



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LARISSA SILVA XAVIER

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO NORTE E
DESAFIOS AO TRABALHO PROFISSIONAL

NATAL – RN

2021

LARISSA SILVA XAVIER

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO NORTE E
DESAFIOS AO TRABALHO PROFISSIONAL**

Trabalho de conclusão de curso em Serviço Social junto a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora Prof.^a. Dr.^a Janaiky Pereira de Almeida

NATAL – RN

2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas - CCSA

Xavier, Larissa Silva.

Políticas de saúde mental no Rio Grande do Norte e desafios
ao trabalho profissional / Larissa Silva Xavier. - 2021.
42f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade
Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais
Aplicadas, Departamento de Serviço Social. Natal, RN, 2021.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Janaiky Pereira de Almeida.

1. Saúde Mental - Monografia. 2. Reforma Psiquiátrica -
Monografia. 3. Projeto Ético-Político do Serviço Social -
Monografia. I. Almeida, Janaiky Pereira de. II. Universidade
Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/Biblioteca CCSA

CDU 364:61

LARISSA SILVA XAVIER

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO NORTE E
DESAFIOS AO TRABALHO PROFISSIONAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.**

Aprovado em: 08/09/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Janaiky Pereira de Almeida. (UFRN)
Orientadora

Profa. Dra. Daniela Neves de Sousa (UFRN)
Membro Titular Interno

Profa. Dra. Miriam de Oliveira Inácio
Membro Titular Interno (UFRN)

NATAL – RN

2021

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, meu eterno amigo e professor, que em vida me ensinou a enxergar a beleza nas coisas mais simples e me proporcionou momentos felizes que guardo no coração.

A minha mãe e meu irmão, pelo incentivo, apoio e amor incondicional, que sem eles eu não conseguiria seguir em frente.

A minha irmã e família, por todos os momentos compartilhados.

Ao meu companheiro, Maurício, pelo carinho e apoio diário.

A minha amiga, Isis, pela amizade sincera e por sempre acreditar em mim.

A minha orientadora, Janaiky, pela paciência e compreensão durante a construção dessa pesquisa.

RESUMO

O trabalho apresentado tem como objetivo analisar os desafios que permeiam o fazer profissional dos Assistentes Sociais na política de Saúde Mental. Objetiva discutir sob a perspectiva do método materialista-histórico, pois tal problemática deve ser observada à luz do processo dialético de construção e desconstrução das variadas expressões da questão social no capitalismo contemporâneo. Optou-se por utilizar a revisão bibliográfica devido ao seu potencial de análise e o uso de dados documentais. Os dados colhidos apontaram para as múltiplas dificuldades de concretização dos princípios da reforma psiquiátrica enfrentadas pelos assistentes sociais dentro de instituições de atenção à saúde mental, reflexo da atual conjuntura de precarização dos direitos sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Projeto Ético-Político do Serviço Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	10
2.1 PRIMÓRDIOS DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA.....	10
2.2 MILITÂNCIA EM CENA: LUTA COLETIVA PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	17
2.2.1 Atuação dos assistentes sociais na luta pela reforma psiquiátrica e em defesa da saúde pública.....	21
2.3 UM RECORTE REGIONAL: A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	23
2.3.1 Rede de atendimento psicossocial no Rio Grande do Norte.....	26
3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL.....	30
3.1 PROJETO ÉTICO E POLÍTICO DA PROFISSÃO.....	30
3.2 LIMITES E POTENCIALIDADES QUE PERMEIAM O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	34
4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

O acesso democrático a saúde pública e gratuita é reflexo da luta dos profissionais da saúde, de entidades de classe e de diversos sujeitos que reivindicavam a universalidade no atendimento à saúde da população desde a década de 1970. O fortalecimento do setor público e as melhorias nas condições de saúde também foram peticionadas por um movimento que seria denominado como movimento sanitário, que se espalhou e garantiu visibilidade em espaços políticos.

Esse contexto de reforma sanitária ampliou o debate e crítica as práticas de atendimento em Saúde Mental, que eram realizados através de tratamentos cruéis e desumanos em hospitais psiquiátricos. Esse modelo manicomial já era discutido e criticado por grandes protagonistas desde a década de 1940, como é o caso da psiquiatra Nise da Silveira.

Após anos de luta pela mudança por uma nova concepção do “cuidar” para as pessoas com transtorno mental, a fim de garantir tratamento humanizado, houve uma conquista com a implementação da Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica se constitui como um importante protagonista para a área da Saúde Mental, uma vez que se pauta em princípios e diretrizes emancipatórias que regem a atuação dos profissionais e a Política de Saúde Mental. Ainda que a literatura registre o início da atuação profissional dos assistentes sociais em hospitais e serviços psiquiátricos a partir de 1946, foi através do Movimento de Reforma Psiquiátrica que o campo de atuação do Serviço Social em Saúde Mental cresceu, devido a formação política e social dos assistentes sociais.

Durante o processo de formação como assistente social, tive a oportunidade de realizar o estágio obrigatório no Hospital Dr. João Machado em Natal/RN, que lida com o campo da Saúde Mental. Essa experiência me despertou a aprofundar aspectos do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na saúde mental, os desafios, as potencialidades, as lutas para garantir e reafirmar os direitos dos usuários.

Inicialmente, a pesquisa tinha como objetivo analisar os desafios que transpassa o fazer profissional dos Assistentes Sociais na área da Saúde Mental do Hospital João Machado, contudo, houve a necessidade de alterar os objetivos pelo processo de pandemia. Em virtude

disso, este trabalho de investigação para realização da monografia teve como atual objetivo analisar os limites e potencialidades que permeiam o fazer profissional dos Assistentes Sociais na área da Saúde Mental a partir dos seguintes objetivos específicos: conhecer a cobertura de saúde no Rio Grande do Norte; identificar as estratégias de enfrentamento que os profissionais de serviço social desenvolvem para a materialização dos direitos dos usuários; apontar os principais rebatimentos do projeto neoliberal para a política de saúde mental enfrentados pelos assistentes sociais; e investigar os desafios para o Serviço Social frente à efetivação da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial.

É preciso pontuar que o Serviço Social é uma profissão que tem como pilar fundamental o comprometimento ético e político com a classe trabalhadora e com a criação de uma nova sociabilidade igualitária. No caminhar em direção à emancipação humana, em paralelo com o projeto ético político profissional do Serviço Social (materializado no código de ética, na lei de regulamentação da profissão e nas diretrizes curriculares da ABEPSS), faz-se fundamental o debate acerca da profissão, principalmente quando nos referimos a um campo bastante estigmatizado e precário, o da saúde mental.

Este trabalho, como fruto de sistematização e reflexões sobre o tema, está dividido em dois capítulos: o primeiro apresenta a política de saúde mental no Brasil, através de uma breve contextualização dos primórdios da assistência psiquiátrica, da luta coletiva pela reforma psiquiátrica e a da atuação dos assistentes sociais na luta pela reforma psiquiátrica e em defesa da Saúde Pública. O segundo discorre sobre o Serviço Social e Saúde Mental, por meio do projeto ético político da profissão, e da atuação, limites e potencialidades que permeiam o fazer profissional do Assistente Social.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir do levantamento de referências teóricas já investigadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, tais como artigos científicos, livros e páginas de web sites.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 PRIMÓRDIOS DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A loucura habita o imaginário popular. Antes mesmo do período medieval, várias eram as especulações dadas para tentar explicar tal “anormalidade”. Na idade média a igreja tinha uma forte presença na comunidade e no estado, o que levou a algumas suposições acerca da loucura, tais como: obra de espíritos malignos ou possessões demoníacas (AMARANTE, 1996 apud ROBAINA, 2010).

A psiquiatria como especialidade médica era desconhecida nesse período, o que demonstra as fortes crenças em teorias místicas. O tratamento dado aos acometidos pela loucura era o isolamento e o confinamento, acreditando-se na hipótese de que estaria afastando essa doença maligna dos ditos saudáveis. Vale salientar que qualquer grupo tido como a margem da normalidade também tinha o mesmo destino, dentre os quais mendigos, idosos e pessoas com doenças desconhecidas ou não tratáveis à época (TEIXEIRA, 2019).

Com o avanço da crise econômico-social e o aumento da urbanização no decorrer dos séculos XV e XVI, expandiu-se o número de miseráveis em decorrência de crise do feudalismo e das mudanças sociais, que provocou o êxodo rural, acarretando no aumento do número de pessoas em situação de rua (TEIXEIRA, 2019).

Dentro das instituições de carácter caritativo, os internos eram divididos em grupos de pessoas válidas e inválidas. O primeiro grupo era forçado a trabalhar em atividade tida como obrigatória e essencial dentro da instituição, a fim estimular o sustento próprio. O segundo grupo, que não possuía a mesma capacidade de prover o autossustento, acabava por virar moradores da instituição. Além do trabalho obrigatório, voltado apenas para os internos válidos, havia atividades que envolviam a todos, tal como as de cunho religioso (TEIXEIRA, 2019).

Sobre esse contexto, Foucault, 1989, p. 55 *apud* Teixeira apontou:

A fundação do Hospital Geral, junto com a criação da intendência geral de polícia, foi uma tentativa do poder real de enfrentar a anarquia social que assolava Paris, tomada por uma multidão de 40.000 mendigos e vagabundos de todo tipo. De imediato, entre 4000 a 5000 mendigos foram internados. Poucos anos após sua inauguração, o hospital geral de Paris abrigava 6000 pessoas, cerca de 1 % da população da cidade (2019, p.03).

A monarquia estava sendo ameaçada pela revolta da multidão que não se conformava com a miséria a qual se encontrava, quando comparado o estilo de vida luxuoso vivido pelos monarcas enquanto franceses morriam de fome nas ruas do país. Como forma de conter a rebelião, um decreto foi assinado no ano de 1662, que tinha como intuito determinar a criação de hospitais gerais em todo território Francês. A fundação destes recebia além da população que estava à margem da sociedade, exemplificado anteriormente, como também agora detentos políticos, que contrariavam a ordem vigente. “Esta reunião de assistência e repressão não se limitou à França, mas atingiu toda a Europa.” (TEIXEIRA, 2019, p. 03).

Antes da Revolução Francesa, o poder judiciário e monárquico tinha poder sobre as internações nos hospitais gerais, que podiam ocorrer de diversas formas: algumas mais difíceis, necessitando de autorização judicial, seja pelo tribunal ou por interdição acatada pelo juiz. Contudo, a forma mais conhecida e mais simples era por meio de uma carta, chamada por *lettre de cachet*, com carimbo do Rei, a pedido da família ou da autoridade pública, onde autorizava a prisão e confinamento do indivíduo de forma involuntária e sem o devido julgamento. A emissão da *lettre de cachet* foi proibida apenas em 1970, onde também foi determinado a libertação de todos os internos aprisionados por este meio.

Entretanto, o debate sobre os mistérios da subjetividade se desenvolve na França, com o pai da psiquiatria, Phillipe Pinel. Seus estudos tinham aproximação com os ideais da Revolução Francesa de liberdade, igualdade e fraternidade (ROBAINA, 2010). O homem passaria então a ser o centro de todas as ações, diferente da teoria teocêntrica presente na idade média. Nesse sentido, o antropocentrismo se define como ideia central, marcando o distanciamento da filosofia com a teologia.

Conforme Robaina (2010), a ruptura com o período anterior e os novos princípios pautados na Revolução Francesa mostraram que para o louco não há espaço no que condiz os juízos de valores defendidos pela revolução. Apenas retrata o homem racional, aquele considerado apto a vender sua força de trabalho para o capital. Aos que não eram tidos como um potencial sujeito economicamente ativo, restava o isolamento e segregação. Diante dessa realidade e perspectiva surge o hospital psiquiátrico, como forma de conter a loucura e alicerçar o modelo capitalista de sociedade. O isolamento torna-se a solução de cuidado à loucura.

Com conflitos desencadeados pela Segunda Guerra Mundial o cenário econômico muda, e há a uma demanda por força economicamente ativa. Nesse contexto, várias ações

pautadas na reabilitação do usuário foram planejadas com o intuito de aumentar o número de força produtiva para manter a engrenagem capitalista da revolução industrial.

As práticas foram se modificando com o passar do tempo e se distanciando dos ideais defendidos pela Revolução Francesa.

Com o avanço dos estudos teóricos organicista, o que era dito como doença mental passa a ser analisado como uma doença orgânica, dando início ao Movimento Higienista na Psiquiatria, que passa a ser um local de isolamento para prevenir a contaminação da sociedade pelos que não se enquadravam no modelo ideal de homem branco (ROBAINA, 2010). A criação do hospício reflete como as expressões da questão social eram percebidas no período, sendo:

um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem e, por isso, reprimido. Seus agentes eram detidos e reclusos em cadeias públicas, excluídos do cenário social. A função principal do hospício nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/perigoso (RESENDE, 1990, *apud* ROSA, 2013, p. 86).

A psiquiatria, bastante demandada no período pós segunda guerra mundial se desenvolve. Passa a surgir então a psiquiatria comunitária, que abandona o objeto anterior, à doença orgânica passa a ser tratada como saúde mental, em uma perspectiva preventiva de caráter público e não mais restrito aos loucos (ROBAINA, 2010).

Mesmo com os avanços e o surgimento da concepção de saúde mental como eixo paralelo à saúde pública, o hospital psiquiátrico ainda mantém poder e suas portas permanecem abertas. A crítica ao modelo hospitalar psiquiátrico foi impulsionada por diversos atores. Na década de 1970 na Europa pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, com sua experiência no Hospitais Psiquiátricos da Itália, onde colocou em prática várias transformações, dentre elas, “acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão” (CENTRO CULTURAL DA SAÚDE, s/d, on-line).

No Brasil, desde a década de 1940, temos uma a grande protagonista na luta pela reforma psiquiátrica, a psiquiatra Nise da Silveira, que “combateu práticas como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia. Ao abandonar as práticas médicas convencionais, propôs a utilização de atividades expressivas como método não agressivo.” (MELO, 2009, p.30).

Nesse sentido, nasce o que seria nomeado como psiquiatria democrática. De acordo com Robaina (2010, p.343), “esse modelo traz uma ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas que o alicerçam”. Face ao exposto, compreende que a crítica ao modelo tinha como base a emancipação desses sujeitos, não buscando a cura, mas sim a reinserção social das pessoas com transtornos mentais (ROSA, 2002, p.152 *apud* ROBAINA, 2010, p.343).

No cenário brasileiro, a participação de Franco Basaglia ao I Simpósio sobre Políticas Grupos e Instituições, ocorrido no Rio de Janeiro, proporcionou o amadurecimento das reivindicações e denúncias sobre as condições da assistência psiquiátrica no país, já debatidas e discutidas pela Psiquiatra Nise da Silveira. O fato de a Itália ter passado pela aprovação da Lei 180 em 1978, que dispõe sobre o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália, permitiu a análise do cenário brasileiro a partir do legado democrático alcançado na Psiquiatria Italiana.

Com a industrialização dos países, a assistência a saúde do trabalhador, passa a ser mediada pelo estado, bem como outros direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora. O Estado passa manter a ordem social capitalista e mediar os interesses das classes sociais.

Antes da intervenção do Estado, no século XX, a atenção médica era baseada na filantropia e na prática liberal. Com as transformações sociais ocorridas, algumas iniciativas no campo da saúde pública surgem, porém limitadas. A partir da década de 30 o movimento operário acrescenta como pauta a luta a favor da saúde pública. Com a efervescência do capitalismo industrial, a saúde no Brasil aparece como "questão social", um problema decorrente da natureza do sistema capitalista, refletindo as condições que os trabalhadores eram submetidos pela venda da força de trabalho (BRAVO, 2001).

As questões inerentes a saúde do trabalhador estavam sendo discutidas uma década antes, posteriormente foram acrescentadas dentro do sistema previdenciário brasileiro. Uma das principais criações foi das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), também conhecida como Lei Eloi Chaves. O sistema da CAPS tinha a contribuição da União, dos empregadores e dos trabalhadores. Nem todas as empresas tinham condições financeiras de manter esse sistema, já que eram organizadas por estabelecimentos comerciais. De acordo com Bravo, “os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.” (2001, p. 03).

As mudanças que ocorreram a partir da década de 1930 foram desencadeadas pelas transformações ocorridas na sociedade, como a industrialização, a modificação do papel do Estado e o nascimento das políticas sociais na sociedade brasileira. A conjuntura de 1930 demandava uma intervenção diferente daquela adotada em 1920 no que se refere ao enfrentamento das questões sociais. Se fez necessário a intervenção do estado nas questões sociais, com a criação de mecanismos que envolvessem e contemplassem toda a sociedade, deixando assim, de responsabilizar os indivíduos pelas condições às quais estavam inseridos (BRAVO, 2001).

O processo de urbanização não trouxe apenas pontos positivos como muito se é discutido nas escolas, também trouxe pontos negativos, como o aumento da população trabalhadora de forma exponencial, sem condições dignas de trabalho. Ou seja, cresceu-se o número de empregos, todavia as condições de trabalho se tornaram cada vez mais precárias.

A política de saúde da época foi dividida em duas categorias: saúde pública e saúde preventiva. Em ambas as ações eram limitadas e restritas, englobando principalmente os trabalhadores do campo, garantindo apenas as condições sanitárias mínimas.

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de "antecipar" as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. (BRAVO, 2001, p. 05).

Apesar da ampla defesa da privatização, a assistência médica previdenciária prestada pelo próprio serviço dos Institutos perdurou até 1964. Após o golpe militar houve a unificação da Previdência Social com os IAPs em 1966, onde coube somente ao trabalhador o papel de financiador. Após a ditadura militar, uma das medidas para legitimar a dominação burguesa instalada no aparelho estatal foi a utilização de projetos mediadores, como dito anteriormente, com intuito de apaziguar a relação com a sociedade civil. Isso significou que alguns direitos poderiam ser atendidos, desde que não interferisse no modelo de produção vigente. (BRAVO, 2001).

A política de saúde na década de 1980 superou o regime ditatorial instaurado à época, mas a crise desencadeada pela década de 1964 perdurou nos anos seguintes. Nisso, novos sujeitos apareceram em cena interessados "na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil" (BRAVO, 2001, pag.08).

Seguindo com essa breve contextualização histórica, chegamos na década de 1980, na qual a crise econômica da década de 1980 desencadeada pela ditadura militar provocou debates acerca da saúde coletiva e da responsabilidade do Estado na criação de Políticas Sociais críticas. Dois projetos antagônicos estavam em disputa na área da Saúde brasileira, por um lado o projeto privatista de desresponsabilidade do Estado, por outro o projeto de reforma sanitária pautado no fortalecimento do setor público (BRAVO, 2007).

Vale ressaltar que desde a década de 1970 a questão social sofre modificações na esfera do trabalho, desencadeada pela crise mundial do capitalismo fordista. Nesta nova estrutura do trabalho, o processo de flexibilização é tido como elemento primário.

Do mesmo modo, a precarização do trabalho é revestida de diferentes formas, dependendo do contexto societário e do processo de trabalho, passando gradativamente a assumir novas configurações e manifestações no decorrer das últimas décadas, a exemplo da materialização das políticas neoliberais e da contrarreforma do Estado no Brasil, a partir da década de 1990, cuja precarização do trabalho se torna evidente e latente [apesar desse fenômeno ter iniciado no período de processo da industrialização].

É importante destacar que esse contexto societário de transformações no trabalho e todos os aspectos dele decorrente, tem impacto direto na saúde física e mental dos trabalhadores. Esse processo atinge não só as pessoas que buscam os serviços, mas também os profissionais, responsáveis pela demanda. O ambiente de trabalho se torna cada vez mais hostil, onde o funcionário se sente inseguro quanto ao emprego, e assim obedecendo o projeto institucional a fim de evitar represálias. Cabe mencionar as precárias formas de contratação, tal como emprego temporário, bem como a não participação do trabalhador em oficinas de capacitação, priorizando a intensificação da jornada de trabalho e a produção no ambiente profissional.

Como reação contrária da lógica de mercantilização da saúde e as precárias condições de trabalho, setores da sociedade civil se articularam na luta pela democratização do país. As amplas mobilizações impulsionam a construção de um movimento político e social, o movimento sanitarista, que integra vários setores da sociedade em defesa da saúde pública no Brasil. Dentro dessas circunstâncias, o movimento de reforma sanitária consegue progredir na construção de propostas de caráter universal e gratuito, tendo como base o investimento e fortalecimento da saúde gratuita e pública, contrapondo ao modelo mercadológico da saúde privada (MOTA, 2009).

O movimento se expande e deixa de ser interesse apenas dos trabalhadores da saúde, e passa a ser então uma luta política a favor da sociedade, tendo como fundamento:

a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO & MATOS, 2001 apud CFESS, 2010, p. 19).

Mas foi apenas com a aprovação e posterior promulgação da Constituição Federal de 1988 que foi assegurado e ampliado o acesso aos direitos sociais dos cidadãos ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, 1988, artigo 196).

Antes da criação do Sistema Único (SUS) apenas tinha acesso a saúde pública pessoas que mantinham vínculo de emprego formal ou que contribuía para a previdência social. As mobilizações e lutas pela reforma sanitária garantiram na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Essa conquista democrática postulou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que mantém três pilares: universalidade; igualdade de acesso; e integralidade no atendimento.

O novo conceito de Saúde adotado pelo movimento sanitário foi debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente agregado na Constituição Federal de 1988. Na Constituição Federal foi criado um capítulo sobre Saúde, inspirado no relatório construído na Conferência, o qual dispõe que no Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ART. 198).

A criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) em 1990 foi fruto da nova concepção de Saúde descrita na Constituição Federal. Diante da regulamentação dessa lei, a saúde passa a ser um direito social de caráter universal (TRABUCO e SANTOS, 2015).

Ainda nesse cenário de transformações, outro movimento ganha amplo destaque, o da Reforma Psiquiátrica, influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária. Lutas foram travadas por meio de profissionais e familiares dos usuários atendidos pelos serviços de saúde mental, com o intuito de modificar e garantir dignidade e um cuidado mais qualificado aos pacientes e aos trabalhadores da saúde mental.

2.2 MILITÂNCIA EM CENA: LUTA COLETIVA PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nesse cenário político, de pleno processo de redemocratização do país, se constrói o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com o intuito de modificar e garantir dignidade e um cuidado mais qualificado aos assistidos. Dessa vez, os questionamentos estariam ligados a assistência psiquiátrica da época, baseada no modelo de psiquiatria clássica.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas [...]. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2005, p. 7).

Influenciada pela militância política do movimento de reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica ocorrida na Itália, o MTSM estabelece uma agenda política sob o mesmo título de reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização seria o ponto chave a ser considerado. É preciso pontuar que:

o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à própria vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES E SENA, 2001, p. 51).

O primeiro ato que representa o marco da reforma psiquiátrica no Brasil, ocorreu aos 18 dias de maio de 1987, em meio ao Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, na cidade de Bauru, em São Paulo. Outro grande encontro, não menos importante, foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. Ambos os manifestos tinham como bandeira a extinção dos manicômios que pairavam o país, onde as pessoas acometidas por transtornos mentais sofriam diversas violações de direitos humanos (CFESS, 2019).

Historicamente, a vida dentro do manicômio era rodeada tanto por violência física, quanto por violência psicológica. O isolamento e segregação da mazela da sociedade - como eram vistos - era tida como uma prática eficiente, pois tiravam os loucos do centro da cidade e os colocavam em lugares remotos. Felizmente, com o passar do tempo, alguns setores da sociedade civil enxergaram essa forma de tratamento, se assim podemos considerar, como insólito. Alocar pessoas com transtornos mentais ou algum outro tipo de anormalidade aos olhos da sociedade, para locais isolados, onde só podiam sentir os raios solares entre grades e muros que os cercavam, não era mais visto como um modelo eficiente.

Com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, diferentes grupos e segmentos da sociedade teceram críticas com o modelo clássico de assistência psiquiátrica, pautado na internação em manicômios. As denúncias sobre as práticas e cuidados exercidas dentro da instituição, de violação de direitos das pessoas com transtorno mentais, fez com que houvesse uma luta pela reformulação do modelo de atenção à saúde mental, para que houvesse dignidade aos usuários e familiares a partir de um novo paradigma do “cuidar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, on-line).

O contexto de redemocratização no país, na década de 1980, foi oportuno para que setores da sociedade civil articulassem a favor da reformulação da atenção à saúde mental. Tais mobilizações da sociedade brasileira que pediam uma alternativa ao modelo de atenção à saúde mental, ficou denominado como movimento de Reforma Psiquiátrica, que tinha como pauta os princípios do movimento de reforma sanitária, tecendo a construção de uma nova política pública de saúde mental inclusiva, democrática e participativa (CFESS, 2019).

Nessa trajetória, uma das conquistas foi a aprovação da Lei nº 10.215/2001 (lei da reforma psiquiátrica), também conhecida como Lei Paulo Delgado.

Trata da proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e define uma referência de atenção à saúde mental, baseada na implantação de serviços substitutivos de atenção psicossocial de base territorial e

comunitária, que possibilitem tratamento humanizado, autonomia, convívio social e comunitário (CFESS, 2019, on-line).

O movimento de reforma psiquiátrica, que visa promover a emancipação das pessoas com transtornos mentais bem como sua reinserção na sociedade e garantia de direitos, é impulsionado pela revisão legislativa proposta pelo Deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989 (SOUZA, 2012).

Junto a isso, com a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, ocorrida em Caracas no ano de 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, a qual delibera a reestruturação da assistência psiquiátrica nos países da América Latina, revendo o papel centralizador dos hospitais psiquiátricos.

Mas foi apenas em 6 de abril de 2001 que a proposta que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços abertos e comunitários é sancionada, através da Lei 10.216.

Ela alterou as disposições sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo de atenção à saúde mental. Se antes havia um modelo chamado hospitalocêntrico, centrado na internação dos doentes em hospitais psiquiátricos, a partir de então institui-se um modelo psicossocial (também conhecido como modelo comunitário) que privilegia o não-internamento e objetiva oferecer atendimento clínico ambulatorial e reinserir os pacientes na sociedade (SOUZA, 2012, p. 03).

Por meio desta Lei, pautada nas denúncias do movimento de reforma psiquiátrica, a Política de Saúde Mental foi reformulada. A criação de serviços substitutivos se apresenta como marco no avanço de paradigmas do antigo modelo hospitalar clássico, agora não tido mais como exclusivo. Assim, aparecem outros serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e hospitais-dias. O orçamento que antes era inteiramente repassado para os hospitais psiquiátricos, seria agora reorganizado e redistribuído para outros serviços não manicomiais, alterando a lógica de financiamento da assistência. (CFESS, 2017)

A criação do CAPS teve início durante o processo de redemocratização que pairava o Brasil, em um contexto de transição do período sanitário para o de desinstitucionalização. Porém, o último, ainda ligado à ideia de desospitalização. O período foi marcado pelo questionamento das velhas práticas manicomiais. (AMARANTE E TORRE, 2001).

O CAPS apareceu como uma rede assistencial externa intermediária entre o hospital e a comunidade, que conta com a participação de uma equipe multidisciplinar, que oferta as pessoas um serviço não burocrático e que respeita a singularidade dos indivíduos e seus múltiplos aspectos sociais. (AMARANTE E TORRE, 2001). Assim,

A doença mental deve ser pensada no campo da saúde coletiva, levando-se em conta os contextos micro e macro social, como a família, o trabalho e seu contexto histórico, tentando produzir uma reinterpretação de elementos culturais. (AMARANTE E TORRE, 2001, p. 29).

Ao pensar a doença no campo da saúde coletiva, o tratamento se estende para o cuidado com os sujeitos através de sua inclusão social e participação nos atos da vida civil. Portanto, é um processo que só existe com a participação de vários agentes sociais (AMARANTE, 2006).

As portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde instauram e regulamentam a criação de novos serviços em saúde mental. Mas, é preciso pontuar que o objetivo do processo de reforma psiquiátrica, não é apenas a retirada dessa população dos manicômios, leia-se desospitalização, mas sim reconstruir a realidade daqueles sujeitos, a qual implica em um processo de renovação das expressões políticas e culturais da sociedade. E que assim possam, junto a rede de atenção psicossocial e a comunidade, ter acesso a uma atenção integrada, a qual respeite as particularidades (AMARANTE, 2006).

Com o princípio do SUS de descentralização da saúde, há o repasse monetário a nível municipal. Essa iniciativa promove a integração da assistência psiquiátrica à rede de atenção básica de saúde, com a elaboração de programas municipais específicos de Saúde Mental. No entanto, mesmo com as conquistas democráticas, a Política de Saúde Mental passa por diversos desafios, tendo que se reafirmar cotidianamente. Assim, “as sucessivas reformas psiquiátricas sempre estiveram associadas a exigências societárias, numa nítida articulação com o embate entre os interesses das duas classes fundamentais da sociedade.” (ROBAINA, 2010, p. 343).

A implementação da lei da reforma psiquiátrica não impediu a intensa disputa do setor privado pela apropriação do recurso público destinado ao SUS. Na atual realidade política do país, as conquistas democráticas parecem ter prazo de validade, tendo em vista que as lutas que não atendem aos interesses financeiros do capital são ignoradas e percorridas na contramão da atenção em saúde mental baseada na perspectiva de desinstitucionalização.

Com a política de enxugamento do investimento público em políticas públicas e mínima participação do estado na economia, fica evidente a intensificação da contrarreforma do Estado. No que tange a Política de Saúde Mental, implica no interesse em reduzir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado, “aproveitam-se da onda neoliberal para não internar pacientes, mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais” (BISNETO, 2011, p.42).

Se faz importante mencionar que o estigma da loucura continua presente, mesmo com todas as políticas de fortalecimento e garantia dos direitos aos usuários dos serviços de saúde mental. No contexto de avanço e predomínio neoliberal, iniciado desde o ano de 1990, há o desprestígio do trabalho humano e o desmonte das políticas sociais, em um cenário de não-democratização (BISNETO, 2011). Para que o processo de desinstitucionalização, que preconiza a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos e comunitários, seja efetivado de forma integral, presume-se que deva ser articulado ao processo de redemocratização social.

2.2.1 A atuação dos assistentes sociais na luta pela reforma psiquiátrica e em defesa da saúde pública

No Brasil, o Serviço Social começou na década de 1930 atuando na assistência direta aos trabalhadores, uma forma de tentar diminuir as expressões da questão social que é fruto da relação entre o capital e o trabalho. Nas primeiras três décadas de inserção do Serviço Social no país não era comum encontrar assistentes sociais no campo da saúde mental, era um serviço bastante focalizado, voltado restritamente as classes mais pauperizadas. Esse aumento no número de profissionais do Serviço Social só correu com a privatização dos serviços de saúde a partir dos anos de 1960 (BISNETO, 2011). Se comparado a atuação profissional atual com as primeiras práticas, fica evidente a disparidade e contradições de um modelo que inicialmente tinha um cunho higienista para o modelo atual que visa a garantia de direitos e aponta os limites dessa ordem.

No ano de 1964 instaurou-se a ditadura militar no Brasil, que persistiu até o ano de 1985. Foi um período bastante complexo, onde houve a restrição e controle dos militares perante a nação. Nesse mesmo período ocorreram mudanças no sistema da saúde e previdência em paralelo a um discurso modernizador de adequação ao modelo do capital internacional. Tais modificações provocaram alterações no modelo hospitalar no Brasil, o que

acarretou um crescente aumento no número de hospícios, mantendo uma perspectiva privatista e centralizada.

Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo (INPS). Com isso, multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área da Saúde Mental (BISNETO, 2011, p. 23).

Dessa forma, por meio do exigências do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Serviço Social ocupa um lugar efetivo nos hospitais psiquiátricos na década de 1970.

O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”. (BISNETO, 2011, p. 25).

O Serviço Social, então, aparece dentro do quadro de profissionais da Saúde Mental com perspectivas e visões diferentes dos outros profissionais ali inseridos. Tais como: atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária. (SOUZA 1986, apud BISNETO, 2011).

Ainda no período de 1970, o Serviço Social brasileiro vivenciava o Movimento de Reconceituação. Para a Saúde Mental, esse movimento propiciou questionamentos e críticas acerca das metodologias tradicionais do Serviço Social no campo da Saúde Mental, a exemplo de tratamentos psiquiátricos com a finalidade de resolver problemas sociais estruturais. (NETTO, 1992, apud BISNETO, 2011). Já no período de 1980, novos acontecimentos se entrelaçaram na relação entre o Serviço Social e a Saúde Mental. A semente plantada após o Movimento de Reconceituação abriu caminhos para analisar a origem do Serviço Social a luz do contexto histórico brasileiro (IAMAMOTO e CARVALHO, 1988 apud BISNETO, 2011).

Na mesma época, o movimento de Reforma Psiquiátrica ganhava força. Novas perspectivas e análises eram postas em questão na área da Saúde Mental a exemplo de propostas reformistas de esquerda com críticas estruturais da sociedade e assimilação das questões sociais (BEZERRA JR., 1994 apud BISNETO, 2011). O movimento proporciona uma nova relação entre a teoria marxista e a psiquiatria, ocasionando um avanço metodológico na prática psiquiátrica (BISNETO, 2011). O caminho de luta traçado pelo

Movimento de Reforma Psiquiátrica produz novas perspectivas que intervêm no Serviço Social.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos anos 1980, se tornou possível por meio da participação de militantes das várias perspectivas psiquiátricas e psicológicas unidas no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, e posteriormente em outras organizações universitárias, como congressos científicos dentro e fora do país durante a década de 1970 (AMARANTE, 1995 apud BISNETO, 2011).

Conquistas como o Projeto de Lei de 1989 do deputado Paulo Delgado possibilitou novas alternativas de serviços psiquiátricos ao invés da tradicional internação em hospitais psiquiátricos. Ainda assim, mesmo com avanços, o Movimento de Reforma Psiquiátrica se encontra em desenvolvimento, uma vez que condições estruturais não possibilitaram a sua efetivação integral. Contudo, serve como referência de panorama da Saúde Mental no Brasil.

Nessa perspectiva, o Movimento de Reforma Psiquiátrica contribui para a expansão de redes alternativas de serviços no campo da Saúde Mental, transferindo receitas orçamentais públicas dos serviços manicomiais para os não-manicomiais (BISNETO, 2011). Intensificando o processo de desinstitucionalização na política de saúde mental.

2.3 UM RECORTE REGIONAL: A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO RIO GRANDE DO NORTE

Fundamentado no contexto brasileiro, a psiquiatria potiguar se inicia a partir da construção do Lazareto em 1857, tida como uma instituição que não havia especificidade, tratava de patologia desconhecidas à época e que geravam bastante estigma, tal como a lepra. O intuito era de garantir a reclusão desses indivíduos a sociedade. O tratamento dado as pessoas com transtorno mental - patologia estigmatizada - era bastante cruel e humilhante, uma vez que eram mantidos acorrentados e/ou nus (SILVA, 2014).

No ano de 1882, o Lazareto passa a ser nomeado como Lazareto da Piedade de Natal, todavia, muda somente o nome, as práticas de reclusão e segregação da sociedade não sofreram alteração. Como o período em questão se trata do século XIX, não havia práticas terapêuticas que tratassem o indivíduo para a sua reinserção à sociedade. No ano de 1911, mais uma vez o local tem seu nome alterado para Asilo da Piedade, contudo, com a mesma perspectiva de reclusão da “escória” da sociedade (SILVA, 2014).

No ano de 1916, o médico Varela Santiago passou a atuar no Asilo da Piedade. Com a direção do referido médico no Asilo da Piedade, em 1921, o local passa a se chamar Hospital de Alienados. Ainda que Varela possuía uma visão de garantia de direitos das pessoas com transtorno mental no que tange ao acesso à assistência e saúde, permaneceu a ideia de isolamento e segregação, alimentando o preconceito com a loucura. As práticas humilhantes e desumanizadas eram mantidas através de condutas médicas conservadoras.

Apesar de não ser psiquiatra, passa a perceber o portador de transtorno mental como um doente que precisa de assistência a saúde, porém as condutas médicas da época não eram resolutivas e só aumentavam o sofrimento e os maus-tratos às pessoas internadas. O isolamento em espaços confinados, a contenção física com camisa-de-força e os abscessos de fixação causadores de infecção graves eram as opções terapêuticas (SILVA, 2014, p.105).

Em *Diálogos da Alma: uma outra história da Loucura*, Azevedo (2006) nos traz que João da Costa Machado, recém laureado em medicina retorna a Natal em 1936 para assumir a direção interina do Hospital dos Alienados. Foi um dos psiquiatras que inaugurou e divulgou a Psiquiatria Social, a qual propôs uma compreensão mais humana sobre a doença mental e consequentemente um tratamento mais digno e humanizado. Influenciado pelos ideais reformistas do professor de psiquiatria Dr. Ulysses Pernambucano, que “propôs uma ruptura com os antigos métodos de assistência ao doente mental, incentivando a ressocialização e humanização como focos primordiais da terapêutica psiquiátrica” (SILVA, 2014, p.105), o médico João Machado sugeriu uma reforma no atendimento psiquiátrico no Estado do Rio Grande do Norte.

Essa reforma se pautava na defesa da assistência aos usuários do serviço, bem como na criação de atividades artísticas dentro do Hospital, tal como oficina de artes. Também preconizava a criação de um atendimento médico ambulatorial e social. João Machado defendia a formulação de ações de cuidado extra hospitalares, utilizando em último caso a internação (SILVA, 2014).

Os ideais revolucionários mencionados eram contrários ao modelo hegemônico nordestino-grandense, o que ocasionou a exoneração do Dr. João Machado do seu cargo dentro do Hospital dos Alienados em 1939. Contudo, devido a sua persistência e crítica ao modelo hegemônico à época, em 1957, deu-se a construção do Hospital Colônia de Psicopatas, que posteriormente viria a receber o nome de Hospital Doutor João Machado em homenagem ao idealizador (SILVA, 2014).

A construção desse hospital configura o auge da assistência da Psiquiatria Social no Estado do Rio Grande do Norte. A partir disso, os pacientes do Hospital dos Alienados estavam sendo transferidos para o novo lugar. Começou então, o início de novas práticas do cuidar, que analisava as pessoas com deficiência mental como um ser possuidor de direitos e que deve ser reintegrado a sociedade. A proposta era tratar a partir da laborterapia (terapia pelo trabalho).

O hospital destinou uma área ao cultivo de hortaliças que servia tanto como prática terapêutica quanto para o consumo do hospital. Como a maior parte dos internos vinham do meio rural, as atividades de contato com a natureza eram mais utilizadas, para assim, reabilitá-los e devolvê-los ao seu local de origem (AZEVEDO, 2006)

Com o posterior falecimento do Dr. João Machado, em 1965, o hospital passou de um período de renovação para constantes retrocessos no que tange ao modelo de reintegração social e reabilitação das pessoas com transtornos mentais (SILVA, 2014). Aos poucos, o HJM, tornou-se cada vez mais parecido com outros locais que o precederam devido à falta de compromisso governamental.

Atrelado ao contexto nacional de luta pela reformulação da assistência psiquiátrica, em Natal, entre os anos de 1980 e 1990, desabrocha o movimento da reforma psiquiátrica formado por profissionais do setor (da recém-criada Secretaria de Saúde do Município de Natal) que dão início a luta contra hegemônica.

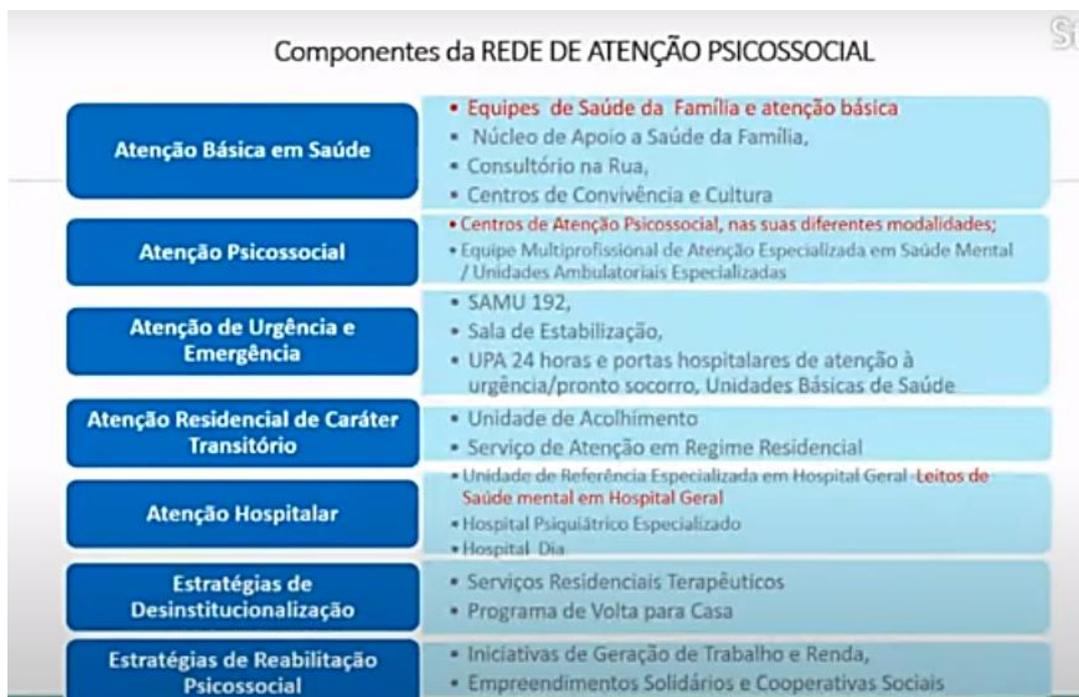
Na perspectiva do processo histórico de implantação da reforma psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Norte, é importante destacar a experiência inaugural do novo modelo de atenção à saúde mental de 1992, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN, por meio da criação de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, autorizados pelo Ministério da Saúde, pela Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, constituindo-se de unidades de saúde assistenciais locais (CAPS) e regionais (NAPS) direcionadas aos clientes com transtornos mentais. (SILVA, 2014, p.106).

Com essa nova concepção, compreende-se que o Hospital Dr. João Machado não deve ser o único serviço de atenção à saúde mental, deve haver as Unidades Psiquiátricas em Hospitais (UPHG), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para a substituição gradual do hospital psiquiátrico.

2.3.1 REDE DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL NO RIO GRANDE DO NORTE

Dentro do processo de redemocratização brasileiro, a luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, em meio a efervescência do processo de reforma sanitário, se tornou prevaente para a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa conquista dos movimentos sociais trouxe a lógica de um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento para os que sofrem com transtornos mentais.

A Portaria GM/MS, nº 3.088, de 23/12/2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), amplia a concepção de cuidado, não centrando em apenas uma unidade, mas expandindo as ofertas de atenção ao implementar novos serviços, distribuídos em sete componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, conforme gráfico abaixo.



(Fonte: SESAP/RN, 2021)

Primordiais para direcionar os caminhos traçados para o atendimento à saúde mental, a RAPS “não se trata de um único serviço, mas de uma rede de serviços e ações que se organizam de maneira ordenada dentro do SUS, criando possíveis caminhos para o usuário” (INFORMASUS – UFSCAR, 2020). Com o fortalecimento desses mecanismos de acolhimento cada vez mais os serviços substitutivos se tornam mais fortes e ativos em detrimento dos hospitais psiquiátricos.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um componente da rede de atenção psicossocial, muito importante na atenção de urgência e emergência na crise das pessoas com transtornos mentais. Embora seja um dispositivo essencial, se concentra em áreas metropolitanas, ficando escasso nos interiores do RN. Isso ocasiona o internamento em maior número, tanto pela carência de uma rede de apoio mais ampla, como pela falta de manejo dos profissionais que trabalham em upas para atender os pacientes em crise, que muitas vezes recorrem à internação em hospitais psiquiátricos como única alternativa.

Atualmente existe um plano estadual de implementação de leitos de saúde mental em hospitais gerais com o objetivo de fortalecer a RAPS através da implementação de leitos de saúde mental fortalecendo a regionalização da atenção à saúde. Os objetivos específicos são de atingir a cobertura mínima necessária em termos de quantidade de leitos de saúde mental em hospital geral; implantar a rede de atenção psicossocial – raps em todo o estado do RN; construir as regiões de saúde determinadas no estado do RN e fortalecer o cuidado em saúde mental nos territórios; consolidar o modelo de atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental ou necessidades decorrentes abuso de substâncias psicoativas no estado do RN (SESAP/RN, 2021).

Outro ponto de atenção da RAPS que se destaca são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. (SECRETARIA DE SAUDE DA BAHIA, on-line)

As diferentes modalidades do CAPS são postas da seguinte forma:

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles decorrentes do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas.

CAPS II: atende pessoas maiores de 18 anos, em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes.

CAPS III: atende pessoas maiores de 18 anos, em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno.

CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, até 18 anos, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, até 16 anos.

CAPS AD: atende pessoas maiores de 16 anos, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas.

CAPS AD III Álcool e Drogas: atende pessoas maiores de 16 anos, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF, online).

De acordo com o mapa de distribuição dos centros de atenção psicossocial, atualmente, o Rio Grande do Norte dispõe de 47 CAPS, divididos entre CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad II, CAPS ad III, e CAPS i, o que corresponde a 1 CAPS por 100 mil habitantes, considerando que o RN possui 3.534.165 habitantes, conforme senso do IBGE de 2020.



(Fonte: SESAP/RN, 2021)

Ainda que tenhamos 47 CAPS distribuídos no território do RN, as áreas em verde demonstram a ausência de assistência em vários municípios. A exemplo do CAPS i, que atende crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico, e possui apenas 3

unidades em todo o estado, o que reflete em uma cobertura escassa, que não atende as necessidades atuais, que são diversas.

Com relação as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) no Rio Grande do Norte, elas se concentram nas regiões metropolitanas, como podemos observar no gráfico abaixo, sofrendo do mesmo problema dos CAPS, de uma rede que não atende as demandas do Estado (SESAP/RN, 2021).

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTOS 4H (UPAS) HABILITADAS NO RN

	UPA/MUNICÍPIO
UPA Pajuçara - porte II	Natal
UPA Potengi - porte II	Natal
UPA Cidade Esperança	Natal
UPA Satélite - porte I	Natal
UPA Macaíba - porte I	Macaíba
UPA - porte II	Parnamirim
UPA - porte I	Assú
UPA - Alto de São Manoel	Mossoró
UPA - Santo Antônio	Mossoró
UPA	São José de Mipibu

(Fonte: SESAP/RN, 2021)

As redes de atenção psicossocial são essenciais e possuem um importante papel para o processo de desinstitucionalização. No Rio Grande do Norte contamos com atenção primária, constituída por unidades básicas de saúde (UBS), núcleos de apoio a saúde da família, consultórios de rua, centro de convivência e cultura, entre outros. No nível intermediário de atenção temos o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nas UPAS, nos hospitais gerais e nos hospitais psiquiátricos. Atualmente, contamos com dois hospitais psiquiátricos, sendo Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes e o Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado, todos pertencentes a Natal.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

3.1 PROJETO ÉTICO POLÍTICO DA PROFISSÃO

A construção do projeto ético político da profissão se desenvolveu em um contexto histórico marcante para o Brasil, o da ditadura militar. Exigia-se a adequação do Brasil aos ditames do capital internacional e ao novo modelo de acumulação, assim, por meio desse período, a profissão se posiciona contrária ao conservadorismo profissional. O projeto ético político profissional nasce no seio dessa crítica ao modelo conservador vigente, um projeto profissional novo que caminha em direção a emancipação humana e política.

A tradição marxista revela que a sociedade não se manifesta de maneira teleológica, em outras palavras, não possui objetivos e fins. Contudo, aponta que cada indivíduo da sociedade age de forma teleológica, carregando objetividade e finalidade em suas ações pessoais ou gerais, ações movidas por necessidades e interesses, levando a devida necessidade de um projeto. Dessa forma, entendemos por meio da dimensão teleológica que o projeto é “[...] uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-la.” (NETTO, 1999, p. 2). Como se pode ver, o projeto é, como o próprio nome mostra, uma projeção dos resultados que se pretende atingir.

Em primeiro lugar, é importante ter em mente que todo e qualquer projeto societário é um projeto coletivo. Dada a importância disso, entende-se que os projetos societários “apresentam uma imagem da sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios para concretizá-la.” (NETTO, 1999, p. 2), isto é, projetos que apresentam uma resposta para a totalidade através da construção de uma nova sociedade de acordo com valores específicos. Uma outra característica essencial é a não imutabilidade, haja vista sua transformação e renovação segundo as circunstâncias históricas, políticas e sociais. Possui uma dimensão política que permeia relações de poder, compactuado por meio de projetos de classes.

Os projetos profissionais nascem através de sujeitos coletivos, não apenas da categoria profissional, mas de todo o corpo operacional que concretiza o trabalho profissional, ou seja, é uma relação intersetorial. Por meio dessa organização coletiva é construído o projeto. Diante dessas considerações, Netto aponta que:

[...] os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos [...] para o seu exercício, prescrevem norma para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas [...]. (NETTO, 1999, p. 4)

Em uma mesma sociedade existem diversos projetos profissionais que disputam entre si a adesão de membros da sociedade. No entanto, para que um projeto se afirme e se legitime frente a tantos outros projetos profissionais, é necessária uma forte organização do corpo operacional, de forma a ganhar consistência e aceitação. Da mesma forma dos projetos societários, os profissionais não são estruturas imutáveis, acompanham as transformações históricas e políticas da sociedade de acordo com o contexto profissional. Conforme foi dito, podemos entender que os projetos profissionais são estruturas dinâmicas, tais como os projetos societários.

O projeto profissional, construído pelo sujeito coletivo, representa um espaço heterogêneo, uma vez que cada indivíduo que constitui o corpo operacional tem valores, posições e percepções distintas, categorizando-se como um universo plural do qual podem surgir diversos projetos profissionais. Mesmo que um projeto conquiste a hegemonia, nunca será exclusivo, visto que o espaço profissional é um campo de antagonismos e tensões, onde o pluralismo é um elemento societário e profissional essencial para a construção de um Estado de Direito (NETTO, 1999).

O projeto ético e político do serviço social, um dos projetos profissionais do Serviço Social, nasce em um contexto histórico marcante para o Brasil, o da ditadura militar, na transição da década de 1970 para 1980, por meio de um processo de redemocratização do Brasil, permeado pela recusa do conservadorismo do Serviço Social no Brasil. A profissão amadurece a partir da década de 1990 através das transformações societárias. Surge como projeto de ruptura com o conservadorismo, com origem na erosão do serviço social tradicional e movimento de reconceituação.

Contudo, é importante salientar que apesar das condições políticas favoráveis para a construção do novo projeto profissional, não foi suficiente. Se fez necessário outros elementos para que o projeto tomasse forma, foram eles: espaço legitimado na academia por meio da consolidação de conhecimentos na área do Serviço Social, com a quebra da hegemonia conservadora teórica e metodológica; debate sobre a formação profissional e uma crítica ao

modo conservador que vigorava na profissão, concomitantemente a isso, a construção de um novo perfil profissional ao redirecionar o ensino à formação de um profissional capaz de compreender e responder as demandas tradicionais e as novas demandas posta na sociabilidade capitalista; e a requalificação da prática profissional (NETTO, 1999). A partir da expressão “no legado marxiano e na tradição marxista por meio do projeto de intenção de ruptura com o conservadorismo, que conquistou sua hegemonia a partir de 1979” (ABRAMIDES, 2016, p.460), cria-se novos horizontes que possibilitaram a construção do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro tem como estrutura básica o seu direcionamento aberto, isto é, possui flexibilidade para adentrar a novas demandas e questões, compreender novas demandas e encarar novos desafios posto na sociabilidade capitalista, sem se distanciar dos valores postos no projeto. E um projeto também é um processo que está em constante transformação, e este, possui em seu núcleo como valor central a liberdade, “[...] daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais.” (NETTO, 1999, p. 15).

Do ponto de vista da dimensão política, é um projeto profissional interligado a um projeto societário que caminha em direção a emancipação humana e política por meio da construção de uma nova ordem societária sem qualquer tipo de exploração, dominação e alienação. Torna-se evidente que o projeto defende a equidade e a justiça social, em direção a universalização das políticas e programas sociais; a ampliação e consolidação da cidadania.

Enquanto dimensão profissional, o projeto propõe o compromisso da categoria com a competência crítica, tendo como base o desenvolvimento e aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Por meio da requalificação da prática profissional, tem-se também a nova relação com os usuários dos serviços prestados pelos profissionais do Serviço Social, expresso no compromisso profissional para com a qualidade dos serviços ofertados, a publicização dos recursos institucionais, como também a participação dos usuários nas decisões institucionais. Em suma, mesmo com o comprometimento dos assistentes sociais em relação ao projeto ético-político, torna-se fundamental a articulação com segmentos de outras categorias profissionais que compactuam com valores próximos ao do nosso projeto ético-político profissional.

No ano de 1969 ocorre um marco histórico na trajetória do Serviço Social. Aquele ano tornou-se importante devido ao aparecimento de novas visões objetivas e subjetivas acerca da realidade em que o país se encontrava. Um período bastante conturbado e recheado de

contradições, designado por Netto como Autocracia Burguesa. As novas visões se expressaram por meio do arsenal de lutas da categoria, tendo como objetivo a implementação do Estado de Direito logo após o período da ditadura militar no Brasil. A crise do capitalismo nos anos 70 também se tornou um dos fatores importantes para a luta da categoria, com a nova regulamentação mundial e mudança na forma de acumulação do mercado, os países periféricos, o caso do Brasil, foram obrigados a se adequar a nova ordem estabelecida pelo Capital vigente.

Naquele mesmo ano, acontecia em São Paulo o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, conhecido como “Congresso da Virada”. A luta contra a hegemonia burguesa, contra todas as formas de alienação, exploração e dominação, expresso no direcionamento à favor da emancipação humana e da emancipação política se fez e se faz presente até hoje desde aquele ano.

O “Congresso da Virada” se concretizou a partir das determinações históricas citadas, desencadeando a “Virada” em 1979, com o compromisso de reafirmar que “começaríamos tudo outra vez se preciso fosse.”, em um caminho de fortalecimento da perspectiva de transformação, bases do projeto ético-político profissional. Os elementos centrais do projeto ético político se materializam-se no código de ética e na lei de regulamentação da profissão, diretrizes curriculares e produção intelectual. Na “virada” discutiu-se a crise ditatorial, as propostas de crítica ao sistema capitalista e de integração da profissão nesse modo de produção, como também as políticas sociais de caráter neoliberal. Assim, o ponto fundamental da “virada” foi fragmentar-se das ideias do estado burguês autoritário e lutar para construir um projeto de profissão que de fato atenda às necessidades da sociedade civil. Nesse limiar, nasce o projeto de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica. O último esteve “estritamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira” (ALMEIDA, 2019, p.02).

Centrada inicialmente na substituição do modelo baseado no hospital psiquiátrico por um novo sistema de serviços baseados na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a política de saúde mental, à medida que foi se fortalecendo, foi também se estendendo a outros objetivos - por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas (ALMEIDA, 2019, p.01).

Os objetivos desses dois movimentos reforçam os princípios do projeto ético-político da profissão e não os objetivos da instituição. Isso é fundamental para o caminho da construção de uma nova sociedade justa e igualitária, que atenda as reais necessidades da classe trabalhadora.

3.2 ATUAÇÃO, LIMITES E POTENCIALIDADES QUE PERMEIAM O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

A luta do movimento de reforma sanitária, que teve como marco a criação do Sistema Único de Saúde, teve como direção a responsabilização do estado pelos serviços prestados à sociedade civil, assegurando a estes o benefício de acesso as políticas públicas de forma gratuita e universal. Contudo, a direção política a partir da década de 80 toma o rumo de garantir o mínimo a população com maior vulnerabilidade social, e como opção aos que podem acessar o mercado, o setor privado (BRAVO e MATOS, 2009).

Com o estímulo e ampliação da privatização, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde sofre represarias e resistência por setores que requerem o mínimo de participação do Estado na economia. O avanço do projeto contra-hegemonio tensiona e ameaça o estado democrático e de direito, colocando o projeto de Reforma Psiquiátrica, norteado nos princípios da Reforma Sanitária, em constante embate e reafirmação. Esse contexto influencia diretamente na atuação dos profissionais que trabalham no setor público, como é o caso dos Assistentes Sociais que estão inseridos na Saúde Mental (BRAVO e MATOS, 2009).

Assim, o assistente social pode atuar no Hospital Psiquiátrico, nas novas alternativas de atenção à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossociais, os Núcleos de Atenção Psicossociais, Hospitais Dias e Residências Terapêuticas. Cada local com demandas e atribuições distintas, mas todas as intervenções direcionadas aquele cenário serão efetivadas a partir das balizas que norteiam a profissão, sendo elas: o projeto ético e político, o código de ética, a lei de regulamentação da profissão.

A Lei nº 8.662, em seu artigo 4º e 5º, define como competência e atribuições do assistente social:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Nesse sentido, o fazer profissional do assistente social tem como objetivo proporcionar a reinserção social e autonomia dos usuários, garantir o atendimento pautado no acolhimento e tratamento humanizado. Por meio da elaboração, implementação e execução de políticas sociais que possibilite a garantia e defesa dos direitos dos usuários. Seja através da criação de novos projetos com diretrizes antimanicomiais e reformistas ou continuação ou crítica de projetos existentes.

A atuação no campo profissional depende de fatores tanto externos quanto internos, sendo o modo como a sociedade se organiza, as políticas públicas presentes, a disputa de forças que tensionam o local de trabalho, a história da organização, de sua equipe e da forma como organiza seus processos de trabalho, que a depender desses fatores se torna mais alcançável ou não a materialização parcial do projeto ético-político da profissão. Ainda que universalidade dos direitos perpassa a dimensão profissional, mas não é o objetivo direto do trabalho profissional, uma vez que há como efetivá-lo sozinho.

Há de se imaginar que não seja uma tarefa fácil, uma vez que o assistente social lida com projetos sociais contrarreformistas e pelo conflito de interesses, se fazendo necessário a reafirmação cotidiana dos princípios éticos e políticos, nesses espaços de disputa e resistência constante. Não é necessário ir muito longe para observar as contradições existentes dentro desses espaços. Há requisições históricas colocadas aos assistentes sociais que não são consideradas atribuições profissionais, são elas:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- [...]
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p.46-47)

Esse cenário prejudica a efetivação do trabalho do assistente social, que por horas se dedica a tarefas que não são atribuições, deixando de fazer seu real papel dentro daquela instituição. Isso se refere a “ações que possuem um caráter eminentemente técnico administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais” (CFESS, 2010, p.47).

Além disso, o projeto governamental de precarização dos direitos sociais coloca limites e obstáculos na atuação profissional, que interferem diretamente na efetivação de propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica. O injetamento de recursos públicos na criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos prejudica a lógica antimanicomial e de desinstitucionalização, que sofre com a escassez de recursos direcionado à serviços alternativos e substitutivos. Outro problema a política de saúde mental enfrenta é a destinação de recursos financeiros para comunidades terapêuticas, alternativa ao hospital psiquiátrico que possui a mesma lógica dos manicômios

de tirar o sujeito de circulação e segregá-lo, afastá-lo das relações sociais. Isso vai contra tudo o que se pensou para a saúde mental, porque compreendemos que aquele que sofre psiquicamente, ele precisa estar nas suas relações sociais porque a sua diferença não impede de estar trabalhando, fazendo suas atividades, trocando com seus familiares. Além disso, vivemos num estado laico, e essas comunidades na sua maioria têm viés religioso, sem o cuidado com saúde, e se oferece o culto em busca da cura. Se isso não for a barbárie, é pelo menos uma vergonha. Isso não só vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica, mas até da Constituição brasileira, já que vivemos num estado laico de direito (BELONNI, 2014, on-line).

Nesse contexto, Bravo e Matos (2009) cita que a economia do país, voltada ao capital internacional, prioriza o investimento em setores privados a fim de aumentar o controle e lucro para determinados sujeitos e corporações, mantendo o poder desses grupos no que se refere a saúde. Ainda que uma parte do orçamento se destina ao setor público de saúde, inscrito e garantido na Constituição Brasileira de 1988, a outra parte do valor se destina a articulação do estado no mercado na disposição de serviços.

Tais rebatimentos repercutem diretamente nas ações profissionais dos assistentes sociais que estão inseridos nessa política, e esses desafios constituem uma das demandas para o Serviço Social, tendo em vista que os profissionais que se comprometem com o Projeto

Ético Político profissional se deparam com barreiras e princípios antagônicos na concretização dos ideais postos no movimento de Reforma Psiquiátrica. Nesse arcabouço, o Assistente Social também tem o desafio de garantir o direito dos usuários que se encontram em um serviço que, em muitos casos, retira a liberdade e autonomia dos sujeitos, a exemplo do hospital psiquiátrico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a promulgação da Constituição de 1988, os direitos sociais se estendem e atravessam barreiras da histórica desigualdade social. No entanto, essas mudanças trouxeram à tona o interesse de dois grupos antagônicos: os grupos empresariais do setor privado da saúde e da associação de indústrias farmacêuticas, e os militantes do movimento da reforma sanitária. As mudanças ocorridas com a promulgação citada, que atendeu várias reivindicações do movimento sanitário, culminou na posterior criação do Sistema único de Saúde (SUS).

Infelizmente, os avanços obtidos não significaram em todas as dimensões, a melhoria, nas condições de saúde da população como um todo, pois para isso pressupõe mudanças estruturais. A fragilidade para implementação do projeto de reforma sanitária, também se deu pela reorganização dos setores conservadores contrários à reforma.

Essa conjuntura de precarização dos direitos sociais impõe desafios e obstáculos para a atuação profissional norteada pelo compromisso com a classe trabalhadora, através do código de ética e princípios de proteção e garantia dos direitos dos usuários. O projeto neoliberal atinge principalmente as propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, através da redução do investimento público no setor de Saúde Mental.

O baixo orçamento influencia diretamente na precarização dos recursos organizacionais, consequentemente, nas práticas cotidianas e nas relações profissionais. Esse fator é determinante para a sobrecarga de trabalho e consequentemente para a desmotivação e adoecimento dos profissionais. As ações profissionais são cada vez menos efetivas, uma vez que defrontam com obstáculos e limites impostos. Mesmo após conquistas construídas com o movimento da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, o Sistema Único de Saúde não é respeitado conforme estabelece a Política Nacional de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M. B. C. **O Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro** Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.
- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Cad. Saúde Pública 2019.
- AMARANTE, P. D. de C. **Rumo ao fim dos manicômios.** Ment e cérebro, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html>. Acesso em 29 Abril. 2019.
- _____. e TORRES, E. H. G. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.** Saúde Debate 2001.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AZEVEDO, Juliana Rocha de. **Diálogos da alma: outra história da loucura.** Natal, 2006.
- BELLONI, Fábio. **Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas.** EPSJV/Fiocruz, 2016. Disponível em <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 08 Set. 2021.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo, Cortez, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- BRAVO, Maria Inês. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio.* Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
- _____. **A política de saúde na década de 90: projetos em disputa.** Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vol. 4. Rio de Janeiro, UERJ /HUPE, 1999.
- _____. **Serviço Social e Saúde.** 3ª Edição. Editora Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. (Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

CFESS Manifesta: Dia da Luta Antimanicomial. **Saúde não se vende, loucura não se prende**. CFESS, 2019.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>>. Acesso em 26 Abril de 2019.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

FERNANDES, Ana Júlia N. L. O que é a rede de atenção psicossocial? E porque defende-la?. **InformaSUS – UFSCAR**. Disponível em: < <https://www.informasus.ufscar.br/o-que-e-a-rede-de-atencao-psicossocial-e-por-que-defende-la/>>. Acesso em: 14 de jul. de 2021.

FOUCALT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1989.go

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 2, p. 48-55, Abril. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Fev. 2019.

IV Fórum de Saúde Mental do RN. **SESAP/RN**. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=1WKTqCEMZ3Y&t=2704s>>. Acesso em: 10 de jul. de 2021.

Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado). Disponível em: < <https://paulodelgado.com.br/lei-no-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>>. Acesso em 09 nov. 2018.

MELO, Walter. **Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações**. Mнемosine Vol.5, nº2, p. 30-52 (2009).

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Dia da Luta Antimanicomial. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2/>>. Acesso em: 13 de set. 2021.

MOTA, Ana Elizabete; (orgs). São Paulo: Cortez; Brasília <DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

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.

Rede de Atenção Psicossocial. **Secretaria da Saúde da Bahia**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/>>. Acesso em: 16 de jul. de 2021.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990.

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

ROSA, L. C. S. **Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 71, 2002.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERA. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2021. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/carta-caps/>>. Acesso em: 08 de set. 2021.

SILVA, Fernando de Souza; SIMPSON, Clélia Albino; DANTAS, Rita de Cássia. Reforma psiquiátrica em Natal-RN: evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 101-109, ago. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2018.

SOUZA, Vinícius Rauber e. **Contrarreforma Psiquiátrica: hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Porto Alegre**. 166 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. **Pinel e o nascimento do alienismo**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, maio/agosto 2019.

TRABUCO, Karem Emanuely de Oliveira; SANTOS, Djane da Silva Santos. **Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos**. VII, Jornada Internacional Políticas Públicas, 2015. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>>. Acesso em: 23 Fev. 2019.