da longevidade, da docilidade e da utilidade relacionada à a (sic) capacidade de integração e realização ao trabalho normalizado e a capacidade de reprodução, nos parâmetros orgânicos e sociais (*Idem*).

A loucura emerge destituída da possibilidade das relações sociais ‘normais’, pois, o louco não dialoga com a normalidade. A loucura – presa às prerrogativas de uma concepção normativa de saúde que direcionava “o sentido da cura, enquanto determinação da boa formação e do funcionamento regular ao nível subjetivo e objetivo em relação ao entorno” (*Idem*) – precisava ser avistada de uma outra perspectiva.

É neste contexto que o centro do cuidado passa a ser o sujeito e não mais a adequação à norma. Uma ponte para a crítica na qual a psiquiatria é tensionada a se abrir a outros campos do conhecimento, pois a loucura, agora observada do ponto de vista do sujeito em sua singularidade, precisava ser considerada na totalidade do seu entorno.

Emerge, por sua vez, neste contexto, o fato de que: “se o sofrimento mental não é exatamente uma doença, outros saberes não médicos precisam dar sua contribuição na intervenção a essa problemática (BISNETO, 2007, p. 174). Assim, caia por terra a concepção de que o sofrimento mental estava propriamente delimitado no campo das doenças. Desta forma, a psiquiatria foi “solicitada a abrir suas portas aos saberes psicológicos, sociais, antropológicos, entre outros” (*Idem*).

Essa mudança paradigmática quanto à concepção de saúde mental nasce, portanto, na metade do século XX, originada num movimento conhecido como reforma psiquiátrica. Trata-se de um movimento social e político cujo escopo fora o fim do modelo manicomial existente. A reforma sinalizava para o fechamento dos asilos (ou manicômios), dando margem ao surgimento de uma outra esfera de moralidade à loucura. Afinal, incluindo-se o crime e as doenças, a loucura também estava sob o prisma de tudo que era “percebido e definido negativamente” (FOUCAULT, 2010, p. 118).

Uma nova lógica emergia com a reforma psiquiátrica. Esta, segundo Barroso (2016), era a da reabilitação, bem como a reintegração social. Neste sentido, se antes a loucura estava escondida da vida social, agora, liberta das prisões manicomiais, precisava ser aceita na vida em sociedade. A isto denominamos de proposta de uma nova moralidade, a aceitação social da loucura.

Não bastava uma mudança endógena de perspectiva quanto ao modelo asilar em voga – e uma consequente mudança na clínica, que passara a ter na singularidade do sujeito, seu ponto de basilar de análise. Mas, uma mudança nos paradigmas sociais no que se refere ao trato com a loucura, o combate ao estigma histórico, socialmente construído no que tange a aqueles que sofrem mentalmente.

O conceito de estigma em saúde mental nasce, portanto, a partir dessas mudanças em curso, com o desafio da construção de uma nova esfera moral de reabilitação e reinserção social dos que conviviam com o sofrimento mental, não enquadrados na moral, então vigente. Esta perspectiva de rompimento com a moralidade moderna, seu olhar em relação à loucura, é uma tentativa de trazer ao “louco”, o lugar de sujeito social e histórico, portador de direitos.

Está, portanto, posta a nova proposta moral para o olhar social sobre a loucura. No entanto, a mudança de um costume ou hábito é

gradativa e sempre construída numa tensão de forças no campo das relações sociais – esferas de moralidade. A loucura retirada dos manicômios precisava encontrar seu lugar no seio social já que, destituída de seu *locus* anterior, estava agora como uma diferença, posta entre os iguais.

IMPASSES E ESTRATÉGIAS

As tensões de forças entre as concepções morais sobre a loucura trazem em si um desafio maior às pessoas acometidas de sofrimento mental, pois, ser um diferente entre os ‘iguais’ se impõe como um exemplo do estigma contemporâneo na saúde mental. Assim, a consciência do sofrimento emerge como um atenuante para seu próprio acirramento, o que do ponto de vista do sujeito que sofre pode ser compreendido como um duplo desafio. Neste sentido, os sujeitos “são desafiados pelos estereótipos e preconceitos que resultam de conceitos errôneos sobre doenças mentais” (CORRIGAN e WATSON, 2002, s/p). Esta perspectiva nos sinaliza que a educação pode ser uma estratégia clara para a construção do que ousamos chamar de nova moralidade, emergida com a reforma psiquiátrica.

Os últimos autores citados abordam o impacto do estigma do ponto de vista dos sujeitos. Assim, segundo Corrigan e Watson (2002), o estigma apresenta duplo impacto na vida das pessoas, a saber o autoestigma e o estigma público. O primeiro está relacionado com o desenvolvimento do preconceito de si mesma, por parte da pessoa que tem algum sofrimento ou doença mental; já o segundo, envolve o modo como a população reage frente a pessoas que tem doenças mentais. Para ambos os casos, os autores identificam três componentes básicos, são eles: o estereótipo, a discriminação e o preconceito.

Um outro ponto é que, no estudo realizado por Corrigan e Watson (2002), o estigma público é reforçador do autoestigma na medida em que o autoestigmatizado se prende ao discurso estereotipado, veiculado nos meios de comunicação e na mídia em geral. Deste modo, o sujeito imerso no contexto do autoestigma é aquele que não consegue sair dessa condição para se constituir nas relações sociais, na busca por emprego, estabelecimento de vínculos afetivos e cuidados pessoais consigo mesmo, entre outras possibilidades de transcender-se. A discriminação é um ponto de atenção. Um dado, presente no trabalho dos autores, é que a sociedade tem preferência pelo tratamento compulsório e é apoiadora da segregação social em instituições, enquanto melhor opção de cuidado para com este público².

Há uma construção a ser realizada no atual contexto socio-histórico. É preciso buscar estratégias de superação acerca do estigma na saúde mental, especialmente por parte daqueles que sofrem diretamente com as doenças da mente. Quanto ao estigma, Goffman (2004) apresenta um conceito que contempla uma característica comum a todos os contextos históricos. O autor compreende estigma como o traço presente em determinado indivíduo que, por sua vez, se imponha como característica de maior importância, de forma tal que distancie o outro e torne menos importante ou invisível socialmente os demais caracteres ou atributos deste indivíduo. Este conceito pode ser pensado no campo da saúde mental contemporânea, pois o sofrimento mental tem se constituído, desde seu surgimento, num traço que, uma vez presente na vida de determinado sujeito, o expropria de tornar visíveis, seus demais caracteres.

Para além do exposto, transcendendo o conceito postulado por Goffman, quando pensamos o sofrimento mental enquanto um traço marcante em relação aos demais presentes, há que se considerar o

² Corrigan e Watson (2002) trazem tal perspectiva a partir de dados de pesquisa realizada nos Estados Unidos. No entanto, são pontos de reflexão importantes para se aprofundar na temática em dada realidade local.

fato de estarmos lidando com algo que expropria o homem de sua condição de sujeito histórico. Neste sentido, ainda que minimamente, a nova moral ou desafio emergido com a reforma psiquiátrica, é algo que soa como um aporte que possibilite a negação de tal expropriação.

Já mencionamos a educação como uma estratégia possível na construção de uma nova moralidade, que contemple os sujeitos com doenças da mente na vida social como pessoas livres e atuantes, constituintes de sua história. Pimentel *et al.* (2013, p. 318) sugere também tal estratégia e, ainda, a “orientação para informar sobre os transtornos mentais, esclarecendo dúvidas e mitos relacionados a esse tema considerando tanto a comunidade em geral como grupos específicos”. Estes últimos são, na visão dos autores, os estudantes e trabalhadores das diversas subáreas da saúde.

Outras estratégias são a busca pela maior aproximação ou contato com os que tem sofrimentos mentais no intuito de desmistificar os mitos ainda presentes na saúde mental. Há ainda como sugestão de estratégias, o reforço da autoestima dos “portadores de transtorno mental, priorizando intervenções consentidas por eles, a fim de auxiliá-los no enfrentamento de obstáculos impostos pela discriminação” (*Idem*). Por fim, os autores apontam o trabalho nos serviços de saúde mental voltados a intervenções de apoio aos pacientes e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este breve artigo buscou-se refletir acerca do conceito de estigma e sua presença na saúde mental. A partir de um resgate teórico daquele conceito, pôde-se verificar que o estigma na saúde mental está atrelado à evolução histórica da ideia de loucura, a forma como tal fenômeno fora compreendido ao longo de cada período histórico, sua relação específica com cada época e sua cultura.

A partir dos autores estudados, é preciso pontuar, como lembra o próprio Hegel (2002), que cada filosofia ou forma de pensamento é válida para seu tempo histórico. Deste modo, inferimos que não cabe o julgamento valorativo acerca da forma como o conceito de estigma era compreendido e aplicado em cada contexto. Os autores retratam seus momentos históricos concretos, esses eram seus registros. A história do pensamento ocidental que nos chegou antes de Marx sempre foi a história, ou visão de mundo, dos que estiveram atrelados à elite de seu tempo. Hoje podemos nos haver com o que pensam e como se sentem os estigmatizados com sofrimentos mentais, ou qualquer outro estigma social, elevando-os ao centro do debate como protagonistas.

De todo modo, o debate sobre o estigma na saúde mental ainda carece de muito estudo e aprofundamento, bem como avanços também no campo da linguagem. Como visto, é ainda comum em alguns autores o uso da expressão “transtorno mental” ao invés de “sofrimento mental”. Está claro que no trato com a loucura, a mudança de um modelo clínico de adequação à norma para uma clínica do sujeito fora o cerne das transformações que marcam o surgimento da reforma psiquiátrica.

Por hora, os propósitos com este artigo estão contemplados, a contar com a compreensão de que os desafios postos na realidade social são de amplitudes incomensuráveis e ainda não atingidos pela reforma psiquiátrica. Aquele que sofre mentalmente conseguiu – como no exemplo foucaultiano sobre o código penal de 1810 – alcançar na esfera da lei, um grau de reconhecimento social na atualidade.

Como dissemos, uma lei é um indicador de um novo norte moral, mas não o norte em si. Construir esse caminho requer pôr em prática as diversas estratégias possíveis de superação da moral ainda vigente, inaugurando com isso, no exercício do cotidiano, atitudes de mudança na construção da nova moralidade que situa aquele que sofre mentalmente, como um sujeito histórico, ator social dotado de desejo e vontade de ser. A potência que precisa se materializar em ato.

REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. **Política**. Nova Cultural, São Paulo: 2000, p. 141-251 (Col. Pensadores).
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 4ª Ed. Nova Cultural, São Paulo, 1991 (Col. Pensadores).
- BARROSO, F. A. R. **Serviço social e saúde mental: o estigma vivenciado por usuários (as) dos Caps**. Trabalho de conclusão de curso / Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Nair Heloísa Bicalho de Sousa. Departamento de Serviço Social – SER, Universidade de Brasília – UNB, 2016.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 33ª Ed. Editora Vozes, Petrópolis, 2007, Cap.01.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Edições Graal, Rio de Janeiro, 2010.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Mathias Lambert, 4ª Ed. LTC, digitalização: 2004. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>
- HEGEL, J. W. **Princípios da Filosofia do direito**. Trad. Orlando V. Martins Fontes, São Paulo, 1997.
- HEGEL, J. W. **Fenomenologia o Espírito**. Trad. Paulo Meneses, 7ª Ed. Rev. Vozes, Petrópolis, RJ, 2002.
- PRADO, Guilherme Augusto Souza. **A outra forma da loucura: reflexões sobre o enlouquecer como experiência trágica**. Orientador: Leonardo Pinto de Almeida. Tese de doutorado em psicologia – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, 2017.
- PIMENTEL, Fernanda de Almeida, *et al.* **Estratégias de combate ao estigma na saúde mental**. In. Políticas de saúde mental: baseado no curso *Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 306-321.
- VÁZQUEZ, Adolfo, Sánchez. **Ética**. Trad. João Dell' Anna. 34ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- CORRIGAN PW, WATSON AC. **Understanding the impact of stigma on people with mental illness**. World Psychiatry. 1(1); 2002: 16–20. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>. Accessed on 10/15/2019.

2

Débora Regina Amaral

GÊNERO E HISTÓRIA PÚBLICA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO DOCUMENTÁRIO “EM NOME DA RAZÃO”

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.2

RESUMO

O artigo se propõe a compreender o imbricamento entre Gênero e História Pública a partir da análise do documentário “ Em Nome da Razão”, dirigido pelo cineasta mineiro Helvécio Ratton. O documentário é uma produção cinematográfica e histórica sobre a realidade dos pacientes considerados loucos, que na década de 70 viviam no Hospital Psiquiátrico de Barbacena/MG. Trata-se de uma denúncia das opressões vivenciadas pelos pacientes, na qual os protagonistas são os próprios pacientes, e é compreendida neste artigo como uma produção de história pública com grande circularidade do conhecimento. O documentário não teve como foco trabalhar a perspectiva de gênero, mas por meio desta pesquisa foi possível realizar a análise por esse viés. A Metodologia utilizada para a realização da pesquisa foi a análise fílmica considerando o cinema como uma lupa que torna visível fenômenos sociais naturalizados na sociedade. Vanoye e Goliot-Lété (1994) orientam que a análise fílmica exige idas e vindas à obra sistematicamente para que seja possível identificar elementos inicialmente despercebidos e por fim realizar a interpretação a luz dos teóricos do campo em que se insere a discussão. Conclui-se que no campo da saúde mental há um histórico silenciamento sobre as questões de gênero e que ao fazer história pública é importante inserir as pluralidades de existências, construir junto com as pessoas uma história que está para além da academia e que pode se apresentar como resistência possibilitando a construção de outros modos de ser e estar no mundo.

Palavras-Chave: História Pública; Hospital Psiquiátrico; Gênero e Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe a discutir sobre o imbricamento entre gênero e história pública a partir da análise do documentário “Em Nome da Razão” é um marco histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira, um curta metragem com a duração de (25 minutos) sob a direção de Ratton³, sendo produzido com recursos próprios, pelo grupo Novo de Cinema e TV e pela Associação Mineira de Saúde Mental, contou com a montagem de José Tavares Barros, a produção data de 1979.

A concretização da proposta de realizar o documentário ocorreu a partir da concessão do acesso ao hospital por parte da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, com o apoio e mediação da Associação Mineira de Saúde Mental, que na época era composta por um grupo de profissionais e outras pessoas sensíveis a essa realidade, já em um movimento de questionar a precariedade da assistência em saúde mental no interior destas instituições, bem como sua função social. (GOULART, 2010).

O documentário retrata em preto e branco a experiência de muitos brasileiros considerados loucos que viveram grande parte de suas vidas em manicômios, neste caso no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Foi exibido pela primeira vez no III Congresso Mineiro de Psiquiatria em novembro de 1979, é importante registrar que o seu foco não é a questão de gênero, mas trata-se de uma denúncia de como o hospital psiquiátrico, em nome da razão, esteve a serviço da opressão de todos aqueles que não eram funcionais para o sistema capitalista. E essa era uma realidade desconhecida para o público leigo e mesmo alguns profissionais de saúde.

3 Helvécio Ratton, mineiro de Divinópolis, profissional do cinema, formado no Chile, e tinha também na época da produção do documentário uma incursão pela economia e cursava o 4º período de psicologia. Observa-se então um cineasta crítico e atento à situação socio-política brasileira'. (GOULART, P38, 2010).

São poucos e impactantes minutos do interior do manicômio inaugurado em 1904, onde é possível transitar entre enfermarias, pátios, corredores, celas e avistar corpos nus ou em outras situações precárias encenando gritos, lamúrias e relatos surpreendentes sobre a dinâmica cotidiana do hospital psiquiátrico e mesmo algumas histórias de como alguns pacientes foram internados, o que instiga o público a ampliar o debate, pois fica evidente que nem sempre se tratou de internar pessoas em situação de crises ou surtos psicóticos.

PERCURSO METODOLÓGICO

As diferentes modalidades de expressão artística, além de produzirem encantos, possibilitam contrapontos ao mundo real. Para Huczynki e Buchanan (2004) a produção cinematográfica pode refletir a realidade, assim como o documentário objeto desta pesquisa, que abriu uma vigorosa fissura no tecido simbólico das instituições psiquiátricas públicas brasileiras, pois apresentou publicamente os limites da racionalidade psiquiátrica. Assim a autora motivada pela possibilidade de utilizar o cinema como campo de análise de fenômenos sociais organizou as etapas da pesquisa da seguinte forma: inicialmente na contextualização de como foi produzido o documentário, posteriormente foram inseridas as discussões sobre gênero e história pública para localizar os campos do conhecimento em que se insere a discussão.

E por fim conforme orientam Vanoye e Goliot-Lété (1994) a análise fílmica se desdobrou em dois momentos que se alternaram em decompor o conteúdo que neste caso são alguns dos relatos das pacientes em meio aos discursos do narrador do documentário e posteriormente o conteúdo foi analisado a luz das discussões de gênero e história pública, o trato teórico permitiu lançar luz a elementos invisibilizados no documentário e também desconstruir a figura do sujeito universal o “ Louco”, permitiu um encontro com história de mulheres que carregam em seus corpos as marcas das violências de gênero.

HISTÓRIA PÚBLICA E GÊNERO: PRODUÇÕES E REINVENÇÃO DA VIDA

Diante dessa realidade, a pesquisa apresenta o documentário em “Nome da Razão” como uma modalidade de produção de história pública e se propõe a realizar uma análise a partir da perspectiva de Gênero. A categoria gênero aqui é entendido como elemento constitutivo de relações sociais organizadas a partir das diferenças percebidas entre os sexos, se há diferenças biológicas entre homens e mulheres, não são elas que determinam as desigualdades entre eles e sim a definição do que são as características que formam a identidade feminina e masculina. Por meio da construção social as mulheres aprendem a ser femininas e submissas e aos homens é exigido bancar sua masculinidade. Essa interação produz a partir de relações de poder uma dominação masculina que historicamente tem colocado a mulher em lugar subalterno na sociedade. (SCOTT, 1990).

Neste sentido Michelle Perrot (2005) na sua clássica obra “ As mulheres ou os silêncios da história retoma a voz das mulheres francesas do século XIX e início do século XX e narra suas histórias, lutas, conquistas, sofrimentos e, principalmente, suas falas e seus silêncios. A autora chama a atenção para a mulher e o silêncio no plural para dizer de sujeitos e experiências plurais. A obra transita por uma história não oficial a partir de cartas, fragmentos de diários, autobiografias arquivos íntimos e silenciosos, fontes que demonstram a desigualdade pela assimetria daquilo que iluminam e circulam na esfera privada de vidas enclausuradas por representações de gênero. Relata sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho principalmente em espaços desertados pelos homens, sobre a ocupação do espaço público permeado por micropoderes. Enfim é um convite para repensar a história das mulheres e reconhecer de que modo elas fizeram e fazem história, de que modo as questões de gênero estruturam a vida em comunidade.

Já que a pesquisa apresenta o documentário como uma modalidade de história pública faz-se necessário discorrer sobre este importante campo do conhecimento que surgiu na década de 1970 nos Estados Unidos em um contexto em que o mercado de trabalho não absorvia os acadêmicos e historiadores, foi uma resposta de como pensar a produção do conhecimento para além da academia. É a produção de conhecimento histórico produzido não apenas pelo historiador e na academia, mas produção conjunta envolvendo a pluralidade de existências. Este novo campo se estende de forma peculiar a realidade de cada país. No Brasil há uma enorme demanda e produção de história pública a exemplo dos websites, perfis nas redes sociais, diversas revistas de divulgação científica, novelas, documentários, minisséries que utilizam o passado como referência e é um exemplo de história pública. (FERREIRA, 2011).

“Em Nome da Razão” é uma produção cinematográfica importante por estimular a circulação do conhecimento histórico e possibilitar reflexões para além do mundo acadêmico. Tornou pública uma questão gendrada desde o século XIX período marcado pela era cartesiana⁴ e conhecido como o século da razão, neste período a psiquiatria se ocupou da doença mental e o louco com promessas de cura, sustentou o isolamento como um caminho para o cuidado, um discurso de poder, onde se construiu um saber da loucura sob o domínio da medicina. No contexto brasileiro o primeiro hospital psiquiátrico foi o Hospício Pedro II, inaugurado na cidade do Rio de Janeiro no ano de 1852, e somente na década de 60 ocorreram manifestações de frentes diversas questionando as opressões vivenciadas pelos pacientes internados. (AMARANTE, 2007).

4 O cartesianismo é um movimento intelectual suscitado pelo pensamento filosófico de René Descartes durante os séculos XVII e XVIII. Descartes é comumente considerado como o primeiro pensador a enfatizar o uso da razão para desenvolver as ciências naturais. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/a-razao-cartesiana.htm>.

O documentário tornou pela primeira vez pública uma história secular sobre um período relevante na história do Brasil ocorrido no primeiro manicômio mineiro, rompeu-se com o pacto de silêncio ao apresentar de forma crítica a realidade no interior dos manicômios, um reflexo do processo de colonização e a formação social brasileira.

No mesmo período de divulgação do documentário, década de 1970, o tema da história pública ganha evidência, é notório a utilização de temas históricos no cinema com a proposta de reflexões sobre diversas questões afetas a vida em comunidade. Conforme Juniele Rabêlo e Marta Rovai (2011) referências deste campo do conhecimento no Brasil, fazer história pública é difundir conhecimento e possibilitar o alcance para um público maior, afinal de contas o conhecimento é importante para operar transformações e não faz sentido manter sob o monopólio de poucos e também não se aprende história somente em sala de aula, é possível levar história e memórias sensíveis para as pessoas, como fez o documentário que tornou pública a história trágica de dominação dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos.

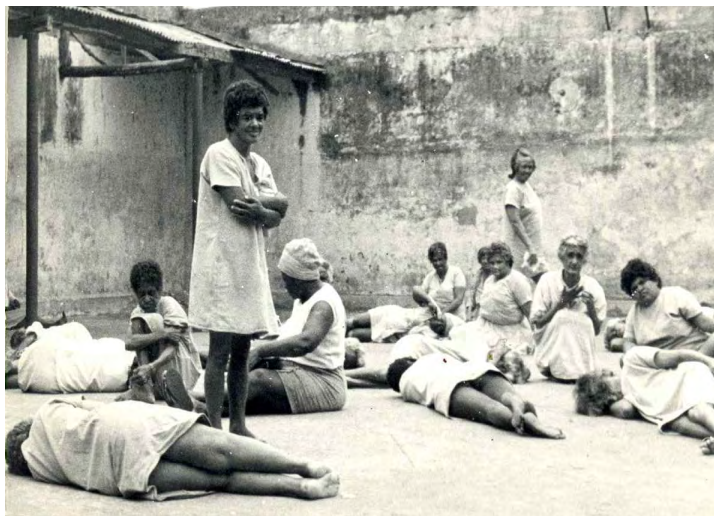
MEMÓRIAS SENSÍVEIS

“Em Nome da Razão” inicia com o relato de uma paciente que tranquilamente diz: “ Eu vim pra qui no ano de 1923 eu tinha de 18 anos para 19, já tem muitos anos, tô bem veia”. Essa paciente há mais de 50 anos estava vivendo em um lugar onde o sujeito tinha suas necessidades reduzidas as necessidades fisiológicas, ali não havia espaço para a individualidade, para a criação e as diferenças. Está diante destas histórias, tão iguais, tão diferentes e observar pequenas grandes resistências que se manifestam no corpo, no gesto, com a fala ou mesmo no silêncio é um convite para adentrar o universo das mulheres e sua pluralidade, distante de estereótipos gendrados pela historiografia que ao revelar apenas um lado da história congela vidas e inviabiliza a dinâmica de outras trajetórias.

A história da loucura é uma história que diz de um sujeito universal “ O Louco”, o que exige de todos um esforço para buscar compreender aspectos até então invisibilizados como a questão de gênero, que é o foco da presente pesquisa. Tornar esses aspectos visíveis nem sempre, pelo menos inicialmente, vai solucionar a dívida histórica para com as classes subalternizadas, mas é um ponto de partida para possíveis transformações. Durante o documentário o narrador realiza um breve comentário que em nome da razão foram confinados: esquizofrênicos, mendigos, homossexuais, drogados e outros incidentes sociais. Observa-se o silenciamento sobre a perspectiva de gênero.

Nesse sentido Showalter (1987) ratifica que historicamente a voz das mulheres foi silenciada, sendo a história da psiquiatria guiada por discursos de psiquiatras homens sobre mulheres loucas. Chama a atenção para o fato de muitos estudos sobre a loucura da mulher. Segue um registro de mulheres no interior do hospital psiquiátrico de Barbacena/MG.

Figura 1 – Mulheres no interior do hospital psiquiátrico de Barbacena/MG.



Fonte: <https://www.em.com.br/app/noticia/especiais/alem dosmuros/2017/05/05/alem-dos-muros,867127/memorias-de-um-holocausto-a-brasileira.shtml>.

A história demonstra que o homem sempre foi ligado à racionalidade e a mulher a insanidade. A loucura tem sido mesmo mais experienciada por mulheres do que por homens? Em que consiste esse fenômeno? Essas perguntas deveriam mesmo suscitar reflexões!

No Brasil Magali Engel (2004) realizou pesquisas sobre a mulher no campo da loucura no final do século XIX. Por meio de análise de evolução nos prontuários em um hospital psiquiátrico identificou formas distintas para concluir o diagnóstico de homens e mulheres. O diagnóstico para as mulheres dizia de questões ligadas a “essência feminina”, ou seja, sua sexualidade fora do casamento com fins não reprodutivos, rompimento de papéis tradicionais como o da maternidade, como se na fisiologia da mulher estariam as predisposições para o adoecimento mental, já no caso dos homens verificou-se o rompimento de papéis sociais reconhecidos socialmente a exemplo do sujeito provedor.

Durante o desenrolar do documentário foi possível verificar relatos de mulheres internadas, algumas há mais de 50 anos, bem como relatos similares de suas trajetórias até chegarem em Barbacena. Por outro lado, verifica-se o silenciamento da perspectiva de gênero nas epistemologias do campo da saúde mental, há uma lacuna de como se deu esse imbricamento no decorrer da história e outras iniciativas no campo da saúde mental.

No entanto o documentário fez circular uma história que se tornou pública sobre o louco e o seu “tratamento” no interior do hospital psiquiátrico, mas suscitou reflexões diversas ao problematizar o público encaminhado para as internações e mesmo a invisibilidade da situação das mulheres. É importante em um país como o Brasil estruturado pelo racismo, patriarcado com fortes valores androcêntricos e eurocêntricos buscar uma análise cuidadosa das tradicionais epistemologias utilizadas e a produção da história pública, sob o perigo da hegemonia de uma história única, pois o modo de fazer história nem sempre contempla a pluralidade dos sujeitos. (PASSOS *et al.*, 2017).

“Em Nome da Razão” apresenta relatos de mulheres que trazem em seus corpos a necessidade de uma história pública. Elas demonstram urgência em ocupar os espaços públicos para se narrarem, e o campo da história pública possibilita esse encontro uma vez que é um exercício de reflexão e ação. É preciso escutar com atenção e cuidado as expressões destas mulheres para além do âmbito institucional e oferecer a elas o resultado da confiança depositada nas pessoas que as escutam e medeiam a publicização destas histórias, para que seja possível ressignificar as histórias (ROVAL, 2019).

Em atenção as lacunas existentes no campo da saúde mental, Vasconcelos (2016) explica que os movimentos brasileiros de reforma psiquiátrica e antimanicomial não aprofundaram na leitura do contexto político e econômico mais amplo em que atuam. E com a crise política e econômica desde o governo da presidenta Dilma, os limites das epistemologias focadas nas esferas de mudanças culturais, institucionais e profissionais do campo, deixam lacunas, há uma demanda de avaliação macropolítica, o que exige leituras e análises qualificadas. E realmente a dimensão social do sofrimento psíquico precisa ser considerada.

Ao afirmar a luta “ Por uma sociedade sem Manicômios”, é preciso definir pautas conforme proposto na Carta de “Bauru” que é o documento confeccionado no ano de 1987, fundante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O documento é um chamado para outras opressões existentes na sociedade, em especial as de gênero, raça/etnia e classe. Assim não justifica falar de um sujeito universal, focar a discussão no campo institucional ou de propostas de renovação da psiquiatria apenas. (PASSOS *et al.*, 2017).

“Em Nome da Razão” demonstra que a relação das mulheres com a saúde mental encontra-se subalternizada ao silenciar essa temática, portanto tornar pública estas histórias foi e é fundamental. Uma das mulheres relata “ Eu vim em 39, fui para aposentar papai pôs o copo em cima da pesa, minha fia cê quer ir pro Rio? Porque meu pai é do Rio,

minha mãe é dos mascarenha. Verifica-se que a paciente foi internada enganada pelos familiares, uma prática comum e que encontra ressonância com as violências praticadas no interior do hospital psiquiátrico.

Outra mulher diz: “Esse hospital hoje nem purgatório num é, porque o purgatório é santificante, a alma sai do purgatório e vai para o céu, aqui muitas vezes sai do purgatório e vai pro inferno, o inferno ocê já sabe o que que é, aqui nós precisamos um padre gamelão, precisamos um médico oculista com todos os remédios, todas as coisas oculares, precisamos de um médico, nesse pavilhão não tem médico, o médico que trabalha aqui tá lá pra São Paulo com o filho dele que tá fazendo estágio”. A paciente faz reivindicações sobre demanda de necessidades básicas e pelo visto consciente de que não sairia jamais deste processo de institucionalização.

Outro relato curioso é de uma mulher que não aparece no vídeo, mas sua voz ecoa: “Aí meu pai, minha mãe me deixou aqui desde os quatorze ano, mas eu não gosto não, perdi a saúde aqui, tô com uma martelação na cabeça”. Outra mulher em sua singularidade humana canta uma música na qual faz um pedido de socorro, socorro da prisão em que se encontra.

*Ô seu Manoel, tenha compaixão
Tira nós tudo desta prisão
Estamos todos de azulão
Lavando o pátio de pé no chão
Lá vem a boia do pessoal, Arroz cru e feijão sem sal
E mais atrás vem o macarrão
Parece cola de colar balão
Depois vem a sobremesa
Banana podre em cima da mesa
E logo atrás vêm as funcionárias
Que são as putas mais ordinárias. (Sueli, paciente do hospital psiquiátrico de Barbacena/MG).*

Todos os relatos confirmam uma história de abandono e silenciamento, mas a participação no documentário foi uma forma de denunciar essa realidade. Verifica-se por meio de pesquisas realizadas no Brasil que existem artigos clássicos sobre a temática apresentada como o de Maria Clementina Cunha (1989) e Magali Engel (2001), mas a discussão ainda é pouco explorada.

Observa-se a necessidade de realizar a interlocução dos estudos feministas e as epistemologias da Reforma Psiquiátrica, pois ambos convocam para a questão da dominação burguesa e patriarcal sobre as mulheres, principalmente nos tempos atuais em que grupos conservadores defendem escola sem partido, combate ao que se chama ideologias de gênero, esse movimento torna-se fundamental para desnaturalizar as opressões e exploração das mulheres em sua relação com a loucura e outros elementos que atravessam o processo de adoecimento. (ZANELLO, 2018).

A revisão da literatura demonstra que os mecanismos de opressão gendrados no campo da saúde mental se reatualizam, exigindo de todos uma leitura e intervenções para transformar essa realidade, um dos achados desta pesquisa foi o artigo sobre a realidade de pacientes em manicômios judiciários hoje, o que tornou possível conhecer a história da Zefinha, entende-se que nomear é preciso para conferir humanidade a paciente que vive há 39 anos em restrição de liberdade no hospital psiquiátrico Pedro Marinho em Alagoas. Está institucionalizada há mais tempo que o aceitável e é a única nesta condição do grupo de pacientes mais antigos. Ainda jovem cometeu crime não se sabe ao certo se de lesão corporal ou tentativa de homicídio, ao chegar na instituição foi avaliada pelo psiquiatra como mulher normal, quase quatro décadas depois, seu quadro de saúde é um tratado de morbididades, enfermidades e dependências. Por fim a análise do seu caso é que em função da longa institucionalização já não possui condições de viver em sociedade. (DÉBORA DINIZ, 2015).

O documentário “Em Nome da Razão” demonstra a realidade de quantas Zequinhas? Quantas mulheres tiveram suas trajetórias interrompidas simplesmente por serem mulheres e talvez não responderem a padrões sociais? Quantas mulheres tiveram suas vozes silenciadas por mordanças químicas? Quantas mulheres tiveram e ainda tem suas vidas marcadas pelas opressões de uma sociedade patriarcal? As políticas públicas de saúde e saúde mental tem considerado esses fatores para a construção do cuidado em saúde mental?

“Em Nome da Razão” marca um tempo em que o conhecimento histórico circulou e ainda circula para que as pessoas possam juntas construir existências plurais, marca um período fecundo de transformações, mas também chama a comunidade para repensar como se estruturou a perspectiva de gênero na formação social brasileira e que ganha materialidade no campo da saúde mental. Ao tecer essa análise fica aberta uma fresta para que outros caminhos sejam trilhados rumo a um mundo mais justo, é óbvio que esta pesquisa não encerra a discussão, mas abre espaço para o diálogo. Reconhecer o documentário como uma modalidade de história pública é importante para que seja possível difundir o conhecimento para além do âmbito acadêmico. Parte-se de uma construção conjunta com e para o público, no entanto preservando a qualidade e a ética do conteúdo das produções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse contexto é importante repensar a função da própria ciência e a responsabilização dos pesquisadores pela humanização da vida das pessoas. Hoje, ano de 2022, em meio a uma pandemia da Covid-19 que já resiste há mais de dois anos deixando marcas indelévels na vida dos brasileiros, aprofundamento do neoliberalismo por meio de um governo conservador, fazer história pública é um ato de resistência

e transformação social, visto que é um processo colaborativo e inclusivo, não se faz história pública para as pessoas, mas com as pessoas, essa é a peculiaridade deste campo do conhecimento.

As pessoas estão diante de desafios que pedem para um tempo mais humano, assim é preciso desnaturalizar o lugar subalterno ocupado pelas mulheres na sociedade brasileira bem como desconstruir a concepção universal dos direitos humanos, a própria história demonstra que a condição de agenciamento das pessoas é diferente, dependendo da sua localização social. A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial brasileira precisam incorporar a pauta do tema “ perspectiva de gênero e saúde mental” a partir de uma compreensão macro para um enfrentamento da dimensão social do sofrimento psíquico da mulher.

A produção de história pública por meio do cinema, jornais, revistas, rádio e outros recursos se apresenta aqui como mais uma possibilidade de levar o conhecimento para um número maior de pessoas e também inseri-las nesta construção e por fim viabilizar transformações sociais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. 120p.

DINIZ, D. Ela, Zefinha –o nome do abandono. **Ciência & Coletiva**, 2015.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. *In:* (Del Priore, M. (org.)). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004, p. 322-361.

FERREIRA, Rodrigo de Almeida. Cinema, educação e história pública: dimensões do filme 'Xica da Silva'. *In:* ALMEIDA, Juniele Rabêlo de; ROVAI, Marta Gouveia de Oliveira (Orgs.). **Introdução à história pública**. São Paulo: Letra e Voz, 2011.

GOULART, M. **Em nome da razão: Quando a arte faz história.** Ver Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum. 2010; 20(1): 36-41.

PASSOS, R. G. e PEREIRA, M. P. **Luta antimanicomial e feminismos:** discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira – I. ed. – Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PERROT, Michelle. **As mulheres ou os silêncios da história/ tradução:** Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC,2005.214p.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão** [CD]. Belo Horizonte: Quintana filmes, 2009.

ROVAL, Marta. **História Oral e Gênero:** memórias sensíveis para um tempo mais humano. São Paulo: Letra e Voz, 2019.

SCOTT, Joan. **Gênero:** uma categoria útil para uma análise histórica. Tradução: Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo. 1990.

SOIHET, R.e PEDRO, J. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. **Revista Brasileira de História.** São Paulo, v. 27, nº 54, 2007,p. 281-300.

SHOWALTER, E. **The female Malady-Women, Madness and English Culture 1830-1980.** London: Pantheon Books,1987.

VASCONCELOS, Eduardo. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência:** Diálogos com o marxismo e o serviço social /Eduardo Mourão Vasconcelos. –Campinas: Papel Social, 2016.

VANOYE, F. & GOLIOT-LÉTÉ, A. **Ensaio sobre a análise fílmica.** Campinas: Papyrus,1994.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos:** cultura e processos de subjetivação/ Valeska Zanello. -1. Ed. – Curitiba: Appris, 2018.

3

Marcella Moara Medeiros Dantas

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.3

RESUMO

Este trabalho objetiva tecer reflexões sobre as implicações da violência doméstica na saúde mental de mulheres, compreendendo a violência como fator de adoecimento. Como estratégia metodológica para a produção do trabalho, realizou-se pesquisa bibliográfica de autores que compreendem a violência de gênero na sociedade como uma questão histórica de saúde pública. Realizou-se também análise documental de boletins e dados estatísticos referente à violência doméstica, levando em consideração o contexto atual de pandemia COVID-19 em que estamos inseridos. Os resultados permitem compreender que a violência doméstica contribui para um agravamento da saúde mental de mulheres que passaram/passam por situações de violência familiar. Compreender a rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica é fundamental para o enfrentamento da cultura machista e patriarcal que é reproduzida historicamente na sociedade. Além disso, a compreensão dessa demanda aponta na perspectiva de contribuir em qualificar as práticas profissionais, entendendo a violência doméstica como grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de adoecimento mental em relação à saúde das mulheres. Nesse sentido, é importante conhecer e discutir as implicações da violência doméstica na saúde das mulheres, visando assegurar um atendimento mais humanizado e qualificado, comprometido com uma sociedade justa e igualitária para todas as pessoas. Espera-se com este trabalho avançar na defesa do direito à saúde das mulheres bem como no enfrentamento à violência doméstica e familiar, ainda tão presente na contemporaneidade.

Palavras-chave: Mulheres; Saúde Mental; Violência Doméstica.

INTRODUÇÃO

No início do ano de 2020 instaurou-se no mundo a Pandemia COVID-19, a qual tem causado grandes implicações na saúde mental da população, a exemplo do agravamento do sentimento de medo e ansiedade (MELO, 2020). Frente ao contexto de crise sanitária que provocou alterações nas relações de trabalho e nas condições de saúde da população, ficou evidente a necessidade de um cuidado contínuo e capacitado no âmbito da saúde mental. Segundo (Melo, 2020), países como China, Espanha e Brasil evidenciaram, pós pandemia COVID-19, um aumento expressivo da violência doméstica e familiar, a qual se configura como um problema de saúde pública.

Na China, os números da violência doméstica triplicaram; na França houve um aumento de 30% das denúncias e, no Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50%. A Itália, assim como os demais países, também indicou que as denúncias de violência doméstica estão em ascensão. (CAMPBELL, 2020 apud MELO 2020, p. 2).

Os dados em relação a violência doméstica durante a pandemia da COVID-19 refletem um acentuado contexto de violência vivenciada por muitas mulheres cotidianamente, tornando essa temática um processo desafiador para profissionais da saúde, que atuam diretamente na atenção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar nos serviços ofertados pela rede.

Conforme Brasil (2015) a violência é um dos grandes problemas da sociedade, sendo considerada uma questão de saúde pública, pois exige, para o seu enfrentamento, a atuação conjunta de diversos fatores:

Por seu caráter multifacetado, a violência doméstica é um problema social, político, econômico e de saúde. Percebê-la e registrá-la vem sendo um desafio para profissionais de todas as áreas. Daí a importância da integração de conhecimentos e serviços no enfrentamento a esse problema. (BRASIL, 2015, p. 308).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é compreender as implicações da violência doméstica na saúde mental de mulheres em situação de violência, isto é, identificar a violência como fator de adoecimento psíquico. A escolha do objetivo de trabalho passa pela minha experiência profissional por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES/MG. Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é cenário de prática do Programa de Residência a qual estou vinculada.

O estudo da temática contribui com um fazer profissional reflexivo às questões sociais que atravessam o cotidiano dessas mulheres. Por meio dos atendimentos em saúde mental, das visitas domiciliares e das discussões de casos clínicos em equipe tenho me aproximado da temática em questão, identificando a violência doméstica e familiar como expressão das questões sociais que atravessam o cotidiano das mulheres que, com frequência, procuram e acessam os serviços da RAPS.

O olhar para a violência doméstica como um fator de adoecimento psíquico tem me motivado à reflexão crítica da prática profissional, à necessidade de buscar novas estratégias de enfrentamento e manejo, contribuindo com a qualidade no serviço prestado à população usuária do SUS e com minha formação enquanto Assistente Social, profissional da saúde. Sendo um dos princípios do Código de Ética do Assistente Social o compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

Como estratégia metodológica para a produção do trabalho, realizou-se inicialmente a escolha do referencial teórico e posteriormente as análises e reflexões em torno da temática da violência doméstica e sua relação com a saúde mental das mulheres, levando em consideração a importância da qualificação dos trabalhadores da saúde no enfrentamento e nas respostas para essa demanda, a qual perpassa o cotidiano dos serviços da rede de atenção psicossocial. Assim sendo, o presente trabalho está norteado pela seguinte reflexão:

quais as implicações na saúde mental das mulheres em situação de violência doméstica e familiar?

Mediante o exposto, o presente trabalho se propõe a analisar as implicações da violência doméstica e familiar na saúde mental de mulheres em sofrimento psíquico, levando em consideração a violência de gênero como fator de adoecimento. Além disso, conforme Barreto, Dimenstein & Leite (2013), as mulheres vítimas de violência utilizam de forma expressiva os serviços de saúde mental. Nesse sentido, aprimorar o conhecimento e reflexões críticas em torno da temática da violência doméstica e sua relação com a saúde mental das mulheres é fundamental para contribuir com a qualificação e o atendimento da prática profissional.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO FATOR DE ADOECIMENTO

Frente a pandemia COVID-19 que provocou implicações na economia e na sociedade dos países do Globo, a sociedade enfrenta velhos desafios que vem se reproduzindo em meio à crise sanitária e econômica que estamos inseridos.

Em meados da década de 1990, a temática da violência é incorporada pela Organização Mundial da Saúde – OMS como questão de saúde pública, sendo posteriormente publicada no Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência (OMS, 2002) ganhando maior visibilidade pela dimensão assustadora com a qual a temática tem impactado nas relações sociais, sobretudo, na vida e no cotidiano das mulheres.

A Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, mais precisamente conhecida como Lei Maria da Penha, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do

art. 226 da Constituição Federal. Em seu Artigo 7º caracteriza as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, são elas: violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial.

Segundo o balanço anual da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180, canal de denúncias do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), criado por meio da Lei 10.714/2003, foram registradas 1,3 milhão de ligações no ano de 2019, correspondentes à denúncias de violência de gênero, solicitação de informações sobre a rede de proteção e direitos das mulheres e outras manifestações. Das denúncias realizadas no Disque 180, 78,96% tratava-se de violência doméstica e familiar. (MMFDH, 2020).

São muitos os estudos que indicam a estreita relação entre saúde mental e a violência contra a mulher, conforme (PEDROSA; ZANELLO apud Schraiber & D'Oliveira 1999): “mulheres vítimas de violência têm mais chance de desenvolver diagnósticos de depressão, ansiedade, insônia, fobia social, entre outros”. (2017, p. 4).

De acordo Pedrosa; Zanello (2017), os serviços inseridos na rede da assistência à saúde são importantes ferramentas na identificação, prevenção e encaminhamento das mulheres em situação de violência doméstica para outros serviços especializados, pela frequência com que elas utilizam os serviços de saúde mental. Mulheres em situação de violência doméstica demandam atenção em saúde mental, suporte psicossocial e jurídico para o enfrentamento da situação que vivenciam. Nesse sentido, as respostas institucionais e intervenções profissionais para a demanda da violência contra a mulher e sua interface com a saúde mental podem se configurar como estratégias importantes no enfrentamento à violência doméstica e familiar.

“SOBREVIVI, POSSO CONTAR”: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E PREVENÇÃO

O Assistente Social é reconhecido como profissional de saúde, conforme a Resolução N° 218, de 06 de março de 1997 e se apresenta como uma profissão historicamente comprometida na eliminação de toda forma de opressão e violência. Um dos princípios fundamentais do Código de Ética profissional do Assistente Social é a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo. Nesse sentido, a temática da violência contra a mulher, como fator de adoecimento psíquico faz parte da agenda política dos profissionais em Serviço Social que atuam na política de saúde, sobretudo, nos serviços da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial, por trabalharem diretamente na atenção à mulheres em situação de violência, por meio do acolhimento, de orientações, dos encaminhamentos à rede de proteção.

Conforme PEDROSA; ZANELLO (2017, p. 4), “é papel dos profissionais de saúde nomear a violência para as mulheres”. Ao identificar que o que ela sofre é violência, o profissional legitima o sofrimento dela, valida sua dor e pode empoderá-la para sair dessa situação.

Por estarem diante de uma ótica biomédica, muitas vezes os profissionais não sabem lidar com esses casos e não os entendem como uma demanda do serviço. Assim, a falta de atendimento ou de cuidado para lidar com a situação naturaliza a violência sofrida pelas mulheres. (PEDROSA; ZANELLO, p. 4, 2017 APUD SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999).

A questão da violência doméstica como um fator social que interfere diretamente na saúde mental de mulheres que já sofreram e/ou vivenciam situações de violência doméstica e familiar deve ser levada em consideração durante os atendimentos e à assistência à saúde prestada. De acordo PEDROSA; ZANELLO (2017), faz-se necessário

estimular a crítica dos profissionais de saúde sobre as questões sociais, a fim de contribuir com a qualidade no atendimento, no enfrentamento da violência institucional e na desnaturalização e culpabilização da mulher pela sua condição de saúde, práticas conservadoras ainda tão presentes. “Um dos papéis do profissional de saúde nessas situações é desnaturalizar a violência sofrida”. (p. 4). Nesse sentido, faz-se necessário incorporar novas abordagens teórico-metodológicas de humanização e reflexão crítica no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, superando paradigmas sociais conservadores em relação a temática abordada.

A cultura tem participação no adoecimento psíquico de mulheres em situação de violência doméstica. Segundo ZANELLO (2014), se a cultura que é reproduzida socialmente contribui para o adoecimento mental de mulheres, o tratamento deve dialogar com a cultura e por meio dela implicar homens e mulheres no processo do cuidado.

Nesse sentido, o conhecimento das legislações bem como dos dispositivos legais de proteção e assistência às mulheres em situação de violência doméstica e familiar por parte dos profissionais da saúde, é uma forte estratégia no enfrentamento da reprodução da cultura machista bem como uma ferramenta que pode potencializar o atendimento e atenção em saúde para as mulheres.

A Lei Maria da Penha, já citada, é símbolo de luta contra a violência cometida às mulheres e faz alusão a história de Maria da Penha Maia Fernandes, a qual foi vítima de tentativa de homicídio por seu companheiro no ano de 1983, conforme a mesma relata em seu livro “Sobrevivi - posso contar” e soma-se à luta coletiva das mulheres por justiça e contra a impunidade. Segue relato:

Acordei de repente com um forte estampido dentro do quarto. Abri os olhos. Não vi ninguém. Tentei mexer-me, mas não consegui. Imediatamente fechei os olhos e um só pensamento me ocorreu: ‘Meu Deus, o Marco me matou com um tiro’. Um gosto

estranho de metal de fez sentir, forte, na minha boca, enquanto um borbulhamento nas minhas costas me deixou ainda mais assustada. Isso me fez permanecer com os olhos fechados, fingindo-me de morta, pois temia que Marco me desse um segundo tiro. (DA PENHA, 2021, p. 39).

Para Pedroza; Zanello (2017, p. 5), fica evidente que a falta de reflexões críticas no atendimento às mulheres acarretam forte influência na prática profissional, muitas vezes, fortalecendo a cultura machista e deslegitimando o sofrimento psíquico das mulheres em situação de violência que buscam os serviços de saúde.

A invisibilização da relação da violência doméstica com a saúde mental de mulheres tem relação com o olhar biomédico que historicamente perpassa nos serviços de saúde. Faz necessário a compressão dos determinantes sociais e sua influência no quadro clínico dos pacientes para avançarmos numa assistência à saúde comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, integralidade e equidade. “Há, portanto, a necessidade de se estimular a reflexão dos profissionais sobre as questões sociais (como violência, gênero, raça, classe social) que auxiliam na configuração dos sofrimentos psicológicos”. (PEDROSA; ZANELLO, 2017, p. 5).

O conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e da rede de proteção à mulher contribui para embasar a prática profissional. Pedroza; Zanello (2017), trazem para a reflexão a seguinte questão:

O conhecimento dos profissionais acerca da Lei Maria de Penha e das políticas públicas foi, de fato, baseado no senso comum. Apenas três profissionais afirmaram que havia uma necessidade de conhecer melhor a lei e o tema [...]. Essa falta de conhecimento tem sido amplamente destacada na literatura (Trevillion *et al.*, 2014; Rose *et al.*, 2011; Schraiber & D’Oliveira, 1999) como uma das barreiras para uma prática mais efetiva no atendimento à demanda da violência contra as mulheres no Brasil e no mundo. Há, portanto, a necessidade de investimentos na área da educação para esses profissionais. (PEDROZA; ZANELLO, 2017, P.5).

É necessário aprofundar reflexões críticas em torno da temática frente os altos índices de mulheres vítimas da violência doméstica na contemporaneidade, fator que se intensificou com a pandemia da COVID-19. Além disso, é necessário que os profissionais conheçam melhor a rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica e familiar, contribuindo para a qualificação da prática profissional e para a assistência a ser prestada nos diferentes setores e políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica e familiar se caracteriza como uma forma de extensão do cuidado em saúde, implicando em promoção da qualidade de vida e menor redução de danos na saúde dessas mulheres.

Consideramos que o trabalho atingiu os objetivos propostos com a possibilidade de repensar a prática profissional, compreendendo a violência doméstica como fator de adoecimento psíquico, contribuindo assim para o fortalecimento da rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica e familiar.

Ações que contribuem para coibir e prevenir a violência doméstica tem implicações diretas na defesa do direito à saúde das mulheres, já que o adoecimento tem uma determinação social, não sendo somente psíquico. Nesse sentido, como resultado deste estudo, sugere aos profissionais da política de saúde para analisar a questão da violência doméstica e familiar como um fator de adoecimento psíquico, sendo necessário a qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS que atuam diretamente na atenção às mulheres em situação de violência doméstica. Nesse sentido, o acesso à profissionais de saúde qualificados pode ser uma ferramenta de enfrentamento ao sofrimento psíquico dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, B. L., DIMENSTEIN, M., LEITE, F. J. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v 32 (2), p. 309-320, 2014.

BARRETO, L. DIMENSTEIN, M., LEITE & J. F. Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. **Athenea Digital** 13(3), 195-207, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 218, de 06 de Março de 1997**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html> Acesso em 02 de Setembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPBELL, A. M. An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. **Forensic Science International: Reports**, 2020.

DA PENHA, Maria. **Sobrevivi... posso contar**. Armazém da Cultura, 2021.

MELO, Bernardo Dolabella *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. Ministério da Saúde – Fio Cruz. 2020.

MMFDH - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Balanço Semestral, Janeiro à Dezembro de 2019. Brasília: SPM. 60 páginas. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/balanco-anual-ligue-180-registra-1-3-milhao-de-ligacoes-em-2019/BalanoLigue180.pdf>> Acesso em 02 de Setembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating violence**. 2010 Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental1. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, 2017.

SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A. F. P. L, Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface comunicação, saúde, educação** 3(5), 11-26, 1999.

ZANELLO, V. A saúde mental sob viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V.e Andrade, A.P. M. **Saúde mental e gênero**: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Editora Appris, 2014.

4

Thalita Lorrane Rocha Rodrigues
Vanilde Pereira Pego

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES ACERCA DA INSTRUMENTALIDADE PROFISSIONAL

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.4

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo fomentar a discussão sobre a contribuição do Serviço Social para o campo da saúde, mais especificamente na saúde mental, a partir de uma análise conduzida por uma racionalidade dialética e direcionada pelo Projeto ético-político – PEP. A metodologia escolhida foi a pesquisa bibliográfica, fundamentada em autores como José Augusto Bisneto e Yolanda Guerra. Nesse sentido, buscou-se no primeiro momento, fazer um paralelo entre os projetos políticos que permearam a história do Serviço Social, seu enlaçamento com a história política da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica e o movimento de reconceituação da profissão. No segundo momento, o conceito de instrumentalidade é abordado de forma breve sendo relacionado com o processo de trabalho dos/as assistentes sociais na saúde mental.

Palavras chaves: Serviço Social; Saúde Mental; Instrumentalidade; Projeto ético-político.

INTRODUÇÃO

A história do Serviço Social esteve atrelada nos seus primórdios a uma prática repressiva, moralista e caritativa, representada pelos interesses capitalistas. Uma profissão que se inseriu na divisão sociotécnica do trabalho para planejar, implementar e avaliar políticas sociais que pudessem atenuar as expressões da questão social e, assim, manter a produção e reprodução material e ideológica da força de trabalho (classe trabalhadora) (MENEZES e MOURA, 2018).

Com o Movimento de Reconceituação nos anos 70 e a aproximação com a teoria marxista e com outras pautas da classe trabalhadora (reforma sanitária, reforma psiquiátrica, dentre outras), a profissão assumiu pra si um Projeto ético-político (PEP), comprometido com a justiça e a igualdade social. Com isso, racionalidades diferentes começaram a influenciar diretamente as respostas profissionais e o modo de fazer da profissão.

Atualmente, após um longo processo histórico de inserção em diversos espaços ocupacionais, os profissionais do Serviço Social passaram a compor as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde, especialmente as equipes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isso se deu, a partir do reconhecimento do conceito ampliado de saúde trazido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Orgânica de Saúde e outras legislações posteriores. A saúde é vista não mais como “ausência de doença”, mas um conceito condicionado ao acesso a determinantes sociais como a moradia, trabalho, alimentação, lazer entre outros (BRASIL, 1990).

Não é objetivo deste breve estudo, elucidar com profundidade o conceito de instrumentalidade ou como este permeia o campo da saúde mental, nem tampouco elencar as atribuições dos profissionais e os instrumentais mais utilizados neste espaço ocupacional. O objetivo principal é apontar alguns aspectos que possibilite maior reflexão

dos/das profissionais acerca da contribuição do Serviço Social para o campo da saúde, mais especificamente na saúde mental, a partir de uma análise conduzida por uma racionalidade dialética e direcionada pelo Projeto ético-político.

Nesse sentido, este estudo irá contribuir para se pensar a prática profissional de assistentes sociais inseridos na saúde mental. Historicamente o campo da saúde mental é ocupado majoritariamente por saberes da área clínica, no entanto, o Serviço Social se inseriu nesse campo quando o Estado começou a olhar e cuidar das pessoas com transtorno mental. Contudo, como iremos discorrer nesse artigo, naquele tempo era uma prática subordinada ao saber médico e de cunho higienista. Daí a importância de refletir sobre a prática do Serviço Social na saúde mental, a partir do novo direcionamento político assumido pela categoria pós movimento de reconceituação.

Refletir sobre a contribuição do Serviço Social na promoção de saúde é pensar cotidianamente qual racionalidade tem direcionado as respostas profissionais, qual perspectiva de projeto societário e ético-político tem possibilitado a materialização do fazer profissional nos distintos espaços socioocupacionais. Como pensar uma prática profissional alinhada com o Projeto ético-político da profissão? Como a instrumentalidade deve direcionar as ações profissionais, para que não se perca a especificidade da profissão em campos abarcados com diversos saberes, sobretudo em um campo tão singular como o da saúde mental.

Para a construção do estudo, a metodologia escolhida foi a pesquisa bibliográfica, fundamentado em autores como Bisneto (2007), Guerra (2014), Scheffer (2017), bem como nas legislações que regulamentam a assistência em saúde ofertada atualmente a pessoa com transtorno mental.

Para uma melhor organização, este artigo foi dividido em três partes: na primeira dialoga-se sobre o percurso histórico do Serviço Social desde a sua gênese até o movimento de reconceituação, sua interface com outros projetos societários (reforma sanitária e reforma psiquiátrica) e a inserção em maior escala deste profissional no campo da saúde mental com a implantação da Lei 10.216/90. Na segunda parte, buscou-se numa perspectiva teórico-metodológico, tendo como subsídio o referencial bibliográfico de Yolanda Guerra (2014), assinalar os conceitos de instrumentalidade e o lugar que ela ocupa na prática do serviço social e por fim, na última parte apresentou-se alguns elementos que possibilitaram pensar o processo de trabalho do Serviço Social na saúde mental a partir do Projeto ético-político da profissão.

I – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: BREVE RESGATE HISTÓRICO

O Serviço Social na sua gênese esteve atrelado aos interesses da burguesia, do Estado e da Igreja, numa perspectiva de controle social diante da pauperização populacional da época. Em um momento em que se vivenciava o processo de industrialização e paulatinamente a emergência de lutas reivindicatórias. A profissão surge em 1930 para atuar numa perspectiva filantrópica ligada a doutrina social da Igreja Católica. No ano de 1936, foi inaugurada a primeira Escola de Serviço Social no Brasil no estado de São Paulo, e em 1937 foi fundada a Escola de Serviço Social no Rio de Janeiro. A formação nessas instituições tinha como viés a moralidade e a religiosidade, devendo a atuação ser baseada no ajustamento do indivíduo à sociedade ao atender suas necessidades materiais, morais e sociais.

Após ter se distanciado das intervenções filantrópicas e religiosas, o Serviço Social passou a se inspirar no modelo biomédico, sendo fortemente influenciado por ele. Esse modelo possibilitou “a visibilidade e a delimitação operacional do Serviço Social, envolto na áurea da cientificidade da racionalidade capitalista. Ao mesmo tempo, o arranjo clínico do social colocou o Serviço Social como um subproduto-subalterno da categoria profissional médica” (SCHEFFER, 2017, p. 164).

Tal modelo assumido, sobretudo, pelo Serviço Social belga, partia da perspectiva da influência do meio social e familiar como indicador do desvio e na pobreza como ideia de patologia, e conseqüentemente, pautava-se no diagnóstico e no tratamento das sequelas da questão social. Possuía uma “racionalidade médica de identificação das evidências do meio social patológico e da necessidade de intervenção estatal, na qual o assistente social era o agente tecnicamente habilitado para a investigação e para ação” (SCHEFFER, 2017, p.165).

Após a Segunda Guerra Mundial, o Serviço Social americano passou a receber em seu arcabouço teórico matrizes da psicanálise e da psiquiatria. Baseado em uma leitura “ressignificada” das obras de Mary Richmond, assumindo um viés da psicologia do ego e “os elementos de preocupação profissional voltam-se para o indivíduo e sua dinâmica intrapsíquica na sociedade” (SCHEFFER, 2017, p.172). Trata-se de uma perspectiva esvaziada de origens de classe, de gênero e étnica-racial na dinâmica da questão social.

Consecutivamente, na conjuntura brasileira observa-se que:

Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação a população cliente é substituída por uma análise de cunho psicológico (BRAVO e MATOS, 2004, p. 2).

Neste contexto, diante do agravamento das condições de saúde da população, principalmente nos países periféricos, houve a formulação de um “novo” conceito de saúde elaborado em 1948. Um conceito com enfoque nos aspectos biopsicossociais, onde o saber médico deixou de ser o único, outros profissionais foram requisitados para atuarem na promoção da saúde, dentre eles o assistente social. A sua tarefa baseou-se no processo educativo com intervenções normativas no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou também nos programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2004).

Já na saúde mental, as primeiras práticas dos assistentes sociais deram-se nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil em 1946, quando, predominavam abordagens de cunho eugênico e de higiene mental. O assistente social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas. “Modelos de práticas baseados na área ‘psi’ eram comuns no Serviço Social no Brasil até no início dos anos 1970: psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, psicologias dinâmicas [...]” (BISNETO, 2007, p. 22).

Contudo, com a luta dos movimentos sociais organizados ao longo dos anos, grandes avanços foram sendo alcançados na sociedade e também dentro da categoria profissional. Nos anos 1970, a aproximação com a teoria marxista influenciou na materialização do chamado Movimento de Reconceituação, que buscava a revisão dos aspectos teóricos, metodológicos, políticos e operativos que norteavam a profissão. A atuação profissional passou a assumir uma ação voltada à preservação, defesa e ampliação dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2010).

Paralelamente ao Movimento de Reconceituação, acontecia no Brasil o movimento da Reforma sanitária e da Reforma psiquiátrica, que contribuíram significativamente para a conquista dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988. A promulgação da Lei

Orgânica da Saúde nº 8080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde e a Lei da Reforma psiquiátrica nº 10.216/2001, resultante de um intenso processo de luta dos trabalhadores da saúde, sindicalistas e associações de usuários, entre outros agentes (BRASIL, 1990 e 2001).

Historicamente, a saúde é um espaço ocupacional que concentra um importante contingente de assistentes sociais (BRAVO e MATOS, 2004). Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser associada aos determinantes sociais do processo saúde-doença. O social, então, compõe o cenário de atuação de todas as profissões, não apenas do Serviço Social, exigindo do assistente social melhor explicitação da forma de conceber o social, bem como redesenhar seu lugar na saúde mental, no contexto do cuidado multiprofissional (ROSA e LUSTOSA, 2012).

O projeto político econômico denominado neoliberalismo, consolidado no Brasil, nos anos 1990, confronta-se com os princípios defendidos pela reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica, e também com o projeto hegemônico do Serviço Social, tecido desde a década de 1980. Nesse sentido, construir e concretizar uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais, não discriminatórias, torna-se um desafio maior numa realidade política-conjuntural adversa.

O trabalho do assistente social nos espaços ocupacionais não está imune aos impactos dessa realidade conjuntural, já que, o Serviço Social se insere como parte da divisão social e técnica do trabalho, como profissão para a qual existe um significado social, ou seja, demandas objetivas. Sendo assim, como profissão liberal, o profissional tem uma autonomia relativa na condução das suas ações profissionais, socialmente legitimada pela graduação em nível superior e pelo aparato legal e organizativo que regulam seu exercício. Segundo Iamamoto:

A autonomia é condicionada pelas lutas hegemônicas presentes na sociedade que alargam ou retraem as bases sociais que sustentam a direção social projetada pelo assistente social ao seu exercício, permeada por interesses de classes e grupos sociais, que incidem nas condições que circunscrevem o trabalho voltado ao atendimento de necessidades de segmentos majoritários das classes trabalhadoras (IAMAMOTO, 2008, p. 415).

Percebe-se que a autora sinaliza a tensão existente entre Projeto ético-político profissional e o estatuto assalariado, que subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna aos dilemas da alienação. Tem-se um projeto crítico profissional tensionado por propostas político-institucionais de resposta à questão social, de inspiração neoliberal, comprometidas com a lógica financeira do grande capital.

A “questão social” é o objeto de intervenção do Serviço Social, e a finalidade maior da intervenção é a promoção e a busca incessante aos direitos sociais. A mudança da operacionalização dos direitos pelo Estado para o domínio do mercado, impactam radicalmente no trabalho profissional, pois os direitos básicos são alinhados a ótica financeira, de privatização, do lucro e o assistencialismo é posto como último fim, ou seja, para aqueles que não tem condições de pagar lhe são oferecidos políticas públicas precarizadas e a caridade da sociedade civil.

A partir de um levantamento histórico, Bravo e Matos (2004), apontam que no ano de 1990 foram identificados dois projetos políticos em disputa na área da saúde: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária que apresentam diferentes exigências para o Serviço Social. O primeiro requisitava a “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, [...] e o predomínio das práticas individuais”, e o segundo, demanda a “busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, [...], ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã” (BRAVO e MATOS, 2004, p. 10).

Ambos os projetos continuam em disputa latente nos tempos atuais. As pautas da Reforma sanitária e da Reforma psiquiátrica permanecem inacabadas e precisam ser reafirmadas cotidianamente. Por muitos anos o Serviço Social contribuiu nos seus espaços socioocupacionais para a legitimação dos ideais de um projeto privatista. Por isso, faz-se necessário, visto o constante processo de amadurecimento teórico-metodológico da profissão, refletir sobre a importância do trabalho de assistentes sociais na saúde mental como possibilidade de reiterar o projeto da reforma sanitária e a defesa dos seus princípios.

Salienta-se que a integralidade constitui um dos princípios do Sistema Único de Saúde, como fruto do movimento sanitarista. Ressaltar que o sujeito é composto por múltiplas facetas (bio-psico-social-espiritual), é também afirmar a importância do Serviço Social em um campo historicamente ocupado por saberes “clínicos”. Uma atuação profissional direcionada pelo Projeto ético-político vigente, que possui a capacidade de ampliar o olhar e o cuidado do sujeito com transtorno mental.

Alguns estudos⁵ apontam que profissionais reiteram um discurso de imprecisão da profissão e da desqualificação técnica na área da saúde, sendo esse um setor onde se expressam também críticas ao projeto hegemônico profissional, inclusive com propostas distintas ao direcionamento atual, como o chamado “Serviço Social Clínico”. Fato é que o problema não está em conhecer as teorias que abordam o campo “psi” ou sobre doenças, mas sim se distanciar, no cotidiano do seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que, na área da saúde, passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo de saúde-doença.

5 BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009; ROBAIANA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010; ROSA, L. C. S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o Serviço Social na saúde mental?. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 27-50 jan./jun. 2012.

A INSTRUMENTALIDADE E A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL

Não é possível falar em instrumentalidade, sem consultar a definição mais comumente utilizada na literatura do Serviço Social por Yolanda Guerra, uma das grandes teóricas deste tema. Para Guerra (2014), a instrumentalidade é a capacidade de articular estratégias e táticas mais apropriadas, a depender do ponto de vista do profissional, aos objetivos que se pretende alcançar. Neste processo de trabalho, o profissional aciona determinados níveis de racionalidade e põe em movimento o que se deseja, adequando-a as suas finalidades. Dessa forma, a instrumentalidade do trabalho depende de uma definição da razão e da vontade do profissional, do seu processo de conhecimento da realidade e da tomada de decisão (a mais adequada em relação aos meios e fins).

Nesta perspectiva, Guerra (2014), traz o processo de trabalho enquanto um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas⁶. Transformar objetos naturais em coisas úteis, torná-las instrumentos só é possível através das relações sociais, para o qual faz-se necessário deter o conhecimento correto das propriedades dos objetos por meio da teoria social crítica. Ao apreender essa técnica, acontece a mágica emancipatória do trabalho.

6 **Condições objetivas** são aquelas relativas à produção material da sociedade, são condições postas na realidade material. Por exemplo: a divisão do trabalho, a propriedade dos meios de produção, a conjuntura, os objetos e os campos de intervenção, os espaços sócio-ocupacionais, as relações e condições materiais de trabalho. **Condições subjetivas** são as relativas aos sujeitos, às suas escolhas, ao grau de qualificação e competência, ao seu preparo técnico e teórico-metodológico, aos referenciais teóricos, metodológicos, éticos e políticos utilizados, dentre outras (GUERRA, 1995, P. 58).

Em Baptista (2009), a prática profissional é considerada como resultante da especialização do trabalho coletivo, no âmbito das relações sociais concretas, tendo uma dimensão histórica determinada pelos diversos campos de trabalho vinculados ao todo social, onde, ao estabelecer relações próprias do seu processo de intervenção a este campo específico de ação, conecta-se e constrói vínculos com a sociedade a qual está inserido.

Nesta lógica, tem-se uma prática profissional composta heterogeneamente de múltiplas determinações, já que, o cotidiano profissional é pautado não somente por uma única atividade, mas por uma infinidade de demandas, que se apresentam na singularidade dos sujeitos, nos diversos campos da sua vida, podendo ser de natureza biológica, afetiva, social, organizacional, profissional, dentre outros.

A partir da lógica de que tudo acontece ao mesmo tempo, de como as múltiplas e variadas faces da questão social são postas ao profissional, cabe de forma urgente, refletir a necessidade da reinvenção diária do fazer profissional, na certeza de que a instrumentalidade da profissão não pode e nem deve ser reduzida ao conjunto de instrumentos e técnicas interventivas, tendo em vista que o tema da instrumentalidade perde seu potencial de mediação à realização do Projeto ético-político profissional que empobrece o tratamento dado ao instrumento (GUERRA, 2014).

A instrumentalidade da profissão deve ser redefinida cotidianamente de acordo com o processo histórico, pois é ela que permite a passagem de ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico e competente. Para isso, reconhecer o Serviço Social como totalidade, constituído das dimensões técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético político e formativo é imprescindível, são estas dimensões que possibilitam uma prática profissional que contribuirá para uma transformação societária. O trabalho profissional não é esvaziado de pensamentos, técnicas, teorias e valores, podendo o

profissional utilizar-se de diferentes tipos de razão, ainda que “inconscientemente”, pois não existe neutralidade na atuação (RODRIGUES, PEREIRA *et al.*, 2017).

Guerra (2014) sistematiza três diferentes tipos de racionalidades presentes no trabalho do assistente social. A primeira é chamada de “Instrumentalidade face ao projeto burguês”, que se caracteriza por seu controle burocrático, por uma razão formal abstrata com foco na eficiência. Muito atrelado as origens do Serviço Social, quando a profissão surge para responder uma necessidade das relações sociais para a execução das políticas públicas sociais, esse nível de instrumentalidade fragmenta, isola, normaliza e naturaliza as relações sociais e, portanto, as expressões da questão social.

A segunda é chamada de “Instrumentalidade das respostas profissionais” ou razão instrumental por estar no horizonte do exercício e das respostas profissionais. Atender as funções que lhes são atribuídas para que haja o “bom” funcionamento da instituição. É uma importante premissa, no entanto, insuficiente, por não abarcar a totalidade da vida dos sujeitos, dos direitos, da potência da transformação da prática profissional. É uma prática que acaba em si e que não demanda uma formação de nível superior para ser realizada.

Ainda em Guerra (2014) há o terceiro tipo de instrumentalidade chamado pela autora de “Instrumentalidade como mediação”, caracterizado como o mais alto nível de razão. Neste, busca-se ultrapassar as práticas imediatistas do cotidiano, por meio da reflexão e da intervenção, tendo como tripé a UNIVERSALIDADE - SINGULARIDADE = PARTICULARIDADE. A Instrumentalidade como mediação possibilita que, através do conhecimento, da visão ampliada e crítica das necessidades sociais que se expressam sob a forma de demanda, a possibilidade de dar respostas profissionais mais efetivas e não respostas assistencialistas, imediatistas e/ou caritativas.

O assistente social é convocado a reafirmar diariamente o Projeto ético-político da profissão devendo, se assim escolher, ser por ele orientado ao responder as necessidades sociais dos sujeitos que se expressam sob a forma de demandas. Os profissionais devem amparar sua prática neste projeto, vinculando-o a um projeto de transformação da sociedade, alicerçado pela justiça social e pela liberdade enquanto valor ético central.

Envolto nesta discussão, Netto (1999) afirma que o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. A partir daqui, compreende-se que não existe uma instrumentalidade definida para cada campo profissional, tendo em vista que esta consiste na capacidade de articular estratégias diante da demanda que se apresenta e posteriormente, após o olhar crítico da realidade, definir os caminhos a serem percorridos para alcançar a resposta necessária àquela necessidade.

É válido ressaltar ainda que não é possível falar de materialização do Projeto ético-político profissional por meio da prática isolada de assistentes sociais, sobretudo, dentro da sociedade capitalista, justamente porque a materialização pressupõe a justiça social que só pode ser alcançada no âmbito coletivo de atuação (RODRIGUES, PEREIRA *et al.*, 2017) . Sendo assim, como podemos pensar a prática profissional orientada pelo Projeto ético-político a partir de um campo de atuação específico, neste caso, a saúde mental? Diante do que foi construído, torna-se possível pensar alguns direcionamentos no que diz respeito a este campo de atuação profissional, um espaço socioocupacional muito peculiar onde o indivíduo social é o objeto de sua ação, seja na sua singularidade e particularidade, mas que ao mesmo tempo é tomado pela instituição família.

PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O trabalho é o movimento que o homem realiza ao transformar a natureza em algo que tenha valor de uso, ou seja, um produto útil, apto para atender uma necessidade humana. Por meio do trabalho, “o homem coloca em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão. A fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida” (MARX, 1983, p. 149 apud MENEZES e MOURA, 2018, p. 3).

O trabalho possui uma instrumentalidade necessária à sua realização. O processo de trabalho implica uma necessidade e um movimento teleológico, pelo qual ocorre uma prévia ideação, na consciência, do resultado de diversas alternativas, e a escolha pela alternativa que parece mais viável para atender àquela necessidade. Escolhida a alternativa, o homem materializa (objetiva) sua projeção, isto é, manipula a natureza, transformando-a em algo novo.

Segundo Marx (1844) no sistema capitalista, à medida que o mundo das coisas se valoriza, o mundo dos homens se desvaloriza, isto ocorre porque quanto mais riqueza o homem produz, mais pobre ele se torna, uma vez que não se apropria do fruto do seu trabalho. Ou seja, o objeto do trabalho do homem aparece como alienação, torna-se algo alheio ao trabalho, uma mercadoria com valor de troca. Esta alienação apresenta-se também no processo de trabalho, uma vez que o trabalho se torna uma atividade sem prazer, tornando a própria mortificação do sujeito.

A alienação também ocorre em relação ao ser humano genérico, tendo em vista que o trabalho, enquanto atividade essencial, se reduz a um meio de satisfação de necessidades físicas, de

manutenção da vida. Dessa forma, a atividade que expressa sua essência criativa e transformadora, a atividade genérica do homem, vincula-se a objetivos imediatos, singulares, escondendo e negando a dimensão social do homem (MARX, 1844).

Conforme discorremos no tópico anterior deste artigo, o Serviço Social está inserido na relação sociotécnica do trabalho e possui uma autonomia relativa. Assistentes Sociais vendem sua força de trabalho para o capital, tornado um valor de troca para o mercado. Por conseguinte, a prática exige do profissional um movimento de reflexão diário sobre seu fazer profissional, para não cair nas armadilhas do cotidiano, da imediaticidade das respostas profissionais, numa prática esvaziada de crítica, a qual denominamos de prática alienada.

Falar sobre processo de trabalho orientado pelo Projeto ético-político profissional e a instrumentalidade da profissão no campo da saúde mental, mais especificamente, nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), faz-se necessário discorrer sobre o processo organizativo e a forma de trabalho neste equipamento da saúde mental tão importante que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Complementando os apontamentos sobre saúde mental trazido no início deste texto, temos como marco histórico o movimento da Reforma psiquiátrica com a aprovação da lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que garante às pessoas com transtornos mentais uma nova forma de atenção e assegura o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde mental no território (BRASIL, 2005).

Com a promulgação da lei 10.216, deu-se um novo rumo ao fortalecimento e implantação da rede de cuidado em saúde mental. A materialização desse cuidado deu-se com a aprovação da portaria 336, em fevereiro de 2002, que estabelecia a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E mais tarde, em 2011, tem-se a promulgação da portaria 3088 que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no

intuito de fortalecer esse modelo assistencial em saúde mental, direcionado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras Drogas.

A RAPS propõe a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, devendo envolver tanto os equipamentos de saúde quanto da sociedade civil, de forma a fortalecer as ações intersetoriais e qualificar a prática assistencial. A política de saúde mental e demais políticas públicas devem, necessariamente, organizar-se em rede, formando uma série de “pontos de encontros, de trajetórias de cooperação, de simultaneidades de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2013, p. 88).

A portaria 336 estabeleceu a possibilidade dos CAPS serem constituídos nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e ainda, constituir-se em um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território, com a presença de uma equipe multiprofissional.

A assistência prestada aos pacientes nestes serviços deve acontecer através das atividades elencadas pela portaria 336, que o estabeleceu: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares e atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2004).

Para que a política seja de fato efetivada conforme propõe a legislação, exige-se uma equipe técnica mínima, compostas de 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta

ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O assistente social é então convocado a compor as equipes multiprofissionais dos CAPS e atender as demandas a ele impostas, sejam as de caráter privatistas, sejam as demandas coletivas, aquelas que se situam nas competências profissionais e são comuns a todos os outros de nível superior que compõe as equipes.

§ 1º - O Assistente social, em seu trabalho profissional com indivíduos, grupos e/ou famílias, inclusive em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, deverá ater-se às suas habilidades, competências e atribuições privativas previstas na Lei 8662/93, que regulamenta a profissão de assistente social. § 2º - A presente Resolução assegura a atuação profissional com indivíduos, grupos, famílias e/ou comunidade, fundamentada nas competências e atribuições estabelecidas na Lei 8662/93, nos princípios do Código de Ética do Assistente social e nos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social previstos na Resolução CNE/CES/MEC nº 15, de 13 de março de 2002, garantindo o pluralismo no exercício profissional. (CFESS, 2010, p.40)

Os profissionais do Serviço Social devem priorizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade social, ou seja, toda ação do profissional na saúde mental deve atender a necessidade social do indivíduo sem perder suas características e identidade específicas. O objeto da intervenção são as expressões da questão social vivenciadas pelas famílias e indivíduos com transtorno mental. Para além da percepção que se deve ter com relação aos obstáculos institucionais, faz-se necessária a construção de estratégias de superação destas barreiras.

Iamamoto aponta algumas competências postas ao assistente social. Para ela, a intervenção profissional precisa ir para “além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades” (IAMAMOTO, 2005, p. 21).

Um dos maiores desafios dos assistentes sociais que atuam na Saúde mental, está relacionado à dificuldade que muitos profissionais têm em apreender como as múltiplas manifestações do seu objeto de trabalho, a saber a questão social, se expressam nesses espaços, visto que o Serviço Social é uma profissão que tem características singulares e não atua sobre uma única necessidade humana (ROSA, 2016, p 30).

Logo, o trabalho do Assistente social não deve se limitar ao espaço institucional, sendo necessário o desenvolvimento de um olhar crítico sobre a realidade que está posta (ROSA, 2016, p.29). Nesse sentido, é importante conhecer as mudanças conjunturais e como estas afetam os sujeitos, que demandam os serviços prestados nos CAPS. O assistente social no seu espaço de trabalho deve ser um facilitador nas discussões políticas conjunturais e refletir junto com as equipes a contribuição do serviço na vida de cada sujeito. Isso porque é comum identificar discursos moralistas, culpabilizador, esvaziados de uma crítica social dentro dos serviços, que podem contribuir para legitimação da violência, sobretudo das minorias e para inviabilização de direitos.

É possível refletir ainda sobre a importância das atividades políticas pedagógicas nestes serviços, trazer para o cotidiano do público assistido, atividades que contribuam para pensar a realidade social e o impacto nas suas vidas. Fomentar grupos e movimentos de usuários é também se orientar pelo Projeto ético-político e uma contribuição para se pensar uma transformação social.

São variadas as possibilidades da contribuição dos assistentes sociais para os serviços direcionados a parcela da população com transtorno mental, tendo em vista que também são distintas as expressões da questão social que se manifestam nesse campo, haja vista a singularidade deste público específico. O profissional desse campo não deve ater-se as requisições institucionais, o direcionamento para sua atuação é o código de ética profissional e todas as demais legislações pertinentes. Daí, enfatizar o quão é importante e necessário o

compromisso ético com a formação continuada e com as pesquisas que lhe possibilitem conhecer melhor os usuários, a instituição e a política pública com o qual trabalha.

CONCLUSÃO

Buscou-se com este trabalho fazer um paralelo entre os projetos políticos que permearam a história do Serviço Social, seu enlaçamento com a história política da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica e o Movimento de Reconceituação da profissão. Esse caminho de lutas incessantes além de outras garantias possibilitou o direito ao cuidado em saúde nos diversos dispositivos e a inserção efetiva do assistente social como profissional da saúde nestes espaços.

O Movimento de Reconceituação foi um importante momento do Serviço Social, pois permitiu a ampliação do fazer profissional, um fazer que deve abster das práticas psicologizantes e focar na especificidade da profissão, no Projeto ético-político, no Código de Ética, por fim nas bases teórico-metodológicas que buscam superar as práticas tradicionais do Serviço Social. Aprender estes aparatos legais, bem como do que se trata a instrumentalidade da profissão é caminho necessário e primordial para que haja o enfrentamento das questões sociais e suas manifestações.

Não se pretendeu com este breve estudo, explanar com profundidade o conceito de instrumentalidade ou como esta permeia o campo da saúde mental, nem elencar as atribuições dos profissionais e os instrumentais mais utilizados neste espaço ocupacional. O objetivo principal foi apontar alguns aspectos que possibilitasse o despertar nos profissionais acerca da reflexão sobre a contribuição do Serviço Social para o campo da saúde, mais especificamente na saúde mental, a partir de uma análise conduzida por uma racionalidade dialética e direcionada pelo Projeto ético-político - PEP.

Por meio dessa discussão, apreende-se que a instrumentalidade do Serviço Social é uma propriedade da profissão que possibilita o atendimento das demandas e o alcance dos objetivos profissionais. É por meio da instrumentalidade, que os profissionais objetivam a sua intencionalidade nas respostas profissionais, na tentativa de modificar as condições objetivas e subjetivas, sendo ela a condição necessária no processo de trabalho do Assistente social.

Para Guerra (2014), a racionalidade da “Instrumentalidade das respostas profissionais” ou formal abstrata constitui-se como ações que visam à eficácia e eficiência, sem se importar com a correção dos meios e a legitimidade dos fins. Desse modo, a racionalização do processo de trabalho adquire uma perspectiva disciplinadora e normalizadora, que passa a conduzir também todos os níveis da vida social. Assim as ações profissionais devem passar pela “Instrumentalidade como mediação” ou razão crítica de sujeitos que se inscrevem no campo dos valores universais. A instrumentalidade permite a passagem de ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico, articulando as dimensões teóricas, políticas e éticas.

No campo da saúde mental a prática do/a assistente social deve alinhar-se as pautas inacabadas da Reforma sanitária e dos movimentos de luta da classe trabalhadora, analisando as implicações do cotidiano e criando alternativas de intervenção com o mais aproximado possível da realidade social. Recomenda-se a leitura pormenorizada do documento idealizado pelo CFESS “A atuação do assistente social na saúde” e a realização de pesquisas nos espaços socioocupacionais, enquanto instrumento para se conhecer as reais demandas do público assistido. Não se deve esquecer jamais da “bíblia do Serviço Social” o Código de Ética, e, por fim, o compromisso com a formação continuada, tendo em vista que o cotidiano pode levar a uma imediatação das respostas profissionais.

Pensar a prática profissional no campo da saúde mental é ressaltar a riqueza da intervenção de assistentes sociais em um campo com categorias majoritariamente “psi” e com formação “clínica”. Lembrar a história de lutas do Serviço Social, do potencial que a profissão carrega elucidada, cada dia mais, a potência que tem uma intervenção profissional direcionada pelo Projeto ético-político e por uma racionalidade sob a perspectiva da mediação, o que muito pode contribuir com os outros saberes da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

BAPTISTA, M. V.; BATTINI, Odária. **A Prática Profissional do Assistente Social: teoria, ação, construção do conhecimento**. Volume 1. São Paulo: Veras, 2009.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 25 out de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M.C. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **“Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”**. Brasília, 2010.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 10. Ed. São Paulo, Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARX, K. **Trabalho alienado e superação positiva da auto-alienação humana**. Manuscritos econômicos filosóficos de 1844, 1844. In: Florestan Fernandes (Org). Marx Engels: história. 3. ed. São Paulo: Editora Ática AS, 1989.

MENESES, V. A ; MOURA, E. M. **A instrumentalidade do processo de trabalho do Serviço Social: Por uma práxis ascendente à razão instrumental**. VI Seminário CETROS: Crise e Mundo do Trabalho no Brasil. UECE, 2018.

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

ROBAIANA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

RODRIGUES, A. C. N. ; PEREIRA, J. A.C. *et al.* **A materialização do projeto ético-político do serviço social- Questões para debate**. Colóquio Internacional Colóquio Nacional Sobre o Trabalho do/a Assistente Social, v. 1 (2017). Disponível em: <file:///C:/Users/Vanilde/Downloads/3691-Texto%20do%20Artigo-13166-1-10-20170906.pdf>

ROSA, L. C. dos S. **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: papel social, 2016.

ROSA, L. C. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, L. C. S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o Serviço Social na saúde mental?. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 27-50 jan./jun. 2012.

SCHEFFER, G. Subsídios Históricos para Crítica dos Fundamentos do Serviço Social Clínico no Brasil. *In: DUARTE, M.J.O; PASSOS, R. G; GOMES, T.M,S(org.)*. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

SOUSA, C. T. **A prática do Assistente social: Conhecimento, Instrumentalidade e Intervenção Profissional**. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008.



5

Larissa Souza Queiroz Fernandes

SERVIÇO SOCIAL E O ACOLHIMENTO À USUÁRIOS E FAMÍLIAS NA SAÚDE MENTAL

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.5

RESUMO

A implantação de novos serviços e lógicas assistenciais no país após o avanço da reforma psiquiátrica e o processo de redemocratização da saúde no Brasil, introduziu uma nova forma de pensar e acessar o cuidado em Saúde Mental, não mais centrado na doença, mas sim, nas necessidades dos sujeitos, abrindo espaço para a atuação de assistentes sociais e discussões emblemáticas acerca do acolhimento à usuários e famílias. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar as contribuições do assistente social ao acolhimento de usuários e suas famílias na Saúde Mental. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada na cidade de Montes Claros-Minas Gerais, Brasil, no período de janeiro de 2021 a abril de 2021, por meio de leituras de artigos científicos e livros sobre a temática. Constatou-se que é possível elencar as contribuições do assistente social ao acolhimento em saúde mental, que se faz a partir de uma leitura crítica da realidade social, compreendendo os determinantes sociais no processo saúde-doença.

Palavras-chave: Serviço Social; Acolhimento; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, acompanhamos um importante processo histórico de expansão e consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira que conforme Amarante (1995) se constituiu a partir de um contexto de redemocratização, em fins da década de 70, tendo como fundamentos, uma crítica conjuntural ao subsistema de Saúde Mental e uma crítica estrutural ao saber das instituições psiquiátricas, que se pautavam em uma lógica manicomial.

Esta proposta, se amplia com o fortalecimento de movimentos sociais antimanicomiais, assim como diversas associações de usuários e familiares, tornando a década de 1990 e 2000 palco para Conferências Nacionais de Saúde Mental e diversas portarias e leis que impulsionaram o processo de Reforma Psiquiátrica. Dentre elas, destacamos a promulgação da lei 10.216, em 2001, inspirada no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MGE e a portaria 336/2002 que possibilitou a implantação de novos serviços e lógicas assistenciais no país introduzindo uma nova forma de pensar e acessar o cuidado em Saúde Mental, não mais centrado na doença, mas sim, nas necessidades dos sujeitos. (PASSOS, 2017).

O fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede de atenção psicossocial implicou na implantação de serviços como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que conforme Brasil (2004), consiste em um dispositivo da Política de Saúde, estratégico para organização da rede de atenção à saúde mental, situados de forma territorializada, próximos às residências para facilitar o seu acesso. Nesta lógica verifica-se ainda, a criação das Residências Terapêuticas (RTs), Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (LAI HG) e expansão da atenção psicossocial para a atenção básica, via Estratégia Saúde da Família. (PASSOS, 2017).

Neste processo de mudanças paradigmáticas cabe assinalar que o Serviço Social assume maior relevância no âmbito da Saúde Mental, pois embora as primeiras práticas dos assistentes sociais datem dos anos de 1946, por meio, dos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), com o predomínio abordagens de cunho higienista, é a partir dos anos de 1990, com a ênfase à dimensão social e política dos sofrimentos mentais, bem como amadurecimento teórico e político do Serviço Social, que verifica-se uma maior abertura para a sua atuação do Serviço Social neste cenário, sendo incorporado aos serviços alternativos, o que possibilitou aos Assistentes Sociais intervir de forma efetiva nas “refrações da questão social”. (BISNETO, 2007).

Neste período ressaltamos ainda, a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira com avanços democráticos no campo da Saúde, expressos na Constituição de Brasileira de 1988. incorporando assim, um marco no contexto social e político a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BISNETO, 2007). Por meio da implantação do SUS a saúde passa a ser compreendida em uma concepção ampliada, considerando além dos fatores biológicos, o meio físico e os aspectos socioeconômicos e culturais. Esta concepção abrangente tornou-se importante ao trazer mudanças ao modelo de assistência em saúde que antes era centrado na doença, traduzindo as necessidades de saúde em propostas voltadas para um modelo de atenção integral. (NOGUEIRA, MIOTO, 2009).

Colaborando com esta perspectiva, em 2003 é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços, estabelecendo um direcionamento aos diversos campos sócio-ocupacionais a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, nas quais destacamos o “Acolhimento”. (BRASIL, 2013).

De acordo com estudos recentes o acolhimento consiste em uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS , podendo ser compreendido como o primeiro contato com quem procura o serviço, que tem nesse momento como recursos: quem atende, o que pode oferecer, como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda. Para além disso, a literatura aponta diversas concepções sobre o acolhimento nos espaços de atenção em saúde, dentre estas verifica-se o acolhimento enquanto um dispositivo relacional, estabelecido pela construção de vínculo entre profissionais, usuários e suas famílias, edificando possibilidades de um cuidado mais humanizado. (MOREIRA; TORENTE; JUCA, 2018).

Nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), sobretudo nos CAPS, o acolhimento apresenta-se como possibilidade de receber o sujeito em sofrimento mental em sua integralidade, indo além de uma avaliação psicopatológica e avançando na tentativa de compreensão do contexto de vida dos sujeitos, nas suas relações sociais e comunitárias. (MOREIRA; TORENTE; JUCA, 2018). É neste cenário de proposições e diretrizes vindas do Ministério da Saúde, que os Assistentes Sociais são chamados a balizar suas ações, o que implica em uma inserção cada vez mais qualificada. (CHUPEL, MIOTO 2010). Em concordância, entende-se que a capacidade de apreender o movimento da realidade social, fruto da formação generalista e crítica do Assistente Social impõe a manutenção de capacitação profissional permanente. (VASCONCELOS, 2009).

Ao relacionarmos o Serviço Social com os processos de acolhimento em Saúde Mental, verificou-se a incipiência teórica no que diz respeito a este assunto. A que se pensar, portanto, na importância de problematizarmos o acolhimento na perspectiva do Serviço Social, já que conforme os estudos de Chupel e Mito (2015) nos apontam, o acolhimento é amplamente realizado por estes profissionais, e sua prática possui especificidades singulares ao olhar do Serviço Social,

que tem como base, os seus fundamentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político.

A partir da compreensão inicial acerca desta conjuntura histórica que pressupõe a prática dos Assistentes Sociais na Saúde Mental, pretende-se avançar um pouco mais na discussão sobre o Acolhimento e Serviço Social, objeto de análise para qual se destina este trabalho. Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar as contribuições do assistente social ao acolhimento de usuários e suas famílias na Saúde Mental.

Considerando que esta temática ainda é incipiente nas discussões bibliográficas do Serviço Social, cabe elencar aqui, a sua relevância ao meio acadêmico, que visa contribuir com pesquisas posteriores e a importância desta temática no âmbito das práticas profissionais, que por vezes desafiam Assistentes Sociais. Entende-se por fim, a contribuição social deste trabalho ao compreender o sofrimento mental e a sua dimensão social nos processos saúde-doença.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada na cidade de Montes Claros- Minas Gerais, Brasil, no período de janeiro de 2021 à abril de 2021. Conforme Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A proposta de abordar esta temática, advém do exercício profissional durante a Residência Multiprofissional em Saúde Mental no polo Montes Claros-MG, na qual verificou-se a necessidade de suscitar esta reflexão. Para tanto, foram feitas busca em artigos, periódicos, livros, e cartilhas do Governo Federal.

Para melhor estruturação do artigo, foram selecionados dois tópicos concernentes ao objetivo da pesquisa, à saber:

- Concepções sobre o acolhimento nos espaços de atenção em Saúde;
- Serviço Social e as particularidades do acolhimento na Saúde Mental.

CONCEPÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO NOS ESPAÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

A partir da literatura, é possível apreender como o acolhimento vem se constituindo nos espaços de atenção em saúde, e principalmente as implicações para as práticas profissionais por meio da interrelação entre usuários, famílias, profissionais e instituição. Para tanto, cabe destacarmos que o acolhimento em sua concepção nos espaços de saúde guarda uma relação direta como o movimento histórico de redemocratização da saúde no Brasil, conforme exposto anteriormente neste estudo.

Brasil (2010) pontua que o processo de acolhimento nos serviços de saúde do SUS possui longa trajetória pelo seu acúmulo prático, sendo tradicionalmente interpretada ora como uma dimensão espacial, que se traduz pela recepção administrativa e pelo ambiente confortável, ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. No entanto, estas noções se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Ou seja, tratar o acolhimento nos espaços de atenção em saúde, implica pensar uma concepção ampliada para tal.

Partindo deste princípio, os estudos de Chupel e Mioto (2015) evidenciam que o acolhimento tem sido estudado no âmbito da saúde de forma emblemática, por autores que o definem como sendo responsável pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e criação de vínculos, na perspectiva da integralidade, da atenção e da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários. Esta pluralidade de ângulos sobre o processo de acolhimento na saúde indica uma complexificação desta ação, o que nos cabe pensar como os profissionais vem sendo implicados neste contexto e quais os reflexos destas atuais concepções para a promoção de saúde.

A PNS- Política Nacional de Saúde, traz a definição de acolhimento enquanto o ato de reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, devendo sustentar a relação entre equipes, serviços, usuários e populações. Para tanto, é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, tendo como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo. Realiza-se por meio de uma escuta qualificada, que é ofertada por profissionais dos serviços, tendo como possibilidade a garantia do acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. (BRASIL, 2013).

Na Concepção da atual Política Nacional de Humanização do SUS, esta noção de acolhimento, constitui-se como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política, o que sinalizada em suas diversas definições como uma ação de aproximação e de inclusão.

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2010).

Nessa direção, o acolhimento ocupa uma centralidade que perpassa todas as ações institucionais, devendo ser priorizado na sistematização dos processos de trabalho, considerando o aperfeiçoamento constante por meio da educação permanente das equipes. (MOREIRA; TORENTE; JUCA, 2018). Deste modo, percebe-se a necessidade de superar práticas engessadas, rotineiras, que não apreendem as singularidades dos sujeitos.

O acolhimento, portanto, diferencia-se da triagem, não constituindo apenas como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, o que implica, dentre outras questões, o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; valorização e a abertura para o encontro entre o profissional, o usuário e sua rede social; uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho e uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e suas famílias. Portanto, é no cotidiano das práticas de saúde que o acolhimento vai se concretizando, por meio da escuta qualificada, da responsabilização de viabilização da integralidade a saúde, compreendendo os determinantes sociais no processo saúde-doença de maneira ética e resolutiva. (BRASIL, 2010).

SERVIÇO SOCIAL E AS PARTICULARIDADES DO ACOLHIMENTO NA SAÚDE MENTAL

O Serviço Social, ao longo da conjuntura histórica, vem se afirmando enquanto uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo na sociedade. Condição esta, que implica acompanhar as mudanças do contexto histórico, apreendendo seus determinantes a partir de uma leitura crítica da realidade e das relações

sociais, na qual o Serviço Social, enquanto especialização do trabalho encontra-se imerso. (IAMAMOTO, 2012).

Pensando nisso, Costa (2009), faz referência ao contexto da trajetória do Serviço Social no campo da saúde, marcada pelo aumento quantitativo de assistentes sociais nos anos de 1990, que foi definida pelas condições históricas sob as quais a saúde se desenvolveu no Brasil e pelas mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que passaram a institucionalização do SUS- Sistema Único de Saúde.

Tais mudanças marcaram um cenário de conquistas impulsionadas pela implementação de direitos sociais, reconhecidos na constituição de 1988, em paralelo ao debate do projeto ético político do Serviço Social que incorporou uma crescente participação de assistentes sociais nas discussões de saúde coletiva. Com isso, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução nº 287/1998 ao manifestar o entendimento do SUS e a relação saúde/doença decorrente das condições de vida e trabalho, do acesso igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, evidenciando a integralidade da atenção, a participação social e a ação interdisciplinar, reconhece, dentre as 14 categorias profissionais da saúde, de nível superior, o assistente social como profissional da saúde. (KRUGUER, 2019).

Na Saúde Mental, embora as primeiras práticas de assistentes sociais, datem dos anos de 1946, com predomínio de abordagens de cunho higienista, é a partir da expansão da Reforma Psiquiátrica Brasileira com a criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico que se abre espaço para uma maior atuação de assistentes sociais no campo da Saúde Mental. No entanto, cabe destacarmos uma ressalva: inicialmente, o serviço social não se inscreve apenas como nova forma de encaminhar a loucura, mas também como “apaziguador” das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador de custos em geral. Neste período, o assistente social não tinha uma definição clara do seu perfil de atuação, o que difere

da prática atual em que este profissional é requisitado a participar do atendimento interdisciplinar para dar atenção ao sofrimento mental dos sujeitos. (BISNETO, 2007).

A requisição do assistente social no campo da Saúde e mais precisamente na Saúde Mental, se desenvolve concomitantemente ao processo de embate com o tradicionalismo profissional e com a ótica conservadora, de tal modo que, o Serviço Social brasileiro passa a vivenciar um redimensionamento e uma renovação no âmbito da sua interpretação teórico-metodológica, ética e política. Buscando adequar-se criticamente as exigências atuais, o Serviço Social constitui sua base normativa, expressa pela Lei que Regulamenta a Profissão e pelo Código de Ética do Assistente Social, de 1993, que traz em seus princípios, elementos importantes para o momento presente. (IAMAMOTO, 2009).

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação plena dos indivíduos sociais e seus direitos;
- Defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo;
- Aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, e a garantia do pluralismo;
- O compromisso com a qualidade de serviços prestados na articulação com outros profissionais e trabalhadores. (BRASIL, 2012).

Neste sentido, o assistente social, que tem na “questão social” a base de sua fundação como especialização do trabalho, a partir da prática cotidiana frente as múltiplas expressões da questão social, fruto das desigualdades da sociedade capitalista, aproxima das propostas

da reforma psiquiátrica no Brasil, ao tocar pontos fundamentais em torno do debate das transformações progressistas das organizações institucionais psiquiátricas, pela ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica, pela necessidade da interdisciplinaridade, ultrapassando limites entre os saberes e pela necessidade de redemocratizar as relações de poder entre tecnos e usuários. (IAMAMOTO, 2012); (BISNETO, 2007).

Esta nova lógica de atenção em Saúde Mental, favorece a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial, que atua na perspectiva da clínica ampliada, no qual se busca ampliar as possibilidades de intervenções retirando o foco da doença e passando o sujeito para o centro das atenções, em busca de um atendimento integral. (CAMPOS e AMARAL, 2007) apud (MIRANDA; ROGRIGES; MARTINS, 2017). Com isso torna-se fundamental uma prática que se faz interdisciplinar e que pode ser entendida, à saber:

“[...] como postura profissional que permite se pôr a transitar no “espaço da diferença” como sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer”. (CARVALHO, 2012, p.75, apud, RODRIGUES, 1998, p.156).

Amarante (2007) aponta a necessidade de existência de serviços de atenção psicossocial, que possibilitam acolhimento das pessoas em crise, de forma que estas pessoas sejam ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. Saliencia ainda, a importância do estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais, para que as pessoas se sintam acolhidas pelos profissionais, cria-se com isso, uma responsabilização pelo cuidado das pessoas em sofrimento mental. A partir disso, o assistente social inserido no campo da saúde mental, sobretudo no CAPS, lida diretamente com situações de intenso sofrimento mental, por meio do acolhimento à usuários e suas famílias, logo a atuação neste campo, implica uma compreensão

da dimensão *psi* e emocional, tão presente nas relações cotidianas. Embora, esta temática esteja permeada de questionamentos dentro da própria categoria, “uma visão de totalidade inclui a dimensão *psi*, a dimensão emocional, afinal, o ser humano apresenta-se a nós no cotidiano profissional com um ser integral.” (ROSA; LUTOSA, 2012).

As autoras ressaltam que na Saúde Mental, como em qualquer outra clínica, o assistente social necessita se apropriar de conhecimentos psicopatológicos, psicofarmacológicos e determinados “jargões”, até para poder dialogar com a equipe, no entanto este profissional não deve se subalternizar a outros saberes, para não correr o risco de uma descaracterização profissional. (ROSA; LUTOSA, 2012).

Na maioria dos espaços de trabalho, sobretudo no CAPS, o usuário costuma ser acompanhado por um técnico de referência, que pode ser aquele profissional que o acolheu pela primeira vez. Esta figura circunscribe o profissional cuidador, que gerencia os projetos terapêuticos de um grupo limitado de usuários. (ROSA; LUTOSA, 2012). Assim como a figura de referência técnica, nos serviços de Saúde Mental, observa-se que o acolhimento se inscreve enquanto competência comum entre o assistente social e demais profissionais, no entanto, concordamos com lamamoto (2012), ao compreender a especificidade do olhar do assistente social e as suas contribuições no processo interventivo.

“É necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. Em outros termos, a equipe condensa uma unidade de diversidades. Nesse contexto, o assistente social, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, [...]. Portanto, o trabalho coletivo não impõe a diluição

de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto". (IAMAMOTO, 2012, p.64).

Ainda conforme a autora supracitada, o contato direto entre o assistente social e usuários e famílias nas várias abordagens profissionais, implica o desvendamento da realidade, por meio das informações obtidas na escuta atenta as necessidades dos sujeitos. Deste modo é possível sistematizar e articular propostas de pesquisa com intervenção técnica. Ou seja, o assistente social no campo da Saúde Mental, por meio da escuta, busca desvendar os atravessamentos sociais, os condicionantes que impactam o sofrimento psíquico, e é por meio desta leitura da realidade que este profissional pode sistematizar ações em uma rede de serviços, buscando a integralidade no atendimento à saúde.

Chupel e Mioto (2015), apontam que o acolhimento desenvolvido por assistentes sociais está imerso na dinamicidade do processo interventivo onde não é possível estabelecer uma rotina, pois existem diferentes maneiras de operacionalizar o acolhimento, desenhadas a partir das intercorrelações que o profissional estabelece entre a sua base de conhecimento, a singularidade da situação e os objetivos postulados, além de suas referências ético-políticas. No tocante a prática do acolhimento realizada por assistentes tem em vista três objetivos específicos, quer seja, para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais, a fim de construir uma relação de confiança que permita a criação de vínculos e para que informações sejam captadas a fim de subsidiar as decisões acerca das intervenções a serem realizadas.

Não obstante, devemos considerar aqui os desafios enfrentados pela profissão na área da saúde mental, elencados por Robaina, (2010), na qual profissionais, acabam por exercer uma atividade denominada "clínica" que se subordina aos saberes psi e por isso trae o mandato da profissão, e o seu projeto ético-político. Em oposição, a autora

destaca uma atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático por meio da identificação dos determinantes sociais, as particularidades de como a questão social se manifesta.

Sendo assim, o acolhimento pressupõe uma ação realizada diretamente com os usuários e suas famílias à medida em que no encontro entre eles há o reconhecimento mútuo. É pelo acolhimento que estes sujeitos se conhecem e reconhecem, tornando possível o reconhecimento da situação apresentada pelo usuário, por meio do diálogo direto empreendido no momento das entrevistas. (CHUPEL; MIOTO, 2015). Nesse sentido, o assistente social por meio da escuta qualificada, apreende as demandas emergentes no campo da saúde mental frente as múltiplas refrações da questão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão trouxe para o debate, uma a reflexão teórica acerca das contribuições do assistente social ao acolhimento de usuários e suas famílias na saúde mental, compreendida a partir de uma conjuntura social, que tem como marcos históricos a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, que trouxeram, mudanças significativas empreendidas no processo de redemocratização da saúde no Brasil.

Com isso, mudam-se as formas pensar e acessar serviços em saúde mental, ampliando as perspectivas de direitos expressos constitucionalmente, sujeitos antes invisíveis pelo aparato dos manicômios, ganham visibilidade nas discussões de saúde coletiva, onde se faz presente a necessidade de repensar posturas profissionais, dando ênfase a dimensão social, política, econômica e cultural, dos processos saúde-doença. Diante desta perspectiva, a “integralidade” prevista pelo SUS, empreendida no contexto do cotidiano profissional, busca superar as disparidades calcadas nos serviços de saúde.

Tais mudanças, implicaram cada vez mais na abertura do fazer e do saber do assistente social, profissional imerso nesta sociedade, que precisa adaptar-se com qualificação permanente, para corresponder as atuais exigências da clínica ampliada. Ao elencarmos o acolhimento, nos espaços de atenção em saúde, verificou-se a complexidade de tal ação, por vezes reduzida à um processo de “triagem”, descomprometido com o atendimento integral.

Avançando um pouco mais nesta discussão, autores tecem as contribuições do assistente social ao acolhimento de usuários e suas famílias na saúde mental, elencando, a criticidade deste profissional frente as demandas emergentes, a partir de uma leitura macro da realidade social que vai além de fatores biológicas, aproximando-se do debate da reforma psiquiátrica.

Verifica-se por meio dos princípios éticos do Serviço Social, o compromisso com a efetivação de direitos sociais, a luta por liberdade e justiça social. Neste sentido, compreende-se, a sensibilidade do assistente social nas ações de acolhimento em saúde mental, atenta as múltiplas refrações da questão social, que inter cruzam o sofrimento psíquico.

Com isso, espera-se que este estudo possa suscitar maiores reflexões para a prática em saúde mental, colaborando para uma perspectiva crítica, que compreenda o contexto atual no Brasil e a luta pela efetivação de acesso à saúde enquanto direito.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Série F. Brasília: Comunicação e Educação em Saúde. 2004.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. – São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEPCFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. Brasília; Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização- PNH**. 1ª ed. - Brasília-DF, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: Janeiro de 2021.

CARVALHO, F. A. **O Serviço Social e a Interdisciplinaridade**. Revista Diálogos, vol. 18; n. 2, 2012. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/Article/3915>. Acesso em: Abr. de 2021.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 37–59, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634882. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882>. Acesso em: 10 fev. 2021.

COSTA, M, D, H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A, E, *et al.*, (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional – 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo. Atlas. 2007.

IAMAMOTO, M, V. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A, E, *et al.*, (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional – 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2009.

IAMAMOTO, M, V. Projeto Profissional: espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS (org.) **Atribuições privativas do assistente social em questão**, Brasília: CFESS, 2012 (1ª edição ampliada). Disponível em <http://cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf> Acesso em 08 de Abr. de 2021.

IAMAMOTO, M, V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional- 22. ed. – São Paulo, Cortez, 2012.

MOREIRA, C, P; TORRENTE, M, O, N; JUCA, V, J, S. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface** . 2018, vol.22, n.67, pp.1123-1134.

NOGUEIRA, V, M, R; MIOTO, R, C, T. SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A, E, *et al.*, (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional** – 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2009.

KRUBER, T. R. Serviço Social: tendências prático-políticas no contexto de desmonte do SUS. **Sociedade em debate**, v.25, p.131-146, 2019.

PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.102, pp.339-351, 2010.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. **Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?** Revista Serviço Social & Saúde. Campinas, SP v. 11 n. 1 (13), p. 27-50 jan./jun. 2012.

VASCONCELOS, A, M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A, E, *et al.*, (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional** – 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2009.



6

Thainara Soares Veloso

**SERVIÇO SOCIAL
É POLÍTICA
DE SAÚDE MENTAL
NA ATUALIDADE:
ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.6

RESUMO

Este artigo tem como objetivo tecer elementos que buscam incitar o debate acerca da política de saúde mental, assim como as modificações ocasionadas com o processo de reforma psiquiátrica, e abordar o trabalho profissional do/a assistente social em tal política. As discussões aqui apresentadas possibilitam reflexões acerca da importância da apreensão crítica dos elementos que circundam a realidade dos sujeitos e a contribuição do trabalho exercido pelo assistente social no âmbito da saúde mental. A metodologia utilizada, através da pesquisa bibliográfica, propõe um diálogo entre autores (as) que contribuem de forma engrandecedora para propor discussões direcionadas a política de saúde mental e o cuidado psicossocial com pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Pensar em tais elementos como expressões da “questão social” permite compreender os determinantes econômicos, políticos e sociais presentes na vida dos sujeitos e reafirma a importância e necessidade do olhar ampliado na saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviço Social; Álcool e outras drogas.

INTRODUÇÃO

O Serviço Social está inserido nas mais variadas áreas e com públicos distintos, no entanto em qualquer espaço o seu objeto de trabalho perpassa as expressões da “questão social” presentes na vida dos/as usuários/as (IAMAMOTO, 2003). A saúde é uma das políticas em que o/a assistente social se faz presente, visto que num conceito ampliado é indispensável considerar os determinantes econômicos, políticos e sociais que incidem no processo de adoecimento. No âmbito da saúde mental a reforma psiquiátrica lançou luzes sobre as discussões acerca da importância da apreensão crítica e reflexiva da realidade que circunda o indivíduo, salientando a necessidade do trabalho multiprofissional.

Na perspectiva de cuidado com os sujeitos em sofrimento mental tem-se serviços estabelecidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que atuam na política de saúde para viabilizar o acesso a atenção psicossocial. Em casos de uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA's) o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) é responsável pelo atendimento especializado e conta com equipe multidisciplinar que acolhe e atende situações de crise.

O conceito de crise na contemporaneidade difere do que era pensado anteriormente, a centralidade nos sintomas era marcante e a perspectiva de superioridade do médico psiquiatra era inquestionável. É perceptível que com os avanços nas discussões sobre a crise, ancorado nas diretrizes da reforma psiquiátrica, o foco nos sintomas abre espaço para a reflexão acerca do contexto em que o sujeito vive e a subjetividade presente neste processo (MARTINS, 2017).

Durante o percurso de escrita do presente trabalho, além das questões já apresentadas, serão realizadas breves discussões que contemplem o debate sobre a política de drogas e aproximação dos/as

assistentes sociais com tal temática. Este estudo tem como objetivos primários conhecer e compreender o trabalho profissional na saúde mental, pesquisar sobre o Serviço Social e sua inserção em tal área, e viabilizar debates relacionados ao uso de álcool e outras drogas como expressões da “questão social”.

Em conformidade com os escritos de Minayo (2009) a metodologia de um trabalho situa-se como o percurso utilizado pelo pesquisador/a para o desenvolvimento de determinada pesquisa. No presente artigo o caminho utilizado percorreu a pesquisa bibliográfica de caráter descritivo e qualitativo, com base nas obras de autores que, anteriormente, estudaram e debateram acerca da temática apresentada.

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Ao percorrer a trajetória histórica da reforma sanitária no Brasil percebe-se que foi um movimento marcado por intensas lutas, na década de 1980, em um cenário turbulento de ditadura militar. A proposta da reforma sanitária, que estava em ascensão, trouxe a perspectiva de saúde como direito de todos/as e dever do Estado, entretanto não é possível identificar, nesta época, mudanças nas intervenções dos/as assistentes sociais que atuavam na saúde, tal processo acontece apenas mais tarde com os avanços da profissão no Serviço Social crítico (BRAVO e MATOS, 2006).

Em meados de 1990 dois projetos antagônicos marcaram as discussões no âmbito da saúde, são eles o projeto privatista e os ideais alinhados a reforma sanitária. Em vista disso é possível identificar

um desafio para o Serviço Social, já que o trabalho profissional era requisitado com diferentes objetivos a depender do projeto de saúde vigente. As ideias pautadas na reforma sanitária propunham um trabalho na perspectiva de uma visão crítica e ampla de saúde. Assim, nas palavras de Bravo e Matos (2006, p. 36) tem-se que:

[...] o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Neste processo de disputa de diferentes projetos insere-se a discussão acerca do Serviço Social e seu trabalho no âmbito da saúde mental, no Brasil a atuação profissional, inicialmente, foi marcada por práticas conservadoras desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos. No ano de 1946 os/as assistentes sociais já estavam inseridos nos chamados manicômios estatais e nos hospitais psiquiátricos para os trabalhadores que contribuíam com os IAPs - Instituto de Aposentadorias e pensões - (BISNETO, 2011). É substancial frisar que neste período a profissão ainda não tinha passado pelo processo de renovação, ou seja, carregava a marca do conservadorismo e do processo higienista, os profissionais eram requisitados para intervir, principalmente, na extrema pobreza e miséria que marcavam os hospícios brasileiros.

Com base na argumentação de Netto (2005) nos idos de 1970 a profissão passou por um processo marcado por questionamentos internos, trata-se do movimento conhecido como “Renovação do Serviço Social”, que incitou discussões acerca do fazer profissional e possibilitou o surgimento do Serviço Social crítico alinhado com as demandas da classe trabalhadora, assim a profissão foi inserida na divisão social e técnica do trabalho cujo projeto ético - político hegemônico perpassa a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais.

Conforme contribuições de Yamamoto (2003) pensar o Serviço Social como trabalho é compreender o importante significado desta categoria e legitimar a percepção dos/as assistentes sociais como classe trabalhadora inserida no complexo conflito capital x trabalho.

Tendo em vista tais questões e em conformidade com as assertivas de Santos (2012) a “questão social” pode ser concebida como a matéria prima do trabalho profissional. No bojo das relações intrínsecas ao capitalismo advém do intenso conflito entre classe trabalhadora e proletariado cujo o resultado são diversas expressões da “questão social”, na qual certamente inserem-se o uso abusivo de álcool e outras drogas e os demais fatores que o circundam.

Diante da heterogeneidade destes cenários é basililar que o/a assistente social se faça presente nas diversas realidades que permeiam o cotidiano dos sujeitos, é necessário que o profissional se atente para perceber a totalidade em que estão inseridos e a complexidade destas relações. Em comunhão com os escritos de Netto (2011) a realidade deve ser percebida em suas múltiplas dimensões ultrapassando a aparência e chegando a essência.

A saúde é uma área de atuação na qual o Serviço Social vem avançando ao longo da história, principalmente após a reforma sanitária visto que os princípios que a regem comungam com as discussões presentes no projeto ético-político hegemônico da profissão, no entanto é necessário que os profissionais estejam atentos para possíveis armadilhas que possam estar presentes no cotidiano de trabalho. Com base nos aportes teóricos presentes em CFESS (2010) muitos profissionais ainda são requisitados para exercer atividades na área da saúde que fogem das atribuições e competências que estão presentes no Código de Ética e Lei 8.662/ 1993, assim é fundamental que o profissional não se distancie do objeto de trabalho do Serviço Social e esteja comprometido com a apreensão crítica das determinações sociais, culturais e econômicas que perpassam o processo saúde-doença.

Em conformidade com a discussão realizada em CFESS (2017) o projeto ético-político proporciona a base norteadora do exercício profissional e configura-se como um projeto crítico e reflexivo alinhado com as lutas da classe trabalhadora, do mesmo modo possui íntima ligação com o conceito ampliado de saúde pensado na reforma sanitária e posteriormente na reforma psiquiátrica. Contraditória a visão da reforma sanitária e ao projeto ético-político tem-se a perspectiva de privatização de serviços, de orientação conservadora e visando beneficiar o processo de lucro capitalista, infelizmente tal projeto vem ganhando força nos governos de cunho neoliberalistas e impactam negativamente na política devido a percepção de saúde como mercadoria. Em vista disso Duarte (2018, p. 233) contribui de forma enriquecedora ao realizar uma análise acerca de tais retrocessos:

Cabe salientar que numa conjuntura política de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras, reedita-se o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, fruto da “guerra as drogas”, impondo desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista.

Pensar o uso de substâncias psicoativas como expressão da “questão social” é compreender que vários determinantes incidem sobre tal temática, questões econômicas, políticas e sociais . A população empobrecida, excluída e estigmatizada pode encontrar no uso e comércio de SPA's a única forma de sobrevivência, é necessário entender que neste processo insere-se as contradições da acumulação capitalista e o conflito capital x trabalho. A violência, criminalidade, exclusão e demais prejuízos associados ao uso abusivo de SPA's são configurações das expressões da “questão social” marcadas pelas constantes mutações na dinâmica de produção do modelo econômico vigente (ALBUQUERQUE, 2018).

A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM NOVO OLHAR FRENTE A LOUCURA

Em consonâncias as ideias de Amarante e Nunes (2018) a reforma psiquiátrica brasileira esteve ancorada em movimentos originados fora do país e fundamentada em marcos políticos, econômicos e sociais que viabilizaram a efervescência de ideias atreladas a reforma, além da intensa violência que marcava os hospitais psiquiátricos. Diante de tal cenário os profissionais da época denunciaram importantes situações que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, as violações dos direitos humanos era algo que acontecia frequentemente. Na década de 1970, em solo brasileiro, profissionais e militantes do movimento a favor da reforma se uniram no chamado “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental” e organizaram eventos e congressos regionais e nacionais (BISNETO, 2011). É neste cenário de luta e resistência, inclusive contra a violência imposta pela ditadura militar, que se originou o movimento da reforma psiquiátrica. A partir de 1980 houve uma movimentação para pensar formas e propor alternativas que pudessem substituir os hospitais psiquiátricos por serviços cujo objetivo é oferecer cuidado integral as pessoas com sofrimento mental, na tentativa de superar o modelo biomédico. Assim, ancorado na perspectiva analítica de Amarante e Nunes (2018, p. 2071) é possível observar que:

Em pouco tempo passa a ter visibilidade a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsáveis pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Muitos outros dispositivos são criados, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros.

Um marco no processo de reforma psiquiátrica é a lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como “Lei Paulo Delgado” cujo conteúdo institui e regulamenta uma inédita forma de cuidado e assistência as pessoas com sofrimento mental pautado na viabilização dos direitos e autonomia do/a usuário/a. Em 2011 a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS objetivando a assistência integral as pessoas com transtornos mentais e com necessidades devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Na RAPS foram estabelecidos pontos de atenção psicossocial que vão desde a atenção primária, atuando na promoção e prevenção em saúde, até a atenção especializada formada pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em suas distintas modalidades. Os CAPS situam-se na atenção especializada e atendem sujeitos em situação de gravidade apresentando demandas que perpassam sofrimento psíquico grave.

CRISE E A PERCEPÇÃO DE CUIDADO AMPLIADO

No âmbito dos serviços de saúde mental é comum ouvir falar de crise, no entanto é um conceito difícil de definir com exatidão visto que a subjetividade e a singularidade de cada sujeito deve ser pensada individualmente.

Em conformidade com as ideias de Martins (2017, p. 228) a palavra crise possui diferentes significados e está ancorada com o momento histórico vigente. Duas concepções são exploradas por tal autora, sendo uma ligada ao saber biomédico e com sinais e sintomas evidentes “delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, embotamento afetivo, entre outros”. A outra perspectiva diz respeito aos avanços protagonizados pela reforma

psiquiátrica, a crise é vista como um processo que vai além de sintomas, deve-se considerar as demandas subjetivas do sujeito e suas relações sociais. Se anteriormente a crise era pensada apenas como aspectos psicopatológicos, com a reforma psiquiátrica e os serviços que surgiram o conceito de crise deve ser concebido na perspectiva ampliada, ou seja, não se considera apenas aspectos da psicopatologia, a subjetividade e os determinantes sociais são extremamente importantes. Na concepção pensada após a reforma psiquiátrica as crises são manejadas por todos os profissionais presentes e não endereçada somente ao saber médico. Tal autora pontua que:

Contrária às colocações da psiquiatria clássica, a antipsiquiatria, movimento característico da década de 1960/70, amplia as concepções de crise por meio de reflexões que vão além da sua sintomatologia, incluindo nela aspectos do contexto social, familiar e relacional, aprofundando na vivência subjetiva da crise e na sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente (MARTINS, 2017, p. 229).

Neste cenário insere-se a importância e necessidade de um olhar crítico e reflexivo frente a realidade, a comunidade, o território e contexto familiar.

A crise, como dito anteriormente, é um conceito amplo que vai além de sintomas e situa-se como um momento complexo de externalizar o sofrimento. Apesar de não se limitar a sinais e sintomas é substancial conhecer as possíveis reações que o sujeito pode apresentar em situações de uso de álcool e outras drogas, visto que o trabalho interdisciplinar é imprescindível e o conhecimento se faz necessário em todos os membros da equipe. Para pensar o manejo dos sinais e sintomas que podem ocorrer em situações de crise que envolvem uso de SPAS´s é necessário conhecer os conceitos de intoxicação, abstinência, comorbidades e dificuldades no relacionamento interpessoal (UFSC, Oliveira, Neto, 2014).

A intoxicação acontece no uso de SPAS´s e se manifesta de diferentes formas a depender de qual substância foi utilizada, quantidade e fatores orgânicos do sujeito. O uso do álcool e outras drogas podem acarretar diversos sinais, como fala arrastada e/ou confusa, sonolência, atenção diminuída, convulsões, marcha instável, euforia, lentificação, alterações de sensopercepção, entre outras. Abstinência causa sinais e sintomas distintos para cada SPA e padrão de uso, acontece quando há interrupção abrupta ou diminuição do padrão de consumo, são percebidos sinais e sintomas como tremores, sudorese, vômitos, ansiedade, irritabilidade, alucinoses, insônia, pesadelos, fissura, taquicardia e cansaço. Pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas podem ter comorbidades anteriores, que podem ser clínicas ou psiquiátricas e influenciar nos quadros apresentados pelo sujeito, assim é necessário abordar o histórico de vida, medicações, entre outras informações importantes, visando perceber se existem questões anteriores ao uso de SPAS´s.

As dificuldades de relacionamento com a família e a sociedade estão presentes nas situações de crise, podendo causar irritabilidade, ansiedade, agressividade e o risco de pensamentos e planejamentos suicidas. É preciso que a equipe multidisciplinar acolha as demandas postas e busque estabelecer relações que explicitem o que a instituição pode oferecer e como se dá a dinâmica de atendimento do serviço (UFSC; OLIVEIRA; NETO, 2014)

Desde sua emergência enquanto profissão o Serviço Social está inserido em um contexto complexo e antagônico de lutas entre diferentes classes sociais, a intervenção do/a assistente social com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas sempre esteve presente, visto que a “questão social” emerge em decorrência das contradições da relação capital x trabalho, no entanto o conservadorismo que dominava a profissão requiritava um profissional de cunho higienista e moralista alinhado com os interesses da sociedade burguesa.

Na atualidade o trabalho desenvolvido por tais profissionais, guiados pelo direcionamento político - crítico, se propõe a viabilizar, através das políticas públicas, que tais sujeitos estejam inseridos nas relações sociais e que possam ter acesso a seus direitos (DEGASPERI, 2013)

A política de álcool e outras drogas no Brasil sempre foi marcada por um caráter proibicionista que criminaliza e culpabiliza o sujeito, porém é perceptível que tal legislação avançou, mesmo que minimamente, com o passar dos anos e hoje possibilita que discussões, como a de redução de danos, sejam realizadas. O uso e abuso de SPA's podem trazer inúmeros malefícios aos sujeitos e suas famílias, devido a isso é necessário que tal temática seja percebida como expressão da "questão social" e seja discutida não no sentido de criminalização, mas com uma visão crítica da totalidade do contexto em que o uso de substâncias se insere. Em conformidade com as assertivas de Silva (2014):

A legislação brasileira sobre drogas, mesmo que de forma tímida, conseguiu ter avanços qualitativos nos últimos vinte anos e rompeu com algumas lacunas que se formaram ao longo do século passado [...] Apesar da pouca produção legal e pouco debate sobre a questão no país, as leis se modernizaram e suas constantes e recentes modificações expressam o interesse do Estado em tratar da questão das drogas de modo mais amplo – mesmo que as políticas implementadas ainda não tenham contemplado uma intervenção com essa complexidade – e em compreender a importância desse tema, que está acompanhado e relacionado às constantes modificações econômicas, sociais e políticas, trazendo, assim, novos desafios à sociedade. É necessário construir um discurso sobre as drogas que contemple suas ramificações e incorpore argumentos múltiplos.

Atualmente, no Brasil, tem-se várias legislações que fazem a discussão sobre as SPA's, destaca-se a Política Nacional sobre Drogas (Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005) e a lei 11.343 de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou evidenciar questões que visam contribuir com a discussão do Serviço Social na saúde mental, salientando aspectos importantes para atuação profissional em conformidade com o projeto ético-político vigente. Propor tais estudos é colaborar com os substanciais debates acerca da profissão no âmbito da saúde e evidenciar a contribuição da profissão e tal área.

Tal artigo possibilita a contribuição com as discussões relacionados a luta antimanicomial ao analisar o papel do assistente social nas equipes multiprofissionais dos serviços da RAPS. Desse modo, fomentar análises sobre o trabalho profissional é reafirmar as diretrizes da reforma psiquiátrica, cujo posicionamento é o cuidado com o sujeito de maneira ampliada, e alargar os debates acerca do uso de substâncias psicoativas como expressão da “questão social”. Para isso, durante a pesquisa, foram abordados elementos históricos acerca da profissão, a contextualização da saúde mental e aspectos substanciais para pensar o trabalho com sujeitos que fazem uso de SPA’s.

As substâncias psicoativas e as múltiplas expressões da “questão social” que derivam de seu uso abusivo ainda são vistas com intenso preconceito pela maioria da população, em vista disso cabe também aos profissionais da saúde levar informação e contribuir para que os sujeitos tenham acesso aos seus direitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. “**Questão das drogas**” e o serviço social: um desafio posto à profissão. XVI ENPESS. Vitória, 2018. Disponível em : <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23274>. Acesso em 5/08/2021.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde coletiva**, n° 06, 2018. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em 115/07/2021.

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

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurilio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético - político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO et. Al (org). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Brasília. Distrito Federal. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em 15 de agosto de 2021.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social**: subsídios para reflexão. Brasília: CFESS, 2017.

DEGASPERI, Nínive. **Drogas, políticas sociais e serviço social**: Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/123164/326705.pdf?sequen-ce=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 de julho de 2021.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Política de saúde mental e drogas**: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. Libertas online. 2018. Disponível em : <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/download/18604/9730/77568>. Acesso em 15/06/2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e Formação Profissional. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**. Barbacena-MG, v. 11, n. 20, p. 226-242, Jan / Jun, 2017. Disponível em: [file:///D:/v11n20a12%20\(1\).pdf](file:///D:/v11n20a12%20(1).pdf). Acesso em: 15/08/2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

NETTO, Jose Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós- 64. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Diego Tabosa da. Serviço social, assistência social e drogas: um estudo do trabalho profissional do assistente social nos centros de referência especializados de assistência social no município do Rio de Janeiro : **Disserertação (Mestrado em Serviço Social)** - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro. 2014.

UFSC; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; NETO, Francisco Job. **Curso de atualização em álcool e outras drogas, da coerção a coesão**. Florianópolis, 2014.

7

Raimara Gonçalves Pereira
Viviane Bernadeth Gandra Brandão

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS

DOI: 10.31560/PIMENTACULTURAL/2022.94647.7

INTRODUÇÃO

Através do princípio da universalidade, o acesso a saúde passou a ser reconhecido enquanto direito, o que assegura o acesso aos serviços e cobertura no âmbito da saúde a todos os cidadãos, independente de quaisquer aspectos sociais, culturais, étnicos ou religiosos. Por meio da proposta de integralidade há o reconhecimento do processo de totalidade da saúde dos indivíduos, prevendo o fornecimento e desenvolvimento das ações em saúde por níveis de atenção numa dimensão biopsicossocial.

No cerne da implantação do SUS, a partir da Lei 8.080 de 1990, tem-se no Brasil o reordenamento do modelo de atenção à saúde, sendo, no percurso do desenvolvimento do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo de referência no que se refere ao primeiro contato com as populações, considerando sua abrangência e proximidade.

Contudo, no bojo da defesa da interdisciplinaridade enquanto método para se materializar os princípios do SUS, especialmente, da integralidade, que dentre outros, visa a oferta da atenção à saúde de modo que se transcenda os métodos curativos, considerando os sujeitos numa perspectiva social, cultural, familiar, a organização da ESF, veio na contramão desta perspectiva. Visto que sua composição basilar está, desde sua criação, em 1994, centrada numa perspectiva organista, sendo esta composta essencialmente por profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Somente no ano de 2008, a partir da sinalização da necessidade de se ofertar atenções singulares, numa perspectiva para além do cunho médico-curativo é que se percebe, no eixo da Atenção Primária à Saúde, a inclusão de variadas outras disciplinas, a partir da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Assim, a partir da

substantialização do NASF no terreno da APS, é que se tem a perspectiva de um olhar interdisciplinar, visto a inclusão de variadas outras profissões na oferta à saúde de base territorial, dentre estas, a inclusão do profissional assistente social.

Desde sua origem no Brasil, a profissão de Serviço Social, foi absorvida pela área da saúde. Historicamente, sofreu variadas mudanças no que se refere à formação, concepção teórico metodológica e de processos de trabalho. Na saúde a operacionalização de seu trabalho se dá a partir da questão social, em suas mais variadas expressões. Desse modo, o profissional responde, às mais variadas demandas postas pelos serviços, e pelos usuários, atendo-se aos preceitos legais da profissão e, a defesa intransigente dos direitos humanos. Tal atuação exige em si, profissionais interventivos, com desenvolvimento intelectual, crítico e interventivo em todas as esferas de sua atuação.

Todavia, tem-se que as tensões e contradições do mundo do trabalho, refletem-se de modo expressivo na atuação profissional. E é em meio a esse contexto, que este estudo enfatiza o trabalho dos assistentes sociais na saúde, buscando compreender a atuação profissional em conformidade com as configurações da construção histórica da profissão, bem como da política de saúde, especialmente no que se refere à Atenção Primária à Saúde.

Desse modo, entende-se que compreender o percurso de construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil, bem como sua matriz estruturante é substancial para construção de práticas e saberes arraigados, bem como de ações mais concretas e eficazes tendo em vista, sobretudo, a defesa do SUS, ação necessária em tempos de fortes avanços neoliberais e contra-reformistas.

Ademais, o debruçar acerca do percurso da atuação profissional na saúde, essencialmente no que se refere a política pública, proporciona a condução de ações mais sólidas e compatíveis com o

atual projeto ético-político da profissão. Destaca-se, que a defesa da presença do assistente social na atenção primária não se trata apenas de demanda de inclusão de um campo de trabalho, mas, sobretudo, da materialização dos preceitos do Sistema Único de Saúde e da promoção singular e otimizada da saúde, numa concepção ampliada.

Diante das questões aqui postas, é que se construiu o presente texto, por meio de estudos e pesquisas bibliográficas em documentos oficiais, artigos e livros, tomando como base pesquisadores que se ocupam de pesquisas na área do serviço social na saúde e da atenção primária, com foco central na organização da ESF.

Desse modo, o presente estudo se ateve a analisar o percurso de construção da APS, bem como a trajetória da profissão de serviço social considerando questões conjunturais e estruturais, uma vez que, a profissão, histórica e dialeticamente construída, ao passo que atua na realidade, também sofre seus efeitos estruturais, conforme veremos no percurso deste.

PERCURSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

As populações urbanas têm se tornado progressivamente numerosas, exigindo, concomitantemente, mudanças na dinâmica das realidades sociais e de saúde, que se tornaram cada vez mais complexas.

Desse modo, requerem respostas mais rápidas e eficazes frente às questões de saúde, sobretudo no âmbito da APS, ou seja, no âmbito dos territórios locais. Tem-se que, desde a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), a partir da Lei 8.080 de 1990, a vida das pessoas, especialmente nas cidades, passou a ser gradativamente envolvida de cuidados, sendo, estas examinadas e

categorizadas minuciosamente, visto às necessidades de demarcações dos quadros sanitários do país.

No que se refere à Atenção Primária à Saúde, tem-se que esta, foi concebida nas primeiras décadas do século XX, enquanto metodologia de fornecimento de serviço de saúde pública aos indivíduos e à coletividade, considerando, especificamente delimitação territorial e experiências com a aplicação de concepções teóricas e políticas fundamentadas. Segundo Starfield (2002), a operacionalização deste modelo de atenção assumiu o direcionamento dos contornos econômicos, culturais e políticos nos mais variados contextos, atores sociais e momentos envolvidos.

Apesar da grande repercussão e cobertura no território brasileiro, as experiências germinais de APS, surgiram no Reino Unido, a partir do Relatório de Dawson em 1920, que caracterizou o modelo de atenção primária, enquanto forma de organização dos sistemas de saúde a partir dos territórios, se propondo assim, a reestruturação do modelo de oferta da atenção à saúde na Inglaterra, com o incremento da gestão e execução dos serviços por níveis de complexidade e, considerando ainda os custos dos tratamentos.

Nesta direção, a partir do relatório supracitado, os serviços primários de saúde ficariam a cargo da maior demanda das questões de saúde da população, funcionando, enquanto porta de entrada e núcleo central do sistema, de modo vinculado e com/como suporte dos serviços secundários e terciários, ou seja, de média a alta complexidade (PORTELA, 2016).

Destaca-se que tais propostas se fizeram presentes na base da criação do Sistema nacional de saúde da Inglaterra e, foi o ponto de partida central na discussão acerca da gestão dos serviços de saúde, tendo como ênfase a APS ainda na contemporaneidade, visto o seu foco ao fornecimento da atenção primária com base no primeiro

contato, na organização dos serviços por bases regionais e territorializadas, seguindo uma hierarquização conforme a complexidade das necessidades de saúde (PORTELA, 2016).

No âmbito das ideias umbilicais da APS, tem-se ainda a Conferência Internacional de Alma-Ata, que ocorreu no Cazaquistão, em 1978, que compreendia a assistência e a oferta dos cuidados primários de saúde como fundamentais para o desenvolvimento dos indivíduos e da coletividade, esta defendia que,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 01).

Segundo Connil (2008), no Brasil, desde a década de 1920 existem serviços que ofertam atenção com características similares ao que fora preconizado enquanto APS, como os centros de saúde na cidade de São Paulo. O autor aponta ainda outras iniciativas que apareceram posteriormente nos anos de 1940 e 1950, como o modelo de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que foram implantados no norte e nordeste do Brasil em áreas estratégicas de produção, contudo, neste período, estas iniciativas ainda apareciam timidamente no cenário nacional.

Já nas décadas de 1970 e 1980, a considerar a ocorrência da crise econômica no Brasil, que tornou visível as fragilidades da assistência médica que até então era baseada nos moldes previdenciários, emergem no país novas experiências sanitárias, que se organizavam tendo por base o modelo de APS recomendado internacionalmente.

Cabe ressaltar, que no Brasil este modelo trouxe consigo a difusão de propostas contra-hegemônicas que se opunham ao modelo assistencial até então fornecido, preconizando uma maior participação do poder público na gestão, organização e financiamento dos serviços. Nesta direção importantes experiências de territorialização foram implantadas no país, como as de medicina de base comunitária, com projetos que se destacaram nas cidades de Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Montes Claros (MG) e Niterói (RJ); Ademais, houve a implementação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no Nordeste, que auxiliou na expansão da rede ambulatorial (CONILL, 2008).

Já no início da década de 1980, em meio ao processo de democratização do país, temos as propostas das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) seguidas, posteriormente, pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da nova Constituição Federal no ano de 1988, a popularmente conhecida como a constituição cidadã (LAVRAS, 2011).

Definido enquanto uma das grandes conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, tem-se a criação do SUS, instituído pela Lei 8.080 no ano de 1990, que passa, desde então, a regular todas as ações e serviços de saúde em todo território nacional, estabelecendo os seus princípios e diretrizes. Sendo a saúde, reconhecida como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p.01).

A partir deste momento, passou-se a perceber um maior movimento em torno da afirmação da APS, acompanhada de variadas iniciativas em estados e municípios, mesmo com ausência da configuração de um modelo nacional. No entanto, segundo Lavras (2011), somente a partir do processo de municipalização do SUS, na década de 1990, é que se percebeu um processo de estruturação de modo mais uniforme da APS nos municípios brasileiros, sob o incentivo do ministério da Saúde por meio de provisão legal e destinação de financiamento.

Assim, após materialização dos serviços da APS no território nacional, no ano de 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) que, passaram a serem vistos enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde no país (BRASIL, 1998).

Autores como Cunha & Carnut (2013) apontam, que o Programa de Agente Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família assumiram em suas fases iniciais perspectivas de trabalho focalizadas e de caráter seletivos na condução de suas ações, estando, portanto, na contramão da perspectiva fundante da APS. No entanto, após a afirmação da NOB-SUS 01/1996, há a tentativa de difusão no país da concepção de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo pois esta entendida, enquanto estratégia ampliada para aproximação da APS, com vistas à reestruturação dos modelos de assistência à saúde ofertados no país (OLIVEIRA & GHIRALDELLI, 2019).

Lavras (2011), aponta, que apesar da organização da APS no âmbito territorial ter sido bastante variável em cada localidade, numa visão geral, ao comparar a implementação em municípios de pequeno e grande porte, é inquestionável a sua importância no âmbito territorial, especialmente a partir da instituição, por meio da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, da Política Nacional de Atenção Básica. Dentre suas contribuições, aponta-se a afirmação de uma metodologia de trabalho enquanto política, assim, tem-se a Estratégia Saúde da Família

(ESF) que apresenta-se enquanto o maior serviço de organização e reorientação da atenção primária no âmbito do SUS.

Tal política na esfera de seus princípios e diretrizes preconiza que,

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p. 19).

Assim, a atenção primária se afirma, conforme Starfield (2002), enquanto o contato primário da assistência continuada à saúde, sendo, pois, esta centrada no indivíduo, devendo utilizar-se de práticas que tenham como preceitos os atributos de primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade.

Nesta direção,

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades

mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (Mendes, 2009, p. 57-58).

A implantação da ESF tem por base à reorganização da atenção básica no Brasil, conforme os preceitos legais do SUS, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, na representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), enquanto estratégia para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, visando a reorientação do processo de trabalho com objetivo de sistematizar os princípios, diretrizes e fundamentos SUS, com a ampliação da resolutividade e do impacto positivo na situação de saúde das pessoas e da coletividade (BRASIL, 2012).

No que se refere às especificidades na organização da Equipe de Saúde da Família, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.55), destaca, dentre outros, que esta deve ser composta de equipe formada por no mínimo, “médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde”, podendo ser a esta acrescida profissionais de saúde bucal, “cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal”. Quanto aos ACS tem-se que, o quantitativo destes deve ser suficiente para cobertura em cem por cento da população cadastrada, devendo haver no máximo 750 pessoas sob a responsabilidade de cada ACS, e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando assim, o limite máximo recomendado de pessoas por equipe; Visto que, cada equipe deve se responsabilizar por no máximo 4.000 pessoas, sendo de 3.000 a média recomendada, respeitados os critérios de equidade.

Segundo Scherer *et al.* (2013) diante cenário institucional brasileiro e a complexidade dos problemas de âmbito coletivo e individual, que exigiam ações específicas e direcionadas, com a configuração de necessidades multiprofissionais e interdisciplinares no âmbito da ESF, tida como porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, houve a tentativa de reorientação do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Tal tentativa se deu, com a criação, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visou a inclusão e apoio à inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, bem como a ampliação de sua abrangência no cerne da Atenção Primária.

O NASF, em linhas gerais, foi criado para apoiar a Equipe de Saúde da Família, visando atribuir a estas maior resolubilidade, mediante o apoio matricial⁷ de especialistas, e com o desenvolvimento de ações básicas de saúde específicas e para grupos definidos, seus parâmetros foram redefinidos a partir da Portaria nº 3.124 de 2012 (BRASIL, 2012).

Os Núcleos, segundo Gonçalves *et al.* (2015), objetivam prioritariamente o fornecimento de apoio multidisciplinar às ações desempenhadas pelas ESF's, e a ampliação da cobertura, conforme os princípios da regionalização e da territorialização, contribuindo de modo positivo na resolutividade dos casos atendidos, com ações qualificadas e primando pelo fortalecimento da rede de cuidados de cada território.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do

7 Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essa proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família com profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas. O matriciamento visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação, por meio de ações mais horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis de assistência. (GONÇALVES *et al.* 2011).

encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012, p. 70)

Nesta direção, os NASF's devem contribuir para materialização da integralidade do cuidado aos usuários do SUS, com base no atendimento das demandas por interlocução da ampliação da clínica, com olhar orgânico, psíquico e também social.

Na composição de recursos humanos dos NASF's há, diferentemente da composição das unidades de Saúde da Família, devendo o NASF ser composto por, profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes, e entre as listadas a previsão de trabalhadores formados pelas mais distintas categorias profissionais⁸, como: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

Destaca-se aqui, tendo em vista o objeto deste estudo, a inserção do Assistente Social na composição da equipe do NASF, sendo pois, uma das primeiras aproximações do Serviço Social no âmbito da Atenção Primária à Saúde, visto que, em suma, há a presença deste profissional nos serviços dos níveis de média e alta complexidade. Infere-se que, pensar a inserção do Assistente Social no âmbito da APS, permite o situar da ação dialética no contexto não tão somente social, mas também

8 Segundo a Portaria nº 3.124 de 2012, há três modalidades de NASF: NASF1, que pode apoiar entre cinco e nove eSF e/ou equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas, tais como a população de rua ou a ribeirinha; NASF 2, que pode apoiar entre três e quatro eSF e/ou AB para populações específicas; por fim, o NASF 3, que oferece apoio entre uma e duas eSF e/ou AB, também para populações específicas. Além disso, tais modalidades se diferenciam pelo número de profissionais na composição das equipes e pela somatória da jornada de trabalho semanal de todos os membros da equipe (que varia de 80 horas na modalidade 3 a 200 horas na modalidade 1). (GONÇALVES *et al.* 2015, p.61).

territorial, numa aproximação das condições objetivas da vida, do trabalho e do cotidiano da população, tendo em vista os movimentos na qualidade de vida, na defesa dos direitos humanos, com base no desenvolvimento otimizado das relações sociais vigentes (ALBUQUERQUE & SILVA, 2014). Assim, o próximo tópico deste estudo, visa percorrer o limiar das possibilidades da atuação profissional do Assistente Social na APS, bem como os percalços que se encontram pelo caminho.

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Entende-se que as políticas públicas são pensadas e implementadas pelo Estado, tendo em vista o enfrentamento de problemas variados, sejam eles de educação, habitação, assistência social, saúde e etc. Nesta direção, ações são fomentadas tendo em vista a resolubilidade e resposta às mais variadas questões e demandas populacionais, visando, desse modo, assegurar o acesso aos direitos constitucionalmente garantidos (COSTA, 2013).

Historicamente a área da saúde se constitui como significativo espaço de atuação profissional dos assistentes sociais. No entanto, a considerar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde e o reordenamento do modelo de atenção no país, no nível da atenção primária à saúde, o processo de inclusão desta categoria profissional ocorreu de modo tímido, mantendo-se à tendência histórica de atuação do Assistente Social, de modo mais acentuado na média e alta complexidade (GHIRALDELLI & OLIVEIRA, 2019).

A inserção do Serviço Social na Saúde, como profissão institucionalizada, se deu especialmente, segundo Bernardo e Pinheiro

(2011), a partir da década de 1940, num percurso em que o fazer profissional era direcionado para adequação à ordem social vigente, com ações voltadas para combate e controle às reivindicações da classe trabalhadora com forte intervenção estatal, sendo ao Assistente Social atribuído a função de vigilância da saúde do proletariado. Ação esta que se perdurou por tempos.

O processo de legitimação do assistente social no âmbito da saúde se processou desde a institucionalização da profissão no país, que se deu, inicialmente, junto aos serviços direcionados à assistência médico-hospitalar, sendo, posteriormente, inserido na área da saúde pública, estando sua atuação, em suma, direcionado à ações de caráter eminentemente assistenciais (KRUGER, 2010).

[...] não há como contestar: as protoformas do Serviço Social brasileiro, seu aperfeiçoamento e sua institucionalização – que lhe garantiram o estatuto de profissão na divisão sociotécnica do trabalho –, estiveram sempre e organicamente vinculados à manutenção da ordem. Esse ingrediente encontra-se na gênese do Serviço Social, sendo, por isso, insuprimível desde que mantidas as bases da sociabilidade burguesa. (SILVA, 2013, p. 81)

Assim, a profissão de Assistente Social, por muito tempo, segundo Bravo (2006, p.91), se organizou sob fortes influências da igreja católica. Ademais, a considerar o intenso processo de industrialização do país, a crescente urbanização e ampliação da massa de trabalhadores em precárias condições de saúde e habitação no Brasil, tem-se o processo de inserção deste profissional no apaziguamento das questões que surgiam entre a classe operária e o capitalismo monopolista.

A atuação profissional do assistente social no campo da saúde no país, se deu, eminentemente associado a um aspecto caritativo, com forte influência da igreja católica e com direcionamento específico ao apaziguamento das tensões entre a classe trabalhadora e do empresariado,

movimento que se perpetuou por mais de suas décadas, sendo que, após críticas ao projeto da profissão, inicia-se mudanças nas bases interventivas da mesma, especialmente no campo da saúde (NETTO, 1999). Tais intervenções, no entanto, se processaram, segundo a autora, apenas ao nível técnico, ao passo que as bases teóricas ainda se apresentavam vinculadas ao conservadorismo enraizado na base fundante da profissão. Ademais, por muito tempo no Brasil não se processava o objeto pelo qual as práticas profissionais pudessem ganhar escopo, do ponto de vista teórico metodológico. (BRITO&MENDES, 2020).

Nesta direção, o reconhecimento do serviço social enquanto profissão na sociedade capitalista configurou-se numa conjuntura sócio-histórica marcada pelas contradições estabelecidas entre capital e trabalho (NETTO, 2005). Ademais, segundo o autor, a primeira expressão quanto a construção metodológica da categoria profissional se deu em 1947, momento em que se passou a configurar as ações desta, associadas aos valores cristãos, com referenciamento às práticas conservadoras vinculadas à religião e ao ajustamento à ordem capitalista vigente, date-se o código de ética profissional aprovado em 1947.

Segundo Bravo (2006), é na década de 1940, a considerar a expansão do capitalismo monopolista, bem como as novas configurações societárias impostas pelo mesmo, que a atuação profissional no âmbito da saúde passa a ser mais demandada. Tal demanda se dá, não tão somente pelas mudanças societárias, que exigiam a presença do profissional em várias linhas de ação, mas, também, em função das elaborações acadêmicas acerca dos aspectos biopsicossociais, elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que passaram a conceituar a saúde a partir *“do viés com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana”* (SCLIAR, 2007, p.29).

Nas décadas de 1960 a 1970 verificou-se, de acordo com Netto, (2011), a necessidade no corpo profissional de se materializar metodologia própria de trabalho, tendo em vista, a legitimação do assistente

social no âmbito técnico-científico. Nessa direção, temos a emergência do Movimento de Reconceituação, que ao questionar os projetos profissionais vigentes, refletiu enquanto momento de renovação do serviço social no Brasil, não havendo contudo, a erosão do conservadorismo, mas a legitimação da tecnificação, já predominante.

Quanto ao Movimento de Reconceituação, que fora desencadeado em 1960 no âmbito latino-americano, tem-se que este foi marcado por rupturas e permanências. Tal processo assumiu três direções no Brasil, a ser: Modernização conservadora, de caráter tecnocrático e neopositivista, a reatualização do conservadorismo, que tem inspiração no âmbito da fenomenologia e a intenção de ruptura, caracterizada pela aproximação, ainda que singular à tradição marxista (Netto 2011).

Destaca-se aqui, que de modo concomitante ao processo de revisão das bases conceituais do Serviço Social, estava em discussão no país, conforme supracitado no tópico anterior, o Movimento pela Reforma Sanitária, que criticava o modelo de saúde, até então baseado ao formato hospitalocêntrico, em que a figura do médico se encontrava no centro de todas as práticas em saúde.

Em meados de 1970, segundo Netto (2011), há o desenvolvimento de um novo perfil profissional, marcado pela pluralidade e heterogeneidade, seguindo ao panorama latino-americano, no que refere aos discursos profissionais, que passaram a nortear o fazer profissional. Tem-se assim, um corpo profissional marcado pelas imposições do sistema capitalista e, conseqüentemente, pela sobreposição das questões sociais em suas mais variadas questões, que passaram a refletir conseqüentemente no trabalho, na família, educação, assistência e saúde e, exigindo do profissional o desenvolvimento teórico-crítico para lidar com todas as expressões da questão social.

Assim, na década de 1980, verifica-se uma aproximação da profissão, no âmbito da universidade, com a tradição marxista, contudo,

até a década de 1990 a atuação e intervenção se apresentam ainda de modo tímido no que se refere às questões teórico-críticas, com pouca produção no que se refere à demanda do serviço social no âmbito da saúde (CFESS, 2010).

Tem-se que, após a materialização do SUS, em 1990, o serviço social assume nova roupagem na área da saúde, passando a atuar nos mais variados serviços, associado às premissas de promoção da integralidade, da saúde, participação social, intersectorialidade e garantia direitos, assumindo nessa direção, novo caráter técnico em seu fazer no âmbito da saúde (BRAVO, 2006).

Ainda na década de 1990, especialmente em 1993 tem-se a afirmação do projeto ético-político da profissão, que tem como referência o atual Código de Ética do Assistente Social, legitimado através da Lei n. 8.662 de 1993, que passa a regulamentar a profissão, seguido pelas novas propostas em seu método de ensino, que em 1996 atualizou as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Assim, tem-se nova configuração no que se refere a auto-imagem da profissão.

[...] a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas. (NETTO, 2007, p. 04).

Nesta direção, o Serviço Social passa de modo mais legítimo a se materializar enquanto profissão teórica, metodológica, técnica e ético-política com objeto de trabalho direcionado às questões sociais e humanas. À vista disso, a profissão através de seu direcionamento crítico, passa organicamente a ser regido pelo projeto ético-político, atuando de modo efetivo, através das políticas públicas, tendo em

vista o pleno exercício da cidadania e o acesso universal aos direitos constitucionalmente garantidos, dentre eles, o da saúde.

Todavia, segundo Bravo (2020), no campo da saúde no Brasil, os profissionais, na atualidade, têm que lidar com três projetos em disputa.

Com relação aos projetos de saúde em disputa, tem-se o da reforma sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito social de responsabilidade do Estado.

O projeto privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros. Na década de 1990, tem-se como marco a proposta dos chamados “Novos Modelos de Gestão”, em substituição à gestão estatal, que associada a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público para a garantia de acumulação de capital.

O terceiro projeto é o da reforma sanitária flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país. A proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária. (BRAVO, 2020, p. 194).

A disputa entre esses projetos está inscrita no próprio processo de desenvolvimento do sistema capitalista, que em sua fase neoliberal, reduz o acesso aos direitos sociais para a classe trabalhadora, por meio da supressão de investimentos em políticas públicas, associada a participação incisiva do mercado nas forças produtivas e em todos os aspectos da vida em sociedade (BRAVO, 2020).

E é neste cenário, no bojo das tensões e contradições estruturais, bem como do mundo do trabalho que o assistente social se insere. Profissional que atua por excelência com as políticas sociais, se depara com complexas contradições em seu espaço de trabalho, especialmente, em tempos de intensos rebatimentos aos direitos sociais. Entende-se desse modo, que a questão social se manifesta enquanto estrutura fundante da atuação profissional na sociedade capitalista, sendo a este exigido ações sinérgicas para responder aos problemas complexos nas mais variadas áreas, no caso específico deste estudo, no setor da saúde, especialmente no que se refere à atenção primária.

Conforme visto, a incursão do assistente social no âmbito da atenção primária, se deu, de modo mais efetivo quando da criação dos NASF's; Ao incluir tal categoria profissional em seu escopo, há o reconhecimento da necessidade e presença desse profissional na composição das equipes multidisciplinares no nível dos territórios, essencialmente a nível das unidades básicas de saúde. Visto que, a atenção básica é constituída com alta capilaridade, sendo responsável por estabelecer o contato primário com os usuários dos serviços, a porta de entrada do SUS, é reconhecido que neste nível de atenção o dispensar das ações por parte das equipes exigem conhecimentos variados para o direcionar de atenções específicas tendo por base a integralidade no cuidado.

Segundo Sodré (2014), o assistente social enquanto profissional que compõe a equipe de “de apoio” das ESF's, atuam no suporte às equipes mínimas das unidades, e, em sua grande maioria, sua atuação tem por foco a efetivação de ações de cunho preventivo e de promoção da saúde no âmbito dos territórios as quais estão presentes. Tendo por base estas ações, o profissional é convidado a atuar com olhar direcionado ao território, às famílias e à prevenção e promoção da APS.

Na atualidade, no que se refere à aplicação efetiva da atuação profissional na atenção primária à saúde, faz-se necessário a compreensão acerca das questões inerentes ao território em que o profissional

se encontra, bem como das potencialidades e carências do mesmo, reconhecendo os serviços ali presentes, seus elementos e as pessoas.

Nesta direção, Sodré (2014) afirma em seu estudo que,

A mobilidade urbana, o movimento das pessoas nos bairros, a construção de edificações, o movimento dos veículos e o fluxo por eles gerado passam a ser foco de estudo para a saúde pública, dividida e mapeada geograficamente. A primeira ação, portanto, é voltada para a observação da saúde como pertencente a um distrito sanitário (a cidade pode ser insalubre e por isso deve ser mapeada por uma geografia humana e pelos seus “riscos”). Esse território contém o hábito e o cotidiano das pessoas. Dessa forma, torna-se um objeto de estudo e intervenção para a saúde pública. (SODRE, 2014, p. 72).

Para além do território, a Estratégia Saúde da Família, como o próprio nome já diz, tem por foco as famílias, trazendo consigo a orientação de suas ações a este grupo, tendo por foco a produção da saúde. No que se refere à atuação profissional, tem-se que o trabalho com famílias fazem parte da história da profissão. Sendo, segundo Sodré (2014), os assistentes sociais os únicos profissionais que tem a família como objeto privilegiado de intervenção no percurso de toda sua trajetória histórica.

Sodré (2014) aponta ainda que, no processo de implantação da ESF, o CFESS e CRESS questionaram a inclusão do assistente social no âmbito da equipe mínima das unidades de saúde, e não tão somente no âmbito das “equipes de apoio”. Nessa direção, discutia-se a aproximação do trabalho dos Agentes Comunitários de saúde ao do profissional assistente social, visto o fato de o objeto de trabalho se assemelhar no que se refere ao trabalho com famílias.

Questionava-se o isolamento do Serviço Social dentro da divisão do trabalho em equipe, questionava-se o instrumental subutilizado do assistente social na abordagem com famílias (visto que era uma estratégia de saúde da família) e,

ainda, o trabalho de visita domiciliar — tão característico da prática do Serviço Social — atribuído então para um segundo profissional, de nível médio de escolaridade, o agente comunitário de saúde. (SODRE, 2014, p. 79).

Apesar das discussões levantadas, a visita domiciliar se materializou como atribuição comum para ambos profissionais, contudo, com perspectivas e dotadas de instrumentalidades diferenciadas, visto que o profissional do serviço social realiza a visita domiciliar tendo em vistas o esclarecer de informações para subsidiar suas intervenções, o acesso a direitos e inclusão em programas específicos, elaboração de pareceres sociais, gestão de ações específicas direcionadas às famílias, levantamento de informações para discussões de casos interdisciplinares e etc. Quanto aos ACS, tem-se que estes utilizam-se da visita domiciliar para coleta de informações previamente organizadas e definidas pela equipe e também seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Acresce-se, no cenário da interdisciplinaridade, que o ACS é um profissional chave, sendo em sua grande maioria o responsável pelo primeiro contato entre os usuários e os serviços. As informações coletadas pelo agente subsidiam as ações dos profissionais de nível superior.

Quanto a promoção da saúde, autores como Czeresnia e Freitas (2003) apontam que esta se apresenta comumente associada ao campo da epidemiologia, tendo em vista o evita do adoecimento, especialmente com o processo de imunização. Contudo, entende-se, que estas ações estão eminentemente associadas ao modelo biomédico, que visa a mudança dos padrões de vida, tendo por base a imposição de normas sanitárias e não a educação em saúde, para que a mudança nos padrões seja também uma escolha.

Nesta dimensão, o profissional do serviço social é convidado a atuar nas ações de promoção da saúde, que não se findam apenas aos profissionais das áreas médicas, mas que devem favorecer o envolvimento e participação dos profissionais que compõem as equipes de

saúde, de modo interdisciplinar, da sociedade civil, das associações de bairro, dos serviços que compõem e produzem o território, dentre outros.

Czeresnia e Freitas (2003) afirmam ainda, que para atuar na promoção da saúde se faz necessário a associação de saberes técnicos e também populares, com a materialização de práticas intersetoriais tendo em vista a promoção do protagonismo dos sujeitos. Nesta direção, a promoção da saúde está diretamente associada ao diálogo, com produção do conhecimento pela palavra, com trocas dinâmicas que se produzem em parceria, com vinculações objetivas.

Nesta direção a atuação do assistente social no âmbito da atenção primária à saúde se dá revestida de intencionalidade profissional, intencionalidade esta arraigada ao projeto ético-político da profissão, tendo como foco principal de seu trabalho a questão social. Assim, o profissional é requisitado e desenvolve variadas ações junto à equipe, a comunidade, às famílias e em parceria com os serviços presentes no território, sendo as maiores demandas focadas em ações de visitas domiciliares e institucionais, atendimentos às famílias, orientação a indivíduos e grupos, elaboração de estudos e relatórios sociais, materialização de políticas sociais, supervisão de estágios, elaboração de projetos sociais, monitoramento de planos e ações, discussões variadas de casos junto às ESF's, atendimentos direcionados à saúde mental, do trabalhador, adolescentes, com olhar particular para promoção da saúde e materialização das diretrizes do SUS (OLIVEIRA&GHIRALDELLI, 2019).

Assim, a atuação dos profissionais do Serviço Social na APS, é considerada como de grande importância, especialmente no que se refere a defesa e garantia dos direitos sociais, visto que ao ocupar espaço na “porta de entrada” dos serviços de saúde, este profissional ocupa locus privilegiado no que se refere a promoção de ações preventivas nas mais variadas esferas. Ademais, é possível perceber a dimensão político-pedagógica do exercício profissional, com vistas a construção em conjunto, a partir de ações cotidianas, de construção de caminhos

comprometidos com os valores emancipatórios, tendo em vista a promoção de sujeitos cidadãos, sujeitos de direitos. (HOFFMANN, 2007).

Contudo, a presença dos profissionais de Serviço Social no âmbito da atenção primária é bastante incipiente, sendo estes serviços em sua grande maioria compostos apenas pelas equipes mínimas, com foco essencialmente biomédico, não havendo a inclusão das demais áreas. A inclusão do assistente social em tal área, obteve maior destaque a partir da criação das equipes de apoio às ESF's, momento em que, a partir dos NASF's, com destinação de recursos próprios, houve reconhecidamente um avanço, no que se refere a consolidação da Atenção Básica no Brasil, com ampliação das ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações no âmbito dos territórios nas mais variadas áreas, especialmente no que concerne à saúde mental, visto a importância da efetiva abordagem das condições psicossociais nesse nível de atenção.

No que se refere à promoção da saúde mental, segundo Gonçalves & Kapczinski (2008), é comum que os profissionais que ocupem as ESF's não estejam familiarizados com as questões inerentes à saúde mental e com os aspectos da integralidade do cuidado, e que as redes de atenção à saúde estejam pouco integradas.

No Brasil, já foi demonstrada a importância das condições psiquiátricas na Atenção Básica, com índices que variam de 38% a 56% de prevalência de transtornos mentais na população de abrangência e que utiliza as Unidades Básicas de Saúde, em especial no modelo Estratégia Saúde da Família. A Organização Mundial da Saúde enfatiza a importância dos quadros mentais na Atenção Básica⁴ e apontou, em parceria com a Wonca (Associação Mundial de Médicos de Família), a necessidade de uma ótima integração de cuidados em saúde mental nesse nível de atenção, ⁵ destacando que transtornos mentais tratados inadequadamente estão associados a uma baixa qualidade de vida e à perda de capacidade funcional, além de um aumento nos custos dos serviços de saúde que gera um impacto negativo na economia dos países. (GONÇALVES & KAPCZINSKI, 2008, p. 124)

Desse modo, é indubitável a importância do desenvolvimento de ações e estratégias efetivas no que se refere à atenção à saúde mental nos territórios, no âmbito da Atenção Básica. E, foi nesta direção, visando a concretude de um trabalho mais horizontalizado com maior interação entre os demais níveis de atenção que os NASF's foram criados no Brasil, impulsionados, concomitantemente, pela proposta de apoio matricial visando a reorientação e o redimensionamento nos modelos de atenção em todas as áreas, numa perspectiva para além do modelo biologista, mas com olhar biopsicossocial. (GONÇALVES & KAPCZINSKI, 2008).

Estudos, realizados, conforme Gonçalves e Kapczinski (2008), demonstram, através de revisão sistemática que envolveu 24 mil pessoas e 79 ensaios clínicos randomizados, que os cuidados multidisciplinares e colaborativos, conforme os realizados na perspectiva do NASF, são essenciais no que se refere ao manejo dos quadros de saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nesta direção, apontou-se enquanto elementos fundamentais, a atuação das equipes multiprofissionais, a estruturação de planos de cuidado estruturados, a comunicação entre os profissionais e o contínuo acompanhamento e compartilhamento do caso em reuniões de apoio matricial. Tem-se que as experiências tidas após a inserção dos NASF's permitiram o dispensar de atenções especializadas no campo da saúde, indo de encontro à proposta de materialização da integralidade do cuidado.

No entanto, a atual conjuntura se manifesta como momento de grandes ameaças ao sistema democrático e a garantia de direitos, visto que é possível vislumbrar variadas medidas governamentais que tem como foco a redução dos gastos públicos com políticas sociais, e o sucateamentos dos serviços públicos, dentre eles, o da saúde.

Em todo o mundo, os efeitos negativos das medidas de austeridade fiscal sobre a vida e a saúde das populações têm sido evidenciados, sendo destacada a ineficácia do receituário neoliberal até mesmo no combate à crise econômica. Aliado a estas medidas, destacam-se um conjunto de políticas e propostas do

governo que conformam o que tem sido denominado de “Necropolítica” ou “Políticas da Morte”, que envolvem questões cruciais como a crise climática e o meio ambiente, as políticas de segurança pública e os cortes de recursos em programas essenciais. Apenas para ilustrar podemos citar, no âmbito do meio ambiente, a liberação de agrotóxicos proibidos em diversos países, as propostas que visam aumentar a exploração desenfreada das nossas riquezas nacionais e dos lucros do agrotóxico e que põem em riscos o desenvolvimento sustentável da região amazônica e a vida dos povos indígenas e da floresta; no âmbito da segurança, o Pacote Anticrime, com medidas que irão contribuir com o aumento da violência policial sobre as populações mais pobres e vulneráveis; e o corte de recursos em políticas de saúde consolidadas como a política de saúde mental, o Programa de combate à Aids e o Programa Nacional de Imunização. Todas estas medidas, aliadas aos reflexos da crise econômica sobre o desemprego e o aumento das desigualdades sociais e da pobreza têm impactos profundos sobre a vida e a saúde da população brasileira. (ABRASCO, 2019, p.02).

Assim, é visível a materialização de processos de contrarreformas e desfinanciamento de políticas sociais, tais medidas se iniciaram no ano de 2016, com aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que autoriza o congelamento por 20 anos dos financiamentos e dos orçamentos destinados especialmente à saúde pública, com reflexos em todos os níveis de complexidade. Seguidos de outras ações que atuam diretamente na desconstrução dos preceitos do SUS, com efeito mais atual, temos a instituição por parte do governo federal do Programa Previne Brasil através da Portaria nº2.979 de 2019, que apontou para a possível extinção dos NASF’s, ao estabelecer novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde no âmbito do SUS, que não estimulam o processo de implantação dos núcleos no âmbito dos municípios.

Já no ano de 2020, a partir da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que dita sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e o Programa Previne Brasil, torna-se claro a desvinculação do incentivo financeiro para o credenciamento de novas unidades dos NASF’s, tal nota dita que,

2.2. Dessa forma a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou Equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas. (BRASIL, 2020, p.01).

Toma-se assim, a extinção dos incentivos destinados ao NASF's, o que, produz consequentemente, mudanças efetivas na construção da APS.

Deste modo, não há garantias de que “a “nova APS” cumpra, nem com os atributos essenciais da APS forte, supostamente preconizados pela SAPS, e muito menos com os atributos derivativos abolidos nessa proposta” (ABRASCO, p.07). Tal desconstrução gerou variados movimentos pelo país, com manifestação no âmbito universitário, através dos diferentes meios de comunicação e das diferentes representantes de categorias profissionais, dentre eles, do CFESS, que lançou nota em março de 2020 contra extinção dos NASF's, reconhecendo

[...] que o Nasf constitui um importante espaço de trabalho profissional de assistentes sociais e que contribui para o fortalecimento da política de atenção básica/primária em saúde que defendemos, ou seja, ordenadora do cuidado e base do sistema de saúde, pautada nas necessidades de saúde da população, na determinação social do processo saúde-doença e na participação social. (CFESS, 2020, p.01).

Percebe-se, desse modo, que a partir de tal nota, que fica a critério de cada ente o financiamento e/ou custeio das equipes multidisciplinares no âmbito na APS, dentre estas encontra-se a figura de variadas categorias profissionais (educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo e etc), dentre estas, a do profissional de serviço social.

Na atualidade, o que se verifica é que não são todos os entes municipais que reconhecem a importância da materialização de uma proposta de atenção integrada no âmbito da atenção primária, visto que, após a Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, muitos entes excluíram a proposta de fornecimento da atenção multidisciplinar no âmbito das ESF's, havendo, na grande maioria a destinação dos recursos à ações redirecionadas ao padrão biomédico, o que pormenoriza o processo de trabalho ora construído, bem como a ampliação dos olhares no que se refere a promoção da saúde no âmbito dos territórios.

CONCLUSÃO

As metamorfoses da sociedade modificam substancialmente as organizações sociais, políticas, econômicas, culturais e educacionais, incidindo conseqüentemente na gestão da sociedade, nos fazeres profissionais e na organização estrutural e conjuntural dos modos de sociabilidade. Nesta trama, o serviço social enquanto profissão e especialização do trabalho coletivo, em meio as contraditoriedades existentes entre capital e trabalho também sofre estas transformações, passando por variadas configurações nos meandros de seu projeto ético político que incidem diretamente na atuação profissional.

O serviço social, reconhecido como profissão por legitimidade da área da saúde, se insere nos processos de trabalho desta área, tendo como premissa as respostas as mais variadas demandas postas pela

questão social, o que requer profissionais com otimizada capacidade crítico-intelectual. No cerne da saúde, conforme visto a profissão sofreu variadas mudanças ao longo de seu percurso de inserção em tal política, especialmente, após a legitimação do processo de Reconceitualização.

Na perspectiva no âmbito de sua atuação na atenção primária à saúde, o profissional é convidado a atuar de modo incisivo na promoção da saúde, primando pela defesa dos direitos humanos e materialização da integralidade. Desse modo, nos territórios, deve dar ênfase, numa perspectiva ampliada, a todos os condicionantes desta, considerando a criação de possibilidades de promoção no âmbito dos modos de vida, dos comportamentos, do ambiente, da saúde não tão somente em seu viés biológico, mas também da saúde mental, da saúde do trabalhador, agindo a partir da coletividade, não somente a partir das características que os distinguem, como é o caso dos grupos de diabéticos, gestantes, hipertensos, idosos, mas, também a partir das características que lhes são comuns, ou seja, a partir da territorialidade, dos serviços, da dinâmica e da coletividade, tendo em vista o alcançar de efeitos sinérgicos de promoção social, com incentivo a promoção da saúde. Trazendo à tona, as perspectivas históricas que demarcaram a luta profissional, bem como a luta por uma saúde plural numa compreensão ampliada, ou seja, além do cunho eminentemente organicista.

Percebe-se contudo, que, mesmo em meio a variadas lutas historicamente construídas, conforme visto no percurso deste estudo, no que se refere à busca por ações mais comprometidas com os cidadãos e com a oferta de serviços com ações basilares no que se refere a promoção de saúde, é pulsante o processo de desconstrução e contrarreformas. Sendo, desafio constante o processo de resistência e de construção de movimentos contrários rumo a superação dos modelos que primam por ações que desconsideram “a abordagem biopsicosocial, a ênfase na promoção da saúde, as ações de saúde coletiva e a garantia de acesso à atenção especializada conforme necessidades,

com integração da rede assistencial para a continuidade do cuidado no SUS”, especialmente em sua base territorial. (ABRASCO, 2019, p.11).

Deste modo, este estudo não se esgota aqui, visto tratar-se de tema pulsante, que remete à variadas lutas construídas ao longo da história, e que em tempos remotos como o atual, passam por fortes desconstruções, sendo necessárias debates recorrentes, e lutas não tão somente da categoria profissional, mas, o processar de ações conjuntas em defesa da saúde pública e do avançar desta. Há muito por se fazer, avante!

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Contribuição dos Pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS**. Rede de Pesquisa em APS da Abrasco (Rede APS). João Pessoa. a, 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. 27 de setembro de 2019. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribucoesdos-pesquisadores_REDEAPS.pdf. Acesso em: 15 de Julho de 2021.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde em Debate. 2014, v. 38, n. 103., pp. 953-965. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082> . Acesso em 15 Agosto 2021.

BERNARDO, Cícera Juliana Pereira; PINHEIRO, Josefa Nunes. **Serviço Social no contexto da saúde pública**: Notas para uma discussão. Portal de periódicos – FAFIC, 2011. Acesso em: 18 de Julho de 2021. Disponível em: <https://fescfafic.edu.br/ojs/index.php/revistafafic/article/view/3/3>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF, Brasília, setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**- NOB-SUS 96 .Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.124 de 28 de Dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: Abril de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro**: Lutas e resistências. *SER Social*, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Org.) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2.Ed. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministerio da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Lei nº 8.662 de 1993**. Código de ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993.

CONNILL, Eleanor Minho. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde**: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. vol.24, suppl.1, pp.s7-s16. 2008.

COSTA, Maria Martha Lauande da. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**: Contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil. Brasília. 2013.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; CARNUT, Leonardo. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2013, v. 29, n. 7 [Acessado 15 Agosto 2021] , pp. 1478-1479. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700022> . Acesso em julho de 2021.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; KAPCZINSKI, Flavio. **Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 9 , pp. 2043-2053. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010>> . Acesso em 02 de agosto de 2021.

GONÇALVES, Daniel Almeida *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu *et al.* LANCMAN , Selma ; SZNELWAR, Laerte Idal ; CORDONE, Nicole Guimarães; BARROS, Juliana de Oliveira. **Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [online]. 2015, v. 40, n. 131, pp. 59-74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0303-7657000078013>>. Acesso em junho de 2021.

HOFFMANN, Edla. **O trabalho das assistentes sociais no Programa Saúde da Família**: PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde**: Espaços de atuação a partir do SUS. CRESS-SC. Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v9i2.8634891>. Acesso em 10 de Maio de 2021.

LAVRAS, Carmen. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade. 2011, v. 20, n. 4 [Acessado 15 Agosto 2021] , pp. 867-874. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>.

MENDES, Eliane Soares; BRITO, Eliane Castelo Branco de Andrade. **A inserção do serviço social na atenção básica do município de Cristino Castro-PI**. UMA-SUS. FIOCRUZ.2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14664>. Acesso em 21 de junho de 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Agora mais do que nunca** – Uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Trabalho com famílias**: um desafio para os Assistentes Sociais. Textos & Contextos (Porto Alegre), 3(1), 1-15. 2010.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético político do Serviço Social frente a crise contemporânea**. *In*: Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília (DF): CFESS; ABEPSS; CEAD; UNB, 1999.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. *In*: MOTA, Ana E.; BRAVO, Maria Inês Souza. (org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: Uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **O Movimento de Reconceituação 40 anos depois**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 84, 2005.

OLIVEIRA, Andreia de; GHIRALDELLI, Reginaldo. **O Serviço Social na atenção primária à saúde**. Revista Em Pauta. Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2019 - n. 44, v. 17, p. 255 – 273. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/45243/30956>. Acesso em: 14 de Junho de 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata:** OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> . Acesso em: 20 de junho de 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde . **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PORTELA, Gustavo Zoio. **Atenção Primária à Saúde:** um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 27, n. 2.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005> . Acesso em 01 Agosto de 2021.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde e austeridade fiscal:** o caso brasileiro em perspectiva internacional. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 7. pp. 2303-2314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018> . Acesso em junho de 2021.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 11, pp. 3203-3212. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>>. Acesso em maio de 2021.

SCLIAR, Moacyr . **História do conceito de saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva . 2007, v. 17, n. 1 [Acessado 5 Agosto 2021] , pp. 29-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em julho de 2021.

SILVA, José Fernando. **Serviço Social:** resistência e emancipação?. São Paulo: Cortez, 2013.

SODRÉ, Francisco. **Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde:** tradução, vínculo e acolhimento. Serviço Social & Sociedade [online]. 2014, n. 117, pp. 69-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100005> . Acesso em maio de 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TINTI, Éliidi Cristina. **Capitalismo, trabalho e serviço social.** In: Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Viviane Bernadeth Gandra Brandão

Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MINAS. Mestra em Estudos Culturais pela Universidade FUMEC. Especialista em Saúde Mental e atenção Psicossocial pela FASI. Docente do Departamento de Políticas e Ciências Sociais – Curso de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Educação – PPGE da Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental HUCF/UNIMONTES.

Débora Regina Amaral

Assistente Social, especialista em saúde mental pelo programa de residência em saúde mental pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e Hospital Universitário Clemente de Farias (HUCF). Mestranda em História Social/Unimontes e trabalha com a linha de pesquisa “Cultura, Relações sociais, e Gênero.

E-mail: deboraboc06@yahoo.com.br

Dimas Ribeiro Sales

Mestre em Desenvolvimento Social pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social – PPGDS/ UNIMONTES, Assistente Social Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário Clemente de Faria - HU / UNIMONTES.

E-mail: dimassales@hotmail.com

Larissa Souza Queiroz Fernandes

Assistente Social, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário Clementes Farias.

Marcella Moara Medeiros Dantas

Assistente Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, especialista em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas - EMCM/ UFRN e residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário Clemente de Faria - HU/UNIMONTES.

E-mail: cellinha_moara@hotmail.com

Raimara Gonçalves Pereira

Mestre em Desenvolvimento Social pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social – PPGDS/ UNIMONTES, Assistente Social Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário Clemente de Faria - HU / UNIMONTES.

E-mail: raimaragpereira@gmail.com

Thainara Soares Veloso

Assistente social, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mental do Hospital Universitário Clemente Farias

Thalita Lorrane Rocha Rodrigues

Assistente social, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mental do Hospital Universitário Clemente Farias.

Vanilde Pereira Pego

Assistente social, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mental do Hospital Universitário Clemente Farias, pós-graduada em Gestão de Pessoas e Projetos Sociais.

ÍNDICE REMISSIVO

A

álcool 9, 72, 92, 93, 95, 97, 100, 101, 102, 103, 106
assistente social 7, 56, 57, 58, 59, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 75, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 96, 97, 102, 104, 106, 109, 110, 120, 121, 125, 126, 127, 128, 129
autoestigma 12, 19, 20

C

cultura 13, 15, 21, 38, 40, 46, 47, 99

D

discriminação 11, 19, 20, 21
documentário 8, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36
drogas 9, 72, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106

G

gênero 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 47, 50, 56, 64, 91

H

história pública 8, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 36, 37
hospital psiquiátrico 26, 27, 29, 31, 32, 34, 35

L

literatura 35, 48, 61, 78, 80

O

opressões 25, 29, 33, 35, 36

P

políticas sociais 53, 58, 105, 125, 128, 130, 131, 137
preconceito 11, 19, 84, 104
processo de trabalho 52, 55, 61, 65, 66, 71, 73, 116, 133
processo histórico 53, 62, 76
profissionais de saúde 26, 45, 46, 49, 81, 116

S

saúde mental 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 60, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 104, 105, 128, 129, 130, 131, 134, 137, 140
serviço social 8, 9, 38, 55, 73, 83, 90, 91, 104, 105, 107, 110, 121, 122, 123, 127, 133, 138, 139
sociedade 13, 14, 15, 18, 20, 25, 28, 33, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 64, 67, 82, 84, 89, 102, 103, 105, 121, 124, 125, 128, 133
sofrimento mental 11, 12, 17, 18, 19, 20, 22, 78, 79, 84, 85, 94, 99, 100

T

transtorno mental 21, 22, 54, 60, 67, 68, 69, 72

V

vida social 14, 18, 21, 71
violência doméstica 8, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49



www.pimentacultural.com

EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

temas e contextos