

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

VANESSA ROBALLO GARCIA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES JUNTO AOS/AS
TRABALHADORES/AS DA ALA RECOMEÇAR**

**São Borja
2016**

VANESSA ROBALLO GARCIA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES JUNTO AOS/AS
TRABALHADORES/AS DA ALA RECOMEÇAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel/a em Serviço Social.

Orientador: Jocenir de Oliveira Silva

**São Borja
2016**

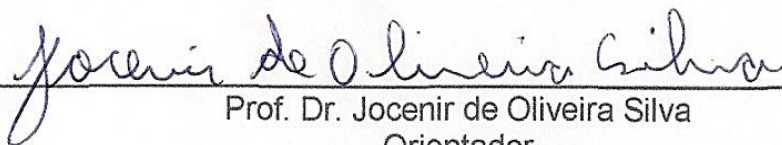
VANESSA ROBALLO GARCIA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES JUNTO AOS/AS
TRABALHADORES/AS DA ALA RECOMEÇAR**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel/a em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 8, dezembro de 2016.

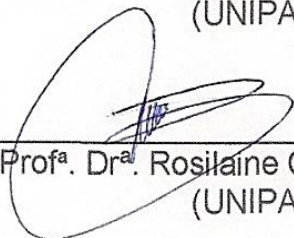
Banca examinadora:



Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva
Orientador
(UNIPAMPA)



Prof^a. Dr^a. Elisângela Maia Pessoa
(UNIPAMPA)



Prof^a. Dr^a. Rosilaine Coradini Guilherme
(UNIPAMPA)

Dedico este trabalho aos usuários/as e trabalhadores/as da Ala Recomeçar que no cotidiano da prática em saúde mental tornaram-me uma apaixonada pela temática.

AGRADECIMENTOS

Para as pessoas que citarei nos agradecimentos do TCC, primeiramente, é inexpressável (muito embora a tentativa) descrever o quanto sou grata a vocês.

Aos meus pais, Ana Aurora e Sergio Gilberto sou grata todos os dias por ser filha de vocês. Sou grata por todas as vezes que abdicaram dos seus desejos para garantir e/ou materializar as vontades minhas e de meu irmão dentro daquilo que era possível para a nossa realidade. E, diante disto, torno a tentar mensurar minha gratidão diante de tudo que fizeram para que esse momento se concretizasse. A conquista é nossa. Eu amo, incondicionalmente, vocês.

As pessoas que a universidade me presenteou e que durante esses anos foram minha segunda família. Michelli Vidal, Taila Kunz e Caroline Lafuente, mesmo com todas as nossas diferenças construiu-se um vínculo tão bonito entre nós. O apoio foi mútuo, dedico uma parte desses agradecimentos a vocês e, também, muitas das minhas boas lembranças. Estimo ainda que sigamos com nossos planos, sempre uma por todas e todas por uma.

Aos/as companheiros/as que conheci durante a graduação, dentro das salas de aula e nos eventos estudantis, colegas de DASS e gestão da ENESSO RVI 2014-2015, de coração reconheço que o engajamento e militância de vocês me fortaleceu no curso, enquanto pessoa e futura profissional. Nesse momento vale citar os/as companheiros/as que conheci nos VER-SUS verão Uruguaiana 2016.1 e VER-SUS inverno Alto Uruguai 2016.2, independente do curso, a importância de todos/as para meu amadurecimento pessoal e profissional é imensa. Mais uma vez, gratidão.

Aos profissionais. Professores/as e assistentes sociais que marcaram minha formação. Elisângela Maia Pessoa, enquanto sua bolsista aprendi muito e a considero uma das profissionais que imensamente contribuiu para a minha formação. As professoras que estiveram durante um período conosco Viviane Borges, Marcia Fuhr e Marisa Camargo, todo o carinho e respeito pelas profissionais que são. Aos demais professores/as do curso que contribuíram nesse processo, obrigada.

Ao professor Jocenir de Oliveira Silva, orientador desse trabalho, este agradecimento é a oportunidade de dizer o quanto sou grata. Obrigada pela paciência e incentivo nos momentos de incertezas e dúvidas. Sua empatia e sensibilidade diante das minhas dificuldades fortaleceram-me para que esse momento chegasse.

Aos profissionais que conheci durante os períodos de estágio no Hospital Ivan Goulart. A assistente social Cintia Saldanha Lersch pessoa sensível e de grande espírito, que tanto me ensinou, sou grata por tê-la como referência profissional e, também como amiga. Aos demais profissionais da Ala Recomeçar (Ivete, Tiago, Veridiana, Belchior, Carlinhos e Jeferson) reforço o quanto sou grata pelos aprendizados e, ainda, por terem se disponibilizado a participar do projeto de intervenção que é a base para a reflexão teórico-prática desse estudo.

Concluo os agradecimentos com um sentimento de GRATIDÃO a todos/as que caminharam comigo antes e durante a graduação. E espero que as amizades construídas nesse processo permaneçam por muitos anos.

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

Machado de Assis – O Alienista

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata-se uma análise bibliográfica e documental, utilizando as legislações, publicações científicas e livros relacionados aos principais eixos do trabalho, como também, os documentos elaborados durante os períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, que foi realizado durante o segundo semestre do ano de 2014 ao término primeiro semestre do ano de 2015, no setor de Serviço Social do Hospital Ivan Goulart de São Borja, fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Sendo o estudo uma reflexão crítica da prática e das contribuições do/a profissional do Serviço Social diante da educação permanente, a partir das vivências e implementação, bem como dos resultados, do projeto de intervenção, intitulado: “Os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart e a discussão sobre saúde mental”, que foi realizado com a equipe multiprofissional do setor. Quanto à escolha da temática para construção do trabalho, considerou-se os resultados do projeto de intervenção e a necessidade de ampliar espaços de educação permanente em saúde mental, indicada pelos/as profissionais da Ala Recomeçar. Para tanto, a fim de contextualizar a educação permanente em saúde e a reflexão crítica dos resultados do projeto de intervenção foi necessário resgatar a construção da política pública de saúde no país, bem como as reformas que antecederam esse processo, nesse sentido a tabela presente na página 33, visa demonstrar as legislações pertinentes ao tema. E ainda, apresentou-se o Serviço Social na saúde, destacando nesse sentido o/a assistente social na saúde mental. Dito isto, o presente trabalho demonstra como resultado a necessidade de ampliação dos espaços de educação permanente, enquanto um compromisso dos/as profissionais da saúde e, ainda, dos gestores da política de saúde.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde Mental. Educação Permanente.

RESUMEN

Este Trabajo Conclusión Curso (TCC) es una literatura y el análisis de documentos, mediante la legislación, publicaciones científicas y libros relacionados con los ejes principales de la obra, así como los documentos preparados durante los períodos de entrenamiento supervisado en Trabajo Social I y II, que se realizó durante la segunda mitad de 2014 para la primera mitad final del año 2015, en el sector de Servicios Sociales do Hospital Ivan Goulart de San Borja, en la frontera occidental de Rio Grande do Sul. a medida que el estudio de una reflexión crítica la práctica y las contribuciones a profesional del trabajo social en la educación permanente, de las experiencias y la ejecución, y los resultados del proyecto de intervención, titulada "los trabajadores Ward comienzan hospital de Ivan Goulart y la discusión sobre la salud mental ", que se realizó con el equipo multidisciplinar de la institución. En cuanto a la elección del tema para los trabajos de construcción, se consideró los resultados del proyecto de intervención y la necesidad de ampliar los espacios de educación continua en salud mental, indicado por profesional del setor. Por lo tanto, con el fin de contextualizar la educación para la salud en curso y la reflexión crítica de los resultados del proyecto de intervención era necesaria para rescatar a la construcción de la política de salud pública en el país, así como las reformas que conducen este proceso en ese sentido en esta tabla página 33, tiene como objetivo demostrar la legislación pertinente al tema. Y, sin embargo, que presentó los servicios sociales en la salud, destacando en consecuencia, el / a trabajador social en la salud mental. Dicho esto, este trabajo demuestra como resultado la necesidad de aumentar las oportunidades de educación continua, como un compromiso de / los profesionales de la salud y de los gestores de políticas de salud.

Palabras-clave: Servicio Social. Salud Mental. Educación Continua.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Legislações Saúde Mental	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

eCR – Equipe Consultório na Rua

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIG – Hospital Ivan Goulart

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Opas – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas

Prorural – Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	A SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE AS REFORMAS NO PAÍS	16
2.1	Reforma Sanitária.....	17
2.2	Reforma Psiquiátrica.....	26
3	SERVIÇO SOCIAL E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	39
3.1	O/A Assistente Social na Política de Saúde.....	40
3.2	Serviço Social e Saúde Mental.....	44
4	UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL IVAN GOULART.....	49
4.1	Hospital Ivan Goulart	50
4.2	Educação Permanente e o diálogo sobre saúde mental com os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar.....	54
4.3	Educação Permanente: vivências e reflexões	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso visa refletir sobre a educação permanente dos/as profissionais da saúde, em especial dos/as trabalhadores/as que no âmbito do hospital geral atuam junto ao setor de saúde mental. Com base nas experiências e vivências dos períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, que ocorreu entre o segundo semestre de 2014 ao término do primeiro semestre de 2015, no Hospital Ivan Goulart de São Borja, Rio Grande do Sul, perfazendo ao total dos dois semestres de estágio aproximadamente 450 horas. Logo, os documentos¹ construídos durante os períodos de estágio são a base documental para as reflexões desse trabalho e, também através do embasamento teórico já produzido pelos/as profissionais da saúde e do Serviço Social.

Durante os períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II e da aproximação com a equipe multiprofissional da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart², identificou-se que espaços de formação com a temática de saúde mental só ocorriam na instituição através dos projetos de intervenção dos/as estagiários/as do Serviço Social. Dito isso, vale destacar que os espaços de educação permanente desenvolvidos pela instituição trabalhavam com os/as profissionais os demais aspectos do adoecimento e/ou doença, sendo eles físicos e/ou biológicos, assim como os respectivos cuidados, com isso, fica evidente que a relevância do trabalho está em ampliar a discussão da educação permanente em saúde, em especial em saúde mental. E, ainda, através da socialização espera-se que resultados proporcionem que os/as profissionais e acadêmicos/as desenvolvam espaços de formação com a temática de saúde mental.

Para tanto, cabe apresentar o método utilizado no trabalho, sendo método, segundo Marconi e Lakatos (2007), um conjunto de procedimentos racionais que se utiliza para chegar a um determinado objetivo. Sendo assim:

O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 83).

¹ Os documentos elaborados nos períodos de estágio utilizados para a construção do presente trabalho foram: diários de campo, análise institucional, planos de trabalho, projeto de intervenção e relatório final.

² Consta no Regulamento do Hospital Ivan Goulart, no art. 1º, que a instituição possui “personalidade jurídica de direito privado de caráter beneficente [...]” (REGULAMENTO HOSPITAL IVAN GOULART).

Na metodologia, como dito anteriormente, utilizou-se para a reflexão desse estudo os documentos de estágio referidos acima produzidos pela estagiária, bem como, documento institucional (Regulamento do Hospital Ivan Goulart) e legislações relacionadas a saúde e saúde mental. Também se utiliza de bibliografias referentes às temáticas do trabalho. Para Demo (2009) metodologia “é uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa. Ao mesmo tempo visa conhecer caminhos do processo científico, no sentido de indagar os limites da ciência, seja com referência à capacidade de conhecer” (DEMO, 2009, p. 76).

Quanto ao método utilizado para leitura e análise da realidade, optou-se pelo método dialético crítico, visto que esse “fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências” (GIL, 2007, p. 32). Sendo importante destacar que esse método permite “o enfoque dialético-crítico entende que o conhecimento parte das condições objetivas e que o pensamento capta as contradições referentes às relações concretas, colocando-se em movimento” (GIL, 2007, p.31).

Apresentado o método utilizado no estudo, que é hegemonicamente utilizado pela categoria de profissionais do Serviço Social, vale abordar as categorias centrais do método, sendo elas: totalidade, historicidade e contradição. Para Türck (2012), as categorias são vistas como:

Historicidade – como um processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriedade e seu movimento permanente de superações; (...)
Totalidade – como um todo articulado por conexões que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental; (...)
Contradição – é a força motriz (C x W) que provoca o movimento de transformação instigando a partir da luta dos contrários, os processos de mudança, devir na realidade dos sujeitos (TÜRCK, 2012, p. 47).

Diante desses elementos já apresentados na metodologia do trabalho, cabe ainda trazer o enfoque da pesquisa documental, compreendo que essa inclui legislações e demais normativas utilizadas no trabalho. Para tanto, Pádua (1997) contextualiza como:

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na

investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...] (PÁDUA, 1997, p.62).

Logo, quanto à composição dos capítulos teóricos do trabalho, inicia-se pelo capítulo 2 que apresenta as reformas de saúde no país, resgata-se historicamente a reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira, bem como os avanços oriundos desses movimentos, que contribuíram na elaboração dos artigos 196 ao 200 da Constituição Federal 1988. E, ainda na criação do SUS pela Lei nº 8.080/1990 e com implementação de serviços assistenciais de saúde mental a partir da Lei nº 10.216/2001, além das demais normativas que orientam a organicidade desses serviços. Problematisa-se ainda o desmonte das políticas sociais com o neoliberalismo, através da privatização dos serviços de saúde.

No capítulo 3, que trata do Serviço Social na política pública de saúde, apresentar-se a inserção do/a assistente social na saúde, enquanto profissional reconhecido nessa área, e ainda, demonstra-se que é uma das políticas que mais absorve esses/as trabalhadores/as. Ainda nesse item, o recorte do Serviço Social na saúde mental, visa demonstrar a necessidade de aprofundamento da categoria em relação às práticas profissionais na política e nas instituições de saúde mental.

Quanto ao capítulo 4, resgata a instituição na qual o estágio supervisionado em Serviço Social foi realizado, caracterizando o setor na instituição, considerando ainda os demais elementos desse espaço sócio-ocupacional que foram anteriormente sintetizados nos documentos elaborados durante esse processo. Na sequência, a apresentação sucinta do projeto de intervenção e a problematização dos seus resultados quanto à necessidade de ampliação da educação permanente dos/as profissionais em relação à temática de saúde mental.

Por último, as considerações da análise crítica do processo vivenciado no projeto de intervenção, bem como possíveis sugestões para encaminhamentos e socialização do trabalho na instituição de estágio e para os/as demais profissionais interessados/as na educação permanente enquanto um exercício profissional a ser trabalhado no cotidiano das ações.

2 A SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE AS REFORMAS NO PAÍS

O presente capítulo apresenta as reformas de saúde no país, para isso será contextualizada-se o processo em que as mesmas ocorreram, sendo elas a reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira. Para tanto, também será discutido os impactos das contrarreformas do Estado em relação às políticas sociais que possuem intensos rebatimentos no acesso dos/as usuários/as a política de saúde, como também, as ações e serviços.

Conforme o documento do CFESS (2010)³, a Reforma Sanitária brasileira (RSB), no contexto de reformas insere-se ainda a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), estas que buscavam a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesse sentido, a concepção ampliada de saúde, entendida como melhores condições de vida e condições de trabalho enquanto determinantes no processo saúde/doença. Porém, na década de 1990, com as contrarreformas de cunho neoliberal, defendidas por agências internacionais diante do projeto do grande capital, busca-se implantar a privatização e a constituição do cidadão consumidor.

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais (CFESS, 2010, p.20).

Com essa contrarreforma do Estado, segundo o documento do CFESS (2010), o setor da saúde foi atingido, visto que houve a restrição do financiamento público e, também, com a dicotomia entre ações preventivas e curativas. Com isso o rompimento do entendimento de integralidade no atendimento a saúde, nesse período foram criados dois subsistemas: o de entrada e controle, o primeiro representa o atendimento básicos sendo estes de responsabilidade do Estado e o outro subsistema de referência ambulatorial especializada, que constituísse por unidades de maior complexidade, que posteriormente foram transformadas em

³ Parâmetros da atuação de assistentes sociais na saúde. Disponível em: http://www.cefess.org.br/arquivos/Parametros_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.

organizações sociais. Com essas medidas, visava-se estimular a busca por seguros privados, assim, o primeiro subsistema citado não representava interesse para o setor privado. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) era destinado aos que não tinham condições de consumir os seguros de saúde privados. Logo, entende-se que essa contrarreforma na saúde é um:

[...] projeto de saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 22).

Com isso, a universalidade ao acesso a saúde, um dos princípios centrais do SUS e da Reforma Sanitária brasileira, é impactada com as contrarreformas do sistema neoliberal capitalista e o conflito com as propostas de reformas, no qual os valores solidários, coletivos e universais, pautados na Constituição Federal de 1988 vêm sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, voltados ao projeto de mercado com rebatimentos na consolidação do SUS, devido à segmentação de seus serviços e ações (CFESS, 2010).

2.1 Reforma Sanitária

As expressões da questão social⁴ na década 1920 necessitaram de ações de enfrentamento mais sofisticadas, nesse processo foram transformadas em questões políticas com a intervenção do Estado através de aparelhos que dessem conta dos assalariados urbanos, sujeitos sociais importantes para a manutenção do cenário político nacional em decorrência da dinâmica de acumulação capitalista. Com o processo de industrialização no Brasil na década de 1930 surgem manifestações dos/as trabalhadores/as que reivindicam do Estado novos papéis e, em resposta a

⁴ Para Yamamoto (2014, p. 27) a “Questão Social apreendida como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

estas tensões criam-se algumas políticas sociais (BRAVO, 2006). Porém, no cenário nacional a questão da saúde já era destaque desde a década de 1920.

[...] questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO; MATOS, 2004, p.4).

Com isso, Teixeira (1989) diz que a política de saúde estava centralizada no Estado Nacional e coordenada pelo Ministério da Educação e Saúde. Em 1930 foi criada a Política Nacional de Saúde, que foi materializada entre 1945-1950. Ainda nesse período, na década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), os seus serviços buscavam dar assistência aos trabalhadores dos mangues da Vale do Rio Doce ou de borracha da Amazônia. Com a criação do Conselho de Saúde em 1944 se deu o início da saúde pública moderna. No ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS), regulamentado pela Lei nº 1.920/1953, sob comando único. Nas décadas de 1930 a 1940 as principais medidas adotadas pela saúde pública foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para áreas de endemias rurais, a partir de 1937; Serviços de Malária do Nordeste, 1939; Serviços de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana –; e Reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA, PAULA, 1986, p.53).

Ao que se refere ao sistema público de saúde Paiva e Teixeira (2014), indicam a duplicidade característica, visto esse que organizava-se em medicina previdenciária e a saúde pública. A medicina previdenciária tinha suas “ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17). Já a saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS) era voltada às populações do meio rural e aos mais pobres, tendo como alvo, ações preventivas. Braga e Paula (1986) reafirmam isso quando se referem que a

política de saúde era organizada em dois setores, sendo eles medicina previdenciária e a saúde pública. Esse modelo de saúde pública permaneceu até o início de 1960 e tinha suas ações centradas na ampliação de condições sanitárias básicas para a população.

O subsetor da Saúde pública será predominante até os meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor da medicina previdenciária só vira sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006, p.91).

Bravo e Matos (2004) apontam o período de 1945 a 1964, apesar de algumas variações, como os anos mais favoráveis em gastos com a saúde pública, indicam que as ações desse período visavam superar o quadro de doenças parasitárias e contagiosas, como também, diminuir as taxas de morbidade e mortalidade infantil e do restante da população, sendo serviços de destaque os de combate à tuberculose e lepra.

Em face da 'questão social' no decorrer de 64 a 74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também, servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO; MATOS, 2004, p.6).

Para Paiva e Teixeira (2014), em 1964, após quase duas décadas de o Brasil voltar a um regime democrático, o golpe militar iniciou um regime de exceção no país, esse que prometia reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e retornar ao regime democrático em curto prazo, porém os militares mantiveram-se no poder por cerca de 20 anos. Os autores indicam ainda que a saúde pública nesse período foi marcada por uma crise de recursos e enfraquecimento das capacidades de ação do Ministério da Saúde (MS). No final de 1960 e nos primeiros anos da década 1970 a conjuntura de gastos com políticas sociais, incluindo os gastos com a saúde pública, sofreram reduções, porém, mesmo diante deste cenário, investimentos internacionais entravam no país, mesmo que isso não representasse melhorias nas condições de vida da maior parte da população.

Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração de riqueza (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.18).

Para Bravo e Matos (2004), a tendência de ampliar o crescimento econômico-social e político vivido durante o período da ditadura militar brasileira não superou os problemas estruturais, logo, com a repressão do regime ditatorial o cenário tornou-se mais dramático. Com poucos avanços de 1964 a 1974, o bloco que detinha o poder necessitou alterar a sua relação com a sociedade civil, estabelecendo novos meios para mediação dos conflitos, mesmo assim esses mantiveram a dominação e o poder da burguesia. Para mediar o conflito em 1967 foi criada a Previdência Social, sendo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) responsável pelas aposentadorias e pensões, além de serviços de assistência médica de urgência e serviços de reabilitação da previdência social. Para os autores nesse período a política nacional de saúde sofreu forte tensão dos setores estatais e empresarial médico, demonstrando o conflito de interesses para o aumento dos serviços e, também, dos recursos financeiros. Destacando que, as reformas até então realizadas detinham-se apenas a “estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizado pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO; MATOS, 2004, p.7).

Paiva e Teixeira (2014) indicam que a política de saúde nesse contexto de regime militar incentivou apenas o setor privado. Com isso, ampliaram-se as compras de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais as empresas com “empresas convênio” (ALMEIDA, 1998, apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.18). Conforme os autores, nesse período as políticas deram continuidade às diretrizes dos governos anteriores de expansão da cobertura da assistência médica previdenciária estatal as classes menos favorecidas. Assim, diversas medidas foram criadas, sendo elas: incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967; proteção previdenciária dos trabalhadores rurais com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971 e ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, em 1973.

[...] ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários era impossível o sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-lo para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia (POLIGNANO, 2001, p.15).

Polignano (2001) revela que a partir de 1974 o sistema previdenciário passou a ter ministério próprio, sendo ele Ministério da Previdência Social e Assistência Social, deixando de fazer parte do Ministério do Trabalho, foi criado nesse processo o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social. Com esse recurso foi possível remodelar e ampliar o número de hospitais da rede privada, por meio de empréstimos subsidiados, assim, como afirma o autor “[...] levou a um crescimento próximo a 500% no número de leitos hospitalares privados 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84” (POLIGNANO, 2001, p.17). Nesse contexto, o autor indica que ao passo que o sistema previdenciário foi saindo do controle do INPS, no ano de 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), este que passou a organizar os serviços do mercado de saúde privado.

Bravo e Matos (2004) destacam que a política nacional de saúde passou por grandes tensionamentos devido ao aumento dos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros e, ainda, pelo conflito de interesses entre os setores estatais e empresarial médico em contrapartida ao surgimento do movimento sanitário brasileiro. As mudanças na estrutura organizacional “não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO; MATOS, 2004, p.7). Com base na citação dos autores, fica evidente que nesse processo a Previdência Social, e os demais setores da saúde, ficaram sob o comando do setor privado e esta organização durou até o fim do regime militar. Paiva e Teixeira (2014), nesse contexto de tensões sociais surgem diversas formas de mobilização popular, que visavam mudanças políticas e sociais e em meio a esse fervor surgem os movimentos pelas reformas no campo da saúde.

Paim (2008) contextualiza que o país na década de 1970 com movimentação de novos sujeitos sociais nas lutas contra a ditadura e na busca pela democratização ao acesso a saúde, sendo esses professores universitários, setores

populares e entidades profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando nesse processo a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Para Vasconcelos (2007), o CEBES estimulou, também, outros espaços para reflexão e amadurecimento, como conferências e produções científicas.

Como intelectual coletivo da RBS, o Cebes utilizou a democratização a saúde na construção de identidades, denunciando as iniquidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizados, mas participando das lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003 apud PAIM, 2008). Propiciou um conjunto de debates sobre saúde, editou a Revista *Saúde em Debate*, publicou livros (Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Giovanni Berlinguer) e promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) (PAIM, 2008, p. 79).

Para Vasconcelos (2007), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) formulou em 1979 as diretrizes do que hoje conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS). Paim (2008) afirma que nesse momento de manifestações políticas:

[...] o Cebes apresentou no *I Simpósio Nacional de Saúde* da Comissão de Saúde (Brasil Câmara dos Deputados, 1980) o documento *A Questão Democrática da Saúde* (Centro Brasileiro..., 1980) propondo pela primeira vez em 1979, a criação do SUS (PAIM, 2008, p. 81).

Segundo Paim (2008) o referido documento do CEBES foi o marco da construção da proposta da RSB. Para o autor a vinculação do CEBES e da RSB demonstra que ideais podem desencadear movimento capaz de elaborar propostas que se tornam projeto e processo.

Originalmente uma idéia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde. Conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar a Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde que garante que 'Saúde é um Direito de todos e um Dever do Estado'. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania (PAIM, 2008, p. 154).

Na opinião de Vasconcelos (2007), como resultado da organização da RSB e das conferências de saúde⁵ foi elaborado um relatório que inspirou os artigos de saúde da Constituição Federal de 1988. Nele o Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como:

Ações e serviços públicos de saúde que 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 atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.117).

Para Bravo e Matos (2004), superada a ditadura militar, o Brasil vivenciou uma grande crise econômica. Dentre as demandas debatidas nesse período a que emergia no cenário para mudanças era a universalização do acesso. Teixeira (1989) analisa que a saúde na década de 1980 tinha como enfoques principais “a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (TEIXEIRA, 1989, p. 53).

Como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Único de Saúde visando um profundo reordenando setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estatal e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p.9).

Para Paim (2008), em 1985 com a retomada de democracia no país foi possível realizar a 8ª Conferência Nacional em Saúde (CNS) em 1986. Com o amadurecimento do movimento e com o reconhecimento da “saúde como um direito e dever de todos e dever do Estado” (PAIM, 2008, p.27). Para o autor, com os avanços em relação à compreensão, destaca-se da conferência os seguintes pontos:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade,

⁵ Campos (2015, p.27) situa que as Conferências Nacionais de Saúde no país ocorreram a partir de 1941, sendo essa a primeira. E posterior a esse processo ocorreu 2ª conferência em 1950; 3ª conferência em 1963; 4ª conferência em 1967; 5ª conferência em 1975; 6ª conferência em 1967; 7ª conferência em 1980.

acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pelo do ser humano em sua individualidade.

[...] necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando meios que permitam efetiva-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informações plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural [...].

As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987 apud PAIM, 2008, p. 122-123).

Para Paim (2008) com esse processo, recomendou-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual deveria ser descentralizado, dividindo atribuições específicas para União, estados e municípios e, democrático permitindo a participação da sociedade junto à formulação da política e, ainda, no acompanhamento e na avaliação. Com os avanços da 8ª CNS e as proposições construídas para a área diante de um processo de redemocratização da saúde e, também da Reforma Democrática do Estado, o movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária. O autor enfatiza que “a RBS é constituinte de um projeto de *reforma social*, não uma mera política social ou de saúde” (PAIM, 2008, p.32), logo, vale explorar na concepção do autor sobre as reformas e o que isso diz sobre a RSB.

A partir da tese de que a RSB represente um *projeto de reforma social*, poder-se ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida*, ainda que

parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como *perspectiva* apenas uma *reforma parcial*. (PAIM, 2008, p.38)

De acordo com Paiva e Teixeira (2014), com a retomada ao estado democrático, e com a recente carta constitucional promulgada, a saúde se transformou em um direito individual e, além disso, iniciou-se o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde que, por sua vez, alterou profundamente a saúde pública no país. Antes desse processo, no ano de 1986 buscava-se um novo conceito de saúde, tendo destaque e importância para as mudanças nas discussões e no aprofundamento profissional e político da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em março do mesmo ano, “esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde” (PAIM, 2008, p. 99). Os autores a seguir contextualizam o processo do movimento da reforma sanitária na 8ª CNS.

Em nosso país, a mobilização em torno do projeto da Reforma Sanitária ganhou concretude nas conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que congregou mais de 4.000 participantes de todos os estados brasileiros. E, posteriormente, ainda em 1986, na constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que, com representação dos órgãos governamentais, do setor empresarial, dos trabalhadores e dos profissionais de saúde, apoiada por grupos Técnicos (Arcabouço Institucional, Financiamento, Ciência e Tecnologia, Saúde do Trabalhador, Informação em Saúde e Saneamento), formulava em suas conclusões a proposta para o novo texto Constitucional para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde (BERLINGUER, CAMPOS, TEIXEIRA, 1988, s.p).

Para Berlinguer, Campos e Teixeira (1988), o Brasil inspirou-se no movimento da reforma sanitária italiano para modificar o sistema de saúde, e assim, melhorar as condições da assistência à saúde no país. Assim como na Itália, no Brasil o movimento pela reforma sanitária se deu através da luta de movimentos sociais, políticos e ideológicos intensos. Com a Carta Constitucional de 1988, fica a dever do Estado “criar condições jurídicas e institucionais para a ampliação e aprofundamento da luta política pela implantação da Reforma Sanitária em nosso país” (BERLINGUER; CAMPOS; TEIXEIRA, 1988, s.p).

O outro motivo é que a reforma sanitária não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva

milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros. Como isso poderá acontecer, se prevalecer um clima político confuso ou reacionário, se for rompida cada forma de unidade democrática, se dominarem os egoísmos de partido e os particularismos de categoria, de grupo, de zona (BERLINGUER; CAMPOS; TEIXEIRA, 1988, p. 3).

No documento do Ministério da Saúde (2005), sobre os 15 anos após a Conferência de Caracas, apresenta que tanto a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária brasileira acontecem ao mesmo tempo e, também contextualiza que ambas as reformas buscavam mudanças “no modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidados” (MS, 2005, s.p).

Heidrich (2007) reafirma esse processo quando aborda que as mobilizações que desencadearam a Reforma Sanitária brasileira organizada por um movimento de intelectuais, técnicos, profissionais e usuários dos serviços nessa “conjuntura da construção do Sistema único de Saúde (SUS) constituirá o terreno na qual foi plantada e brotou a reforma psiquiátrica brasileira” (HEIDRICH, 2007, p.97). Os dois movimentos buscavam a democratização e acesso à saúde. Bisneto (2011) acredita haver uma ligação entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira visto que ambos os movimentos de reformas tratam de questões relacionadas às políticas sociais de saúde.

2.2 Reforma Psiquiátrica

Para Amarante (1994), após a segunda guerra mundial surgem os primeiros movimentos para mudar a situação das pessoas em sofrimentos psíquicos, no qual era proposto um tratamento mais humano, com serviços próximos ao contexto familiar e comunitário do sujeito. Com isso, a extinção gradual do antigo modelo manicomial e a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de saúde que integrassem a saúde mental, a reforma psiquiátrica como um movimento, que:

[...] não mais se refere exclusivamente à reformulação dos serviços, ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a descoberta de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais. (AMARANTE, 1994, p. 43).

Segundo Heidrich (2007) a reforma psiquiátrica no país teve início em 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se originou de denúncias sobre as más condições de trabalho e das péssimas estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos e, ainda, das greves dos/das profissionais que insatisfeitos com essa realidade. Para Amarante (apud HEIDRICH, 2007) esse movimento e suas repercussões foram o início do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Para o documento do Ministério da Saúde⁶, o movimento foi “fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos” (MS, 2005, s.p).

Lancetti (1990, apud Heidrich, 2007), afirma que a inspiração para o movimento da reforma psiquiátrica brasileira se baseou no modelo italiano de desinstitucionalização. Na experiência italiana, as mudanças propostas pela reforma não se restringiam a troca do local de tratamento. A problemática, para a autora, necessitava modificar a forma como os serviços e a sociedade pensa, lida e cuida a loucura. Na Itália, o movimento foi liderado por Franco Basaglia, que partindo da crítica ao modelo manicomial almejava construir outro modelo de atendimento e/ou tratamento, o da desinstitucionalização. Vale ressaltar que nesse novo paradigma, parte-se do entendimento que para além do desmonte da instituição psiquiátrica é necessário transformar toda uma estrutura social. Para isso Basaglia afirma que: “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982 apud HEIDRICH, 2007, p.18), estando nesse conceito à essência do modelo italiano.

⁶ Trata-se do documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Intitulado “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”.

Para Bisneto (2011), a Reforma Psiquiátrica brasileira encontra suas raízes no exterior. De acordo com Fuzzeti e Capocci (2003) o modelo da reforma psiquiátrica italiana trouxe grandes influências para o Brasil. Com isso diferenciam a psiquiatria tradicional e as propostas do novo modelo de atendimento, referindo que a diferença básica consiste em que:

[...] A psiquiatria tradicional colocava o indivíduo em segundo plano e só se preocupava com sua doença, enquanto a Reforma Psiquiátrica, traz uma nova visão na qual em nenhum momento se nega a existência da doença, mas prioriza-se o indivíduo, como sujeito em sofrimento (FUZZETI, CAPOCCI, 2003, p.37).

Segundo Vasconcelos (2007) o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu no final da década de 1970. Primeiramente, os trabalhadores da saúde mental reivindicavam melhores condições de trabalho e salários. Essas primeiras reivindicações são conhecidas como movimento dos trabalhadores da saúde mental e, posteriormente, contribuíram para modificar o entendimento sobre o termo “loucura”, contribuindo ainda para criar e ampliar os direitos para as pessoas em sofrimento psíquico. Uniram-se a esse processo a sociedade civil em geral e familiares de pessoas em sofrimento psíquico, o que intensificou a pressão por mudanças. A partir desse contexto, se objetivava criar novos espaços para o acolhimento e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, vale ressaltar os avanços das políticas, dos direitos e da produção de um novo modelo de cuidado, assim como, de novos conhecimentos e práticas.

Esse processo visa à substituição gradual do modelo de atenção e gestão em saúde mental, da antiga assistência psiquiátrica asilar, hospitalocêntrica e voltada para o modelo biomédico. Busca criar e implantar uma rede complexa e interdisciplinar de cuidados de base territorial, de acesso público, universal e gratuito, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com serviços de atenção psicossocial abertos, inteiramente substitutivos, e não-complementares, do hospital psiquiátrico (VASCONCELOS, 2007, p. 174).

Para Fuzzeti e Capocci (2003) o movimento para a implantação dessas mudanças propostas pela reforma psiquiátrica veio pelo Projeto de Lei número 3.657/1989 do Deputado Paulo Delgado, no qual era proposto a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos. A partir disso, a desinstitucionalização se daria pelo acompanhamento próximo à realidade do sujeito, o que implicaria na:

[...] Diminuição de leitos hospitalares em instituições manicomiais, ou até o fechamento de algumas instituições e a inserção dos pacientes psiquiátricos em uma série de novos serviços especializados e recursos comunitários, combinada com uma maior participação de seus familiares no seu tratamento (FUZZETI; CAPOCCI, 2003, p.38).

Um dos principais momentos do processo da reforma psiquiátrica no país, segundo Heidrich (2007) foi a promulgação da Lei nº 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Essa lei, que também é conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” (HEIDRICH, 2007, s.p), é o marco histórico da luta pela reforma no país, visto que a mesma define a construção de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental em todo território brasileiro.

Segundo Amarante (2003) o atendimento em saúde mental deve ser regido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, articulando os serviços da rede de atenção em saúde mental, sejam eles extra-hospitalares ou hospitalares. Atualmente, a rede de atenção em saúde mental é composta de leitos psiquiátricos em hospital geral, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados, residenciais terapêuticos, pensões protegidas. Sendo os/as usuários/as da Política Nacional de Saúde Mental atendidos pelos níveis de atenção em saúde, desde a atenção primária, secundária e terciária. A partir dessa articulação dos serviços de saúde a desinstitucionalização estará:

[...] Prosseguindo na tradição iniciada por Franco Basaglia - que, superando a proposta caplaniana (CAPLAN, 1980) de desinstitucionalização como sinônimo de racionalização de recursos, de otimização, ou ainda de mera desospitalização - passou a utilizar o termo no sentido de designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida (AMARANTE, 2003, p.48).

De acordo Campos e Furtado (2006) os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem relevância no cenário de novas práticas em saúde mental, dito isso, dada a configuração estratégica desse dispositivo e sua proposta de alterar o modelo centrado na internação hospitalar, vale destacar que os CAPS possuem função organizativa quanto aos demais dispositivos de saúde mental da rede. Para tanto, as autoras caracterizam o CAPS da seguinte forma:

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensivas e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado⁷ voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055).

Nesse sentido Barbosa (2006) contextualiza que os CAPS:

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BARBOSA, 2006, p.83-84).

Para Monteiro (2013) as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira, o hospital geral compõe a rede de serviços que está regulamentada por legislações, A Lei nº 10.216 lei dispõe das normativas sobre a proteção das pessoas com transtorno mental, indicando serviços que podem ser acessados pelos sujeitos. No artigo 4º, consta que a internação dos/as usuários/as, independentemente da modalidade, deve ser feita quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes. Assim, o hospital geral:

[...] Deve ser considerado como recurso último no momento de crise, compõe a rede de serviços regida por legislações específicas deve estar interligado a outros serviços de acompanhamento, dentro das ações em saúde de promoção, prevenção e recuperação preconizadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) (MONTEIRO, 2013, p. 30).

De acordo com Fuzzeti e Capocci (2003) a desinstitucionalização é um processo que deve ser compreendido como a substituição do manicômio ou do

⁷ Para Andrade, Cavalcante, Flores (et al 2011, p. 494), o projeto terapêutico (sendo aqui compreendido como projeto terapêutico singular e/ou individualizado) trata-se de “[...] uma noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Ademais, como indica o termo ‘projeto’, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia na tradicionalmente na discussão de casos em medicina”.

hospital psiquiátrico por serviços de saúde de cunho terapêutico, disponíveis na comunidade e próximos a realidade dos/as usuários/as e seus familiares. Amarante (2003) acrescenta outros elementos para conceituar desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica:

[...] Desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2007, s.p).

A psiquiatria clássica, como indica Vasconcelos (2010), entendia o hospital psiquiátrico como o único espaço para o atendimento dos doentes mentais é questionado pelo movimento que propõe a superação desse paradigma. Com isso o autor indica os seguintes pontos:

- a) Não criação de novos leitos psiquiátricos especializados e redução onde possível e/ou necessário;
- b) Regionalização das ações em saúde mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais especiais com serviços ambulatoriais em área geográficas de referências;
- c) Controle de internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados;
- d) Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogas e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- e) Humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25).

A reforma psiquiátrica enquanto movimento social, como indica Gonçalves e Sena (2001) buscava transformar o campo da saúde mental ampliando a forma de ver e cuidar das pessoas em sofrimento psíquico. Com isso, os autores consideram que o movimento da RPB:

[...] não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, "confinando-os" à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue a própria sorte. Espera-se muito mais, o resgate ou 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 (GONÇALVES; SENA, 2001, p.51).

Segundo Amarante (2007), em 1990 ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em Caracas. Deliberou-se na conferência que os países da América Latina (inclusive o Brasil) a se comprometer a implantar a reestruturação da assistência psiquiátrica, substituindo a centralidade do hospital psiquiátrico e reforçando que o meio comunitário é o espaço para assegurar os direitos civis e humanos das pessoas em sofrimento psíquico e, também que nesse contexto pode ser feito o seu atendimento e tratamento. Na Conferência de Caracas, o Brasil consolidou a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para Amarante (2007) a Constituição Federal de 1988 e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica utilizou-se da universalidade ao acesso dos serviços de saúde, igualdade e integralidade na assistência à saúde e a participação da sociedade. Inspirada pela reforma psiquiátrica italiana, a reforma psiquiátrica brasileira tem como lema da luta antimanicomial “Por uma sociedade sem manicômios” e o intuito de assegurar os direitos e resgatar a cidadania dos/as usuários/as.

A participação social, não apenas na saúde mental, mas nas políticas de saúde de forma geral, teve um impulso decisivo com a introdução do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a instituição do SUS, regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Logo após, em 28 de dezembro do mesmo ano, a Lei 8.142 estabeleceu a participação da comunidade na gestão do sistema, o que ficou conhecido como o “controle social”. A realização das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 (Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho), 1992 (Brasília, 30 de novembro a 2 de dezembro) e 2001 (Brasília, 11 a 15 de dezembro) ofereceu a possibilidade inigualáveis de participação dos atores sociais na discussão e construção das políticas de saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007, p.79).

Para Fuzzeti e Capocci (2003) é necessário ressaltar que a luta desse movimento não busca em sua essência apenas extinguir o manicômio de seu lugar central na psiquiatria clássica, apenas substituindo o hospital psiquiátrico por outros serviços que institucionalizam os/as usuários/as em suas relações. A busca do movimento é pela desinstitucionalização dos/as usuários/as através da atenção centrada no meio comunitário, modificando para além dos espaços físicos de atendimento, sendo assim, é necessário também transformar as práticas psiquiátricas, tornando-as práticas de cuidado em meio social. Como trata Amarante

(1995, p.494) “o doente mental que antes era excluído de seus direitos e cidadania, torna-se um sujeito, não mais um objeto para o saber psiquiátrico”.

Para superação no modelo manicomial, como indica Amarante e Torres (apud CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055), é necessário romper com "o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico e finalmente os princípios do tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras". Devendo, como sugerem os autores, intensificar a inserção do debate e prática da clínica ampliada nos serviços de saúde mental, na qual o sujeito é central.

Dito isto, a clínica ampliada para Campos e Amaral (2007) trata-se de uma:

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina Tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também os problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnados em sujeitos, em pessoas (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852)

A tabela a seguir visa demonstrar quais legislações, decretos e portarias devem ser materializados, tanto pelos serviços quanto pelos/as profissionais, compreendendo que o cuidado em saúde mental é também físico, respeitando o sujeito em sua integralidade.

LEGISLAÇÕES SAÚDE/SAÚDE MENTAL		
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	
SUS	Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
	Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
	Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

		interfederativa, e dá outras providências.
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Portaria GM nº 3.088, de 23 de Janeiro de 2011.	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
	Equipe Consultório na rua	
	Portaria nº 123, de 25 de Janeiro de 2012.	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
	Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2012.	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
	Centros de convivência	
	Portaria nº 396 de 07 de Julho de 2005.	Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS.
	NASF	
	Portaria nº 154, de 14 de Janeiro de 2008.	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.	Redefine os parâmetros do NASF.	
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA	Centro De Atenção Psicossocial	
	Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012.	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
	Portaria nº 3.089, de 23 de Dezembro de 2011.	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
	Portaria nº 1.002, de 29 de Dezembro de 2011.	A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições, Considerando a necessidade de reforçar a rede de atenção à Saúde Mental nas grandes cidades (incluindo regiões metropolitanas); Considerando a necessidade de consolidar, no âmbito de Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002 e as diretrizes emanadas da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos transtornos mentais e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.
	Portaria nº 2.841, de 20 de Setembro de	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção

	2010.	Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPS AD III (24 horas).
	Portaria nº 384 de 05 de Julho de 2005.	Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.
	Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002.	Considerando a Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental.
	Portaria nº 336/GM em 19 de Fevereiro de 2002.	Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	SAMU	
	Portaria nº 2.026, de 24 de Agosto de 2011.	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
	SALA DE ESTABILIZAÇÃO	
	Portaria nº 2.338, de 3 de Outubro de 2011.	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.
	UPA 24 HORAS	
Portaria nº 2.648, de 7 de Novembro de 2011.	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.	
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	UNIDADE DE ACOLHIMENTO	
	Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012.	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	
Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012.	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso	

		de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
ATENÇÃO HOSPITALAR	Portaria GM/MS nº 52, de 20 de Janeiro de 2004.	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.
	Portaria GM/MS nº 251 de 31 de Janeiro de 2002.	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
	Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992.	O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPES, no uso das atribuições do Decreto nº 99.244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/01), A coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas.
	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA	
	Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012.	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
	Portaria nº 349, de 29 de Fevereiro de 2012.	Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
	Portaria nº 1.615, de 26 de Julho de 2012.	Altera a Portaria nº 148/GM/MS.
ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	
	Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011.	Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.
	Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.	Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.
PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA		

	Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003.	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mental egressos de internações.
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	Portaria nº 132, de 26 de Janeiro de 2012.	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
	SAÚDE MENTAL	
	Portaria nº 1.306, de 27 de Junho de 2012.	Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.
	Portaria nº 857, de 22 de Agosto de 2012.	Incentivos Redes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
	Portaria nº 1.473, de 24 de Junho de 2011.	Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.
	Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Portaria nº 837, de 23 de Abril de 2009.	Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
	Portaria nº 1.190, de 4 de Junho de 2009.	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
	Portaria nº 2.198, de 17 de Setembro de 2009.	Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados.
	Portaria nº 3.176, de 24 de Dezembro de 2008.	Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.
	Portaria nº 204/GM, de 29 de Janeiro de 2007.	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Portaria nº 1.097, de 22 de Maio de 2006.	Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em	

		Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.
	Portaria nº 442, de 13 de Agosto de 2004.	Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS.
	Decreto nº 7.179, de 20 de Maio de 2010.	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
	Decreto nº 1.651, de 28 de Setembro de 1995.	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.
	Decreto nº 1.232, de 30 de Agosto de 1994.	Regulamenta o repasse fundo a fundo. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

(FONTE: compilação dos dados da tabela feitas pela autora através dos dados encontrados no site da Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental).

Com base nas legislações, portarias e decretos expostos na tabela acima, faz-se necessário que os/as profissionais, assim como usuários/as e seus familiares tenham conhecimento sobre as mesmas e, ainda, que materializam no cotidiano das instituições tais leis, visto que as mesmas não tratam exclusivamente da organização dos serviços, mas orientam com base na Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica que o atendimento as pessoas em sofrimento psíquico deve respeitar sua liberdade e dignidade humana.

Para Berlinguer, Campos e Teixeira (1988), é necessário que a luta da reforma sanitária não se limite a conquista constituinte e de legislações, é preciso assegurar que seja um espaço privilegiado de luta, que transforme os serviços de saúde, na perspectiva institucional, mas que modifique as condições sociais para, assim, melhorar a qualidade de vida implicando em alterações no estilo de vida, nos padrões de consumo e produção, nas formas de participação na vida social. Para o autor é necessário para efetivar a reforma na saúde uma profunda transformação na vida social e, com isso, superar a “contradição existente entre a acumulação privada e a saúde pública” (BERLINGUER, CAMPOS, TEIXEIRA, 1988, s.p). Os autores indicam isso como uma das questões fundamentais para implantação das reformas no Brasil.

3 SERVIÇOS SOCIAL E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O presente capítulo tratará do Serviço Social na política pública de saúde. Dito isso, vale lembrar que as expressões da questão social manifestam-se através do adoecimento de usuários/as, dentre outras formas em que as desigualdades podem apresentar-se na vida dos sujeitos. Para tanto, este trabalho retoma o Serviço Social na saúde, fazendo um recorte do Serviço Social e Saúde Mental a fim de fomentar a discussão do que foi trabalhado no projeto de intervenção que é a base para as reflexões teórico-práticas desse estudo.

Para o documento “Parâmetros da atuação de assistente sociais na saúde”, do CFESS (2010), a década de 1990 os impactos no trabalho do/a assistente social com a nova configuração da política de saúde estavam em diversas dimensões, sendo elas na formação profissional e nas condições de trabalho desses trabalhadores/as, nas influências teóricas, no aumento das demandas e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Com a ampliação do trabalho precarizado, os/as assistentes sociais eram chamados para amenizar os conflitos gerados pela pobreza absoluta da qual a classe trabalhadora era submetida. Nesse contexto, as entidades representativas da profissão buscavam articular com os demais trabalhadores/as da saúde e movimentos sociais a defesa da reforma sanitária, movimento que teve início da década de 1970.

Segundo CFESS (2010) a saúde na década de 1990 possuía dois projetos em disputa apresentavam requisições aos/as profissionais, sendo eles: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. Para o projeto privatista o/a assistente social deveria intervir para a “seleção socioeconômica do usuário, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo do favor e predomínio de práticas individuais” (CFESS, 2010, p.23). Já no projeto da reforma sanitária, o/a assistente social teria suas demandas nas seguintes questões:

[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação social (CFESS, 2010, p.23).

Sarreta (2009) indica que no ano de 1997, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu o/a assistente social como profissional de saúde, assim como outras profissões. O CFESS (1999 apud SARRETA, 2009, p.58), assegura que a profissão não trabalha exclusivamente com a política de saúde, “[...] mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive na saúde”. Diante dessa afirmativa, apresentar-se-á no subitem na sequência quanto à inserção e atuação do assistente social na política de saúde.

3.1 O/A Assistente Social na Política de Saúde

De acordo com Barbosa (2006) o desenvolvimento do Serviço Social no país, se deu durante a complexificação da sociedade, diante do crescimento da industrialização que foi acompanhada pelo crescimento da miséria e de diversas outras manifestações que abalavam a ordem necessária para manutenção da hegemonia burguesa. Dito isso, o Serviço Social nesse período atuava enquanto profissão reguladora e moralizadora das relações sociais, intervindo dentro dos moldes adequados aos interesses das classes dominantes.

[...] A demanda de sua atuação não deriva daqueles que são alvo de seus serviços profissionais – os trabalhadores – mas do patronato, que é quem diretamente o remunera, para atuar, segundo metas estabelecidas por estes, juntos aos setores dominados, Estabelece-se, então, uma disjunção entre intervenção e remuneração, entre quem demanda e quem recebe os serviços do profissional. O que deve ser ressaltado é que esse profissional, embora trabalhe a partir e com a situação de vida do trabalhador, não é por ele diretamente solicitado; atua junto a ele a partir de uma demanda, que na maioria das vezes não é dele. A demanda dos serviços profissionais tem, pois, um nítido caráter de classe, o que fornece, por sua proximidade estreita com o Estado, um certo caráter “oficial” ao mandato recebido. Passa o profissional a dispor de um suporte jurídico-institucional para se impor ante o “cliente”, mais além de sua solicitação, restado ao usuário aceitar ou não os serviços prestados, não podendo deles se subtrair. O caminho que percorre o cliente até o profissional é mediatizado pelos serviços sociais prestados pelos organismos que contrato o profissional, os quais são, em geral, o alvo da procura dos usuários (IAMAMOTO, 1998 apud BARBOSA, 2006, p.46).

Para Mello (2012) a trajetória do Serviço Social na saúde, citando o âmbito hospitalar, teve início a partir da década de 1940, nesse período a profissão emerge no país. Para a autora as práticas profissionais fundamentavam-se na

psicologização do social, isso que refere-se à uma prática através de um perspectiva individualizantes, descontextualizada dos demais elementos que compõe a vida dos sujeitos. O modelo seguido pelo Serviço Social nesse período é o Norte-Americano, modelo do qual reduzia as expressões da questão social enquanto problemas individuais dos sujeitos, não considerando assim o contexto social.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos em comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e higiene do mesmo (SODRÉ, 2010 apud LEMOS, 2015, p.23).

Segundo Lemos (2015), na vigência do regime militar na década de 1970, emerge o movimento da Reforma Sanitária no país, esse que criticava o então modelo vigente que compreendia apenas a perspectiva biológica e individual. Nesse período o Serviço Social passava por transformações na base da categoria profissional. Para a autora, o/a assistente social que insere-se na política de saúde intervém com inúmeras expressões da questão social, visto que no adoecimento manifestam-se as situações de vulnerabilidade dos sujeitos, seja pela violência ou pelo não acesso a direitos sociais. Diante disto, Bravo e Matos (2006 apud LEMOS, 2015, p.21) explicitam as demandas do Serviço Social:

[...] 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. (BRAVO; MATOS, 2006 apud Lemos, 2015, p. 21).

No documento elaborado pelo CFESS (2010), em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) apresenta quatro grandes eixos relacionados à atuação profissional na política de saúde, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento, e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Para Lemos (2015) a prática do/a assistente social na saúde deve estar comprometida com os princípios da reforma sanitária, do SUS e, ainda, considerar a

competência ético-política da profissão, materializando na prática o código de ética profissional, e articular nesse processo as demais competências profissionais. Para Mello (2012), o trabalho do/a assistente social na saúde

Cabe ao Serviço Social na saúde tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado. (MELLO, 2012, p.20-21)

Para Sarreta (2009) o Serviço Social na política de saúde intervém na defesa do direito universal a saúde e as políticas sociais e públicas, cabe destacar que a autora aponta nesse profissional o endosso para o reconhecimento que a saúde, em seu sentido abrangente, é resultado das condições de vida trabalho, sendo assim, a organização social da produção, gera grandes desigualdades sociais e nos níveis de vida, diante disso o diferencial do profissional na política de saúde quando:

[...] se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes e da saúde da população – trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso aos bens e serviços essenciais, como expressões da questão social (SARRETA, 2009, p. 55).

Segundo Sarreta (2009) o Serviço Social brasileiro dispõe de um projeto profissional construído através do debate da categoria, sendo assim, o mesmo contempla o pluralismo, esse que é um elemento fundamental para a sociedade para a consolidação da prática profissional. Para Netto (1999 apud SARRETA, 2009) o projeto profissional considera a liberdade como valor central, com isso a possibilidade de escolha e o compromisso com a autonomia e emancipação dos sujeitos. Ainda para o autor, o projeto profissional assinala o interesse e compromisso para com a classe trabalhadora, em contrapartida aos cortes do neoliberalismo nos direitos sociais e da privatização do Estado e seu enxugamento. Para tanto, Netto (1999 apud SARRETA, 2009), aponta que a formação generalista permite que o/a profissional compreenda a questão social a partir da realidade brasileira e no contexto das políticas sociais, incluindo a saúde.

Sarreta (2009) indica que o Projeto Ético-Político do Serviço Social, assim como, o Código de Ética Profissional de 1993 articulam-se com o projeto da Reforma

Sanitária brasileira, visto que esses buscam efetivar a universalidade do acesso à saúde através de políticas públicas efetivas. Assim, Bravo e Matos (2004), com a análise dos códigos de ética dos profissionais da saúde, as autoras destacam que o código de ética do Serviço Social, e ainda, afirmam que o mesmo “[...] encontra-se em sintonia com as garantias constitucionais, na defesa de princípios e valores de ordem humanística, libertária, democrática e igualitária” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 56). Sendo destacado ainda pelos autores que a categoria profissional compreende os sujeitos enquanto usuários dos serviços de saúde, logo, são sujeitos protagonistas.

[...] projetos que enunciam princípios e diretrizes para a construção de relações democráticas, com base na liberdade e participação ativa dos sujeitos sociais, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos, de ruptura com práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas (SARRETA, 2009, p.57).

Bravo e Matos (2006) destacam que historicamente a política pública de saúde é setor que mais contrata profissionais do Serviço Social, sendo assim “[...] a quarta maior categoria no âmbito do SUS” (BRAVO, 2006, p.39). Nesse sentido, o/a assistente social integra as equipes de saúde. Para Martinelli (2011), com base nessa relação o/a profissional constrói a identidade profissional, fortalece a defesa do direito universal a saúde e do SUS enquanto política pública. Sendo assim, o Serviço Social uma profissão indispensável nas equipes interdisciplinares, diante das contribuições desse/a profissional nas ações que atentam para os demais aspectos de vida dos sujeitos, contemplando assim suas necessidades para além da doença. Nesse sentido, CFESS indica que:

[...] a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho; [...] atribui-se ao assistente social, enquanto profissional da saúde, a intervenção juntos aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; [...] em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; [...] para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação

técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, e democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e ampliação dos direitos sociais [...] (CFESS, 1999 apud SARRETA, 2009, p. 58).

Logo, para Sarreta (2009), o reconhecimento do/a profissional de que a saúde é resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais, permite que o Serviço Social acompanha o conjunto de profissões necessárias para identificação e análise dos fatores condicionantes e determinantes no processo saúde/doença, e ainda, na própria intervenção. Para a autora, enquanto atribuições do/a assistente social vale destacar que as mesmas constituem um importante instrumento para a elaboração e execução de estratégias para o exercício profissional visando através das mesmas o atendimento das necessidades sociais dos/as usuários/as nos serviços de saúde. Logo, com a compreensão desse/a profissional do conceito de saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, e com a formação dessa categoria sendo generalista e ainda, com base no compromisso ético-político anunciado do Código de Ética da profissão, o/a assistente social reafirma seu posicionamento em defesa da equidade e justiça social, que assegure o acesso universal as ações e serviços de saúde, e ainda, na participação da sociedade na gestão democrática.

3.2 Serviço Social e Saúde Mental

Rocha (2012) descarta o senso comum por vezes reproduzido na categoria profissional quando se trata da relação entre Serviço Social e Saúde Mental como temas novos para a profissão. Como indica Lemos (2015), o Serviço Social na Saúde Mental tem seus registros a partir de 1940. A prática profissional nessa época era baseada na perspectiva higienista. Para Vasconcelos (2000 apud ROCHA, 2012), a partir da inserção dos/as profissionais recém-formados em Serviço Social no país buscou-se inserir esses/as trabalhadores/as nas instituições psiquiátricas, nesse sentido a autora refere que as ações dos/as assistentes sociais nessa época eram voltadas para a área da assistência social. Referindo ainda que inicialmente com a inserção desses/as profissionais nos hospitais psiquiátricos, o trabalho estava relacionado como “porta entrada” dos serviços, sendo ainda uma profissão altamente subordinada às relações de poder com as demais profissões desses espaços.

Rocha (2012) destaca que as práticas dos/as assistentes sociais nessas primeiras décadas não questionava as ações burocráticas, superficiais e meramente assistencialista impostas ao/a profissional. A autora considera nesse período a intervenção profissional era “acrítica”, dito isso as intervenções eram pontuais, sem qualquer questionamento quanto à totalidade da demanda atendida. Para isso, Vasconcelos (2000) trata que:

As práticas profissionais não colocam como objetivo a mudança de concepção, do contexto e da prática profissionais dentro da instituição como um todo, nem tinham uma proposta de reabilitação psicossocial efetiva que abrangesse o conjunto das dimensões existenciais e sociais do usuários (VASCONCELOS, 2000 apud ROCHA, 2012, p.35).

Para Rocha (2012) as práticas conservadoras nessa época executadas pelo Serviço Social, a psicologização das relações sociais era característica da prática profissional, isso significa que o foco estava no unicamente no sujeito, na sua culpabilização e na necessidade adaptá-lo aos padrões da sociedade. Como afirma a autora, diante das práticas psicologizantes e da subjetividade neste espaço sócio-ocupacional, o trabalho do/a assistente social difundiu práticas conservadoras, moralizantes, sem qualquer mediação entre sujeitos e a totalidade social.

Originalmente parametrado e dinamizado pelo pensamento conservador, [o Serviço Social] adequou-se ao tratamento dos problemas sociais quer tomados nas suas refrações individualizadas (donde a funcionalidade da psicologização das relações sociais), quer tomados como seqüelas inevitáveis do ‘progresso’(...) desenvolveu-se legitimando-se precisamente como interveniente prático empírico e organizador simbólico no âmbito das políticas sociais. (NETTO, 1991 apud ROCHA, 2012. p.35).

Segundo Rocha (2012) nesse período o Serviço Social atuava na perspectiva do desenvolvimento capitalista, visto que o mercado exigia desse/a profissional moderno auxiliasse no suporte das políticas e no desenvolvimento da autocracia, sendo o/a assistente social nesse período mais um profissional a reproduzir o binômio repressão x assistência. Com isso a autora trata que diante desse contexto, a intervenção profissional contribuía na legitimação do *status quo*, onde a prática visava neutralizar os conflitos, e entendia o sujeito como culpado do desenvolvimento tardio do capitalismo, logo, como dito anteriormente “a proposta de

trabalho era caracterizada pelo ajustamento e manipulação em prol da adaptação dos sujeitos à ordem estabelecida” (ROCHA, 2012, p. 36).

Para Vasconcelos (2000), no decorrer do regime militar entre as décadas de 1960-1970 aconteceram profundas mudanças na saúde mental no país, e ainda, na dentro da categoria dos profissionais de Serviço Social. Nesse processo criou-se as comunidades terapêuticas ano final da década de 1960, essas instituições que possuíam uma estrutura tradicional, dotada de um novo discurso, mas que ainda reproduziam o modelo asilar psiquiátrico. Além da criação das comunidades terapêuticas Rocha (2012), aponta que no período da ditadura ampliou-se significativamente o número de manicômios, impulsionado pela privatização e centralização da política de saúde. Nesse sentido, criam-se através do INAMPS, clínicas privadas para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico. Souza (apud Rocha, 2012), contextualiza que a partir de 1973, o INAMPS passou a exigir que esses serviços contassem com uma equipe interprofissional, visando melhorar a prestação da assistência ao doente, nesse sentido ampliou-se o espaço do/a assistente social nas instituições psiquiátricas.

Nesse período, para Rocha (2012), a atuação do Serviço Social na saúde mental é marcada pela ausência de definição teórica, produto da dificuldade de aporte técnico existente devido a perspectiva modernizadora que visava responder as crescentes manifestações da questão social. A autora destaca ainda que no campo da saúde mental marcado pela subjetividade, recorrentemente caía-se nas práticas psicologizantes das relações sociais, mesmo que o Estado demandasse desses/as profissionais ações para efetivação das políticas públicas. A autora ainda destaca que nesse período o trabalho profissional era orientado pela lógica de caso, grupo e comunidade, essa que é oriunda da tecnificação da profissão, da qual busca apaziguar e mediar conflitos das massas em seu cotidiano.

Mudanças nesse cenário em relação ao Serviço Social na saúde mental surgem, como indica Rocha (2012), ainda no período da ditadura com o surgimento de movimentos de resistência democrática, esses contribuem para a publicização e denúncias das condições nacionais dos manicômios e da “indústria da loucura”. Neste sentido diversos movimentos se relacionam ao que se refere aos questionamentos da política de saúde do período da ditadura, dito isso, os movimentos possuem confluência na convicção de que o modelo curativo, mercantilizado de saúde não seria capaz de responder às demandas da população.

Segundo Rocha (2012) com a reformulação da política de saúde mental no Brasil aconteceram grandes mudanças no foco para com a atenção a pessoa em sofrimento psíquico e, ainda, na rede de serviços ofertadas e sua organização. Diante dessas mudanças cabe ressaltar que o movimento de reconceituação do Serviço Social esteve articulado as novas instituições e ao novo modelo de atenção a pessoa em sofrimento psíquico. Diante disso, Lemos (2015) indica que a reforma psiquiátrica contribuiu para o amadurecimento das práticas que após a eclosão do movimento passam a enfatizar “[...] a importância da reabilitação psicossocial dos portadores de sofrimento mental, por meio dos programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer [...] (BISNETO, 2006 apud LEMOS, 2015, p. 23).

[...] há abordagens e estratégias diretamente voltadas para o trabalho profissional, como na área social, em saúde e em saúde mental, nas quais o profissional busca ter um papel ativo de estimular o empoderamento de seus usuários e clientes, de forma individual, em grupos, no trabalho comunitário e institucional. (VASCONCELOS, 2013, p.177)

Para Rocha (2012) a partir dos anos de 1990, a categoria passou a compreender que o novo modelo de atenção em saúde mental e, assim, direciona o foco da atuação para o sujeito e seu contexto de vida, rompendo a antiga lógica que focava somente na patologia, partindo daqui a ruptura do Serviço Social com os paradigmas da psiquiatria clássica. Para tanto a autora apresenta essa ideia no trecho a seguir:

Ao construir o paradigma da reabilitação psicossocial em detrimento do paradigma da patologização dos indivíduos, a reforma psiquiátrica parte do reconhecimento de que a dimensão social da vida dos indivíduos é um aspecto central em sua reabilitação psicológica ou psiquiátrica, ou seja, reconhece-se que os modos de vida, os ambientes de vivências e as condições sociais dos sujeitos podem favorecer a reabilitação ou, por outro lado, acirrar ainda mais o sofrimento mental. Toda experiência manicomial, centrada na exclusão, na desumanidade e na psiquiatria clássica provou, historicamente e negativamente, que os ambientes, os determinantes sociais influenciavam na reabilitação dos sujeitos, isto é, está provado na história que com as práticas de isolamento, a insalubridade e a falta de cidadania é impossível reabilitar o indivíduo (ROCHA, 2012, p. 40).

Com isso Barbosa (2006) indica que o aumento da inserção do/a assistente social nos serviços de saúde mental se deu entre as décadas de 1970 e 1990, diante da expansão dos serviços de saúde mental, vale destacar que a autora trata que nesse processo existiam dois modelos de cuidado, sendo primeiro deles de

ordem hospitalocêntrica e também nos recentes serviços criados, os CAPS. Para a autora esse processo teve maior ampliação na década de 1990, visto os avanços propostos pelas reformas na saúde no país, mas em especial a reforma sanitária. Quanto à reforma psiquiátrica nesse processo, o amadurecimento das concepções que dão ênfase à dimensão social e política dos problemas mentais, o que permite que o Serviço Social se articule com esses serviços, dada a direção da profissão emancipadora. Para Bisneto (2001), a Reforma Psiquiátrica e o Serviço Social tem elementos que se relacionam, sendo eles apontados pelo autor:

O debate em torno das transformações das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social; a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários (BISNETO, 2001 apud BARBOSA, 2006, p.96).

Para Barbosa (2006), o Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental contribui através de sua intervenção no sentido que essa que é voltada para articulação com a família, comunidade e das instituições, relacionando os aspectos sociais e políticos relacionados à vida dos/as usuários/as; nas atividades suporte social, compreendo essas enquanto a articulação da rede e das demais políticas sociais, podendo ainda desenvolver projetos nos espaços sócio-ocupacionais. Dito isso, vale destacar que as expressões da questão social presentes nas demandas de saúde mental têm suas relações permeadas pelo modelo de exploração e reprodução. Estando a questão social presente no cotidiano da sociedade, estando nas lutas de classe, na desigualdade na participação da distribuição da riqueza produzida no capitalismo. Logo, as expressões da questão social não podem ser dissociadas da vida dos/as usuários/as, sendo os/as profissionais do Serviço Social chamados a atuar nessas expressões. Sendo necessário que os/as profissionais tenham compreensão de a questão social é, em suas mais diversas formas de expressões, o objeto da prática profissional.

4 UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL IVAN GOULART

O presente capítulo discorrerá sobre a educação permanente em saúde mental, para tanto, será apresentado no decorrer desse item elementos como o espaço sócio-ocupacional onde se desenvolveu o estágio, bem como o projeto de intervenção e seus resultados, com o intuito de subsidiar a discussão sobre a importância da educação permanente, em especial as práticas dessa formação em saúde mental no âmbito do hospital geral, esse que para as mudanças da reforma psiquiátrica compreende um dos dispositivos de assistência aos usuários/as em sofrimento psíquico, dito isso vale lembrar que a educação permanente em saúde é um política pública prevista ainda pela reforma sanitária.

Para Fernandes (2007) as mudanças mundo do trabalho no final do século XX que atingiram inclusive os países com maior desenvolvimento econômico, na qual a classe que vive do trabalho passa a vivenciar piores condições de vida diante do desemprego, da redução do emprego estável, a terceirização, a precarização das relações de trabalho, aumento na carga horária de trabalho, assim como, ampliação das exigências de qualificação técnica, redução do sindicalismo, violação dos direitos sociais, nesse contexto se produz a nova pobreza⁸. A partir dessa “nova” configuração é exigido do/a assistente social a capacidade de perceber, contextualizar e desvelar as diferentes expressões da questão social.

Fernandes (2007) destaca que o trabalho é um local privilegiado para a formação de trabalhadores/as. Assim, tanto para o/a assistente social (como para os/as demais profissionais da equipe multiprofissional) é um meio para reflexão da prática atenta ao projeto ético-político, logo, os espaços sócio-ocupacionais permitem aos/as assistentes sociais a partir da reflexão crítica da realidade e que construa momentos de troca com os/as demais profissionais, considerando a multidisciplinaridade das equipes no cotidiano de trabalho. Assim, a educação permanente “pressupõe a aprendizagem no próprio local de trabalho, a troca de saberes, o trabalho coletivo, o respeito pelas diferenças e a efetivação de mudanças” (FERNANDES, 2007, p. 208).

⁸ Segundo Ricardo Antunes (2005 apud FERNANDES, 2007, p. 209) refere-se que a nova pobreza é oriunda das alterações do mundo do trabalho, a qual é vivenciada por uma parte significativa da população vitimizadas por processos sociais, econômicos e políticos excludentes.

A discussão de educação permanente pressupõe a transformação dos espaços sócio-ocupacionais em locais de desenvolvimento através da interlocução de saberes, onde o processo de trabalho possa ser objeto de análise e de problematização. Ainda, deve-se considerar que é o processo de trabalho que pode indicar quais saberes são necessários para qualificação dos atendimentos e serviços prestados aos usuários de nossos serviços (FERNANDES, 2007, p. 213).

Diante disto, Fernandes (2007), indica que a educação permanente torna-se uma estratégia de intervenção comprometida com ações que possam modificar a lógica excludente, na qual a questão social e suas expressões estão impostas na realidade. Logo, no espaço do cotidiano do trabalho encontram-se as condições propícias para o desenvolvimento da educação permanente, essa que tem como essência a construção e troca de conhecimentos e, ainda, a aquisição de novas habilidades.

Direcionando a questão da educação permanente na saúde, Ceccim (apud SARRETA, 2009) afirmar que a educação permanente ganhou estatuto de Política Pública na saúde pelo amadurecimento dos debates da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), no Brasil no ano de 2003, visando desenvolver os sistemas de saúde na região. Com isso a autora destaca que “os serviços são organizações complexas e que somente a aprendizagem significativa será capaz de adesão dos trabalhadores de mudanças no cotidiano” (CECCIM, 2005 apud SARRETA, 2009, p.24). Apontando nesse sentido o desafio de incorporar processos de educação permanente em saúde nos cotidiano de trabalho. A autora ainda destaca a capacidade estimular a reflexão no mundo do trabalho e contribuir para a melhoria na qualidade da assistência, incorporando nos/as profissionais e/ou equipes os princípios e valores do SUS, como indica a autora, “da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde” (SARRETA, 2009, p. 24).

4.1 Hospital Ivan Goulart

No site da instituição constam algumas informações referentes ao histórico de criação do Hospital Ivan Goulart, objetivos e valores da instituição, serviços e especialidades disponíveis. Também esta disponível nesse site o “Regulamento do

Hospital Ivan Goulart” que trata de disposições gerais e, também, de questões que competem a cada serviço, a exemplo do item que aborda sobre as competências e atribuições do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional. As informações a seguir foram retiradas do site da instituição a fim de apresentá-las brevemente nesse estudo.

Retomando historicamente a Fundação Ivan Goulart, de São Borja, deve a sua criação à Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência (LBA), na época presidida pela, então Primeira Dama do Estado, Neuzi Goulart Brizola. Teve sua fundação no dia 28 de agosto de 1960, para criar e administrar o Hospital Ivan Goulart, que há mais de 5 décadas presta importantes serviços na área da saúde à comunidade de São Borja e região. O hospital foi criado dois anos após a criação Fundação Ivan Goulart, no dia 21 de novembro de 1962 e batizado com o nome do irmão de dona Neusa, Ivan. O Hospital Ivan Goulart é uma instituição beneficente sem fins lucrativos de direito privado e interesse público. (HOSPITAL IVAN GOULART).

O Hospital está localizado no centro de São Borja, na Rua Presidente Vargas, nº 1440, facilitando o acesso aos serviços e a diversos pontos de São Borja. O Hospital Ivan Goulart atende a demanda da cidade (IBGE 2014, 63.089 habitantes), além dos municípios vizinhos como: Itaqui, Maçambará, Itacurubi, Santo Antônio das Missões, Garruchos, Unistalda e Santo Tomé, na Argentina. Para atender essas demandas o hospital conta com cerca de 300 trabalhadores que atuam nas mais diversas áreas, sendo elas: enfermagem, internação, recepção, lavanderia, nutrição e dietética, manutenção, farmácia, hotelaria, higienização, comissão de controle de infecção hospitalar, serviço especializado em engenharia de segurança e em medicina do trabalho e área administrativa.

A estrutura do hospital, que possui 97 leitos distribuídos em nove unidades de internação entre: clínicas, cirúrgicas, plásticas, obstétricas, infantis, para tratamento de dependência química⁹ e tratamento do de câncer, CTI e pronto-socorro. As seguintes especialidades e serviços disponíveis no hospital: Ala Psiquiátrica, para tratamento de dependência química e agravos em saúde mental; Centro Cirúrgico/Centro Obstétrico; Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), que conta

⁹ Quanto ao termo dependência química, dado avanço intelectual quanto a superação do seu uso e o posicionamento das categorias profissionais quanto ao seu sentido, nesse momento optou-se por utilizá-lo considerando a fidedignidade das informações presentes no site.

com ressonância magnética, mamografia, ecografia vascular, radiografia e ultrassonografia; Centro de Endoscopia (ENDO), endoscopia e colonostopia; Centro Obstétrico; Centro de Oncologia (ONCO), com tratamentos oncológicos e quimioterapia; Centro de Terapia Intensiva (CTI), de nível 2 de baixa e média complexidade; Serviço Social e Serviço de Psicologia.

O Hospital Ivan Goulart tem como missão “Promover a Saúde com eficiência e primor através de profissionais qualificados e recursos tecnológicos modernos, no âmbito local e regional atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais de nossos clientes” (HOSPITAL IVAN GOULART). Enquanto visão da instituição “Ser reconhecida como Centro de Referência da Saúde na Região” (HOSPITAL IVAN GOULART). Dentre os valores e princípios do hospital está: o atendimento ao cliente com cortesia, presteza e eficiência; aliar a competência técnica à segurança no atendimento ao cliente; agir com profissionalismo, mantendo a postura adequada primando pela ética; investir na educação continuada¹⁰ dos trabalhadores, buscando constante desenvolvimento pessoal e profissional e, a humanização sendo fonte inspiradora de todos os cuidados e cuidadores (HOSPITAL IVAN GOULART).

Dos projetos, o Hospital Ivan Goulart mantém o Grupo de Trabalho da Humanização, que realiza projetos e ações visando promover a humanização da assistência à saúde. Nesse sentido, criou-se o SAC que acolhe os anseios dos clientes; o Cartão do Papai; o Projeto de Vacinação, no qual os recém nascidos já saem do hospital com as primeiras doses das vacinas BCG e Hepatite B; e o Projeto Visitar, que dá suporte ao paciente e seus familiares no pós-alta, acompanhando e orientando nos cuidados necessários.

Cabe trazer que no Regulamento do Hospital Ivan Goulart, subseção IX Serviço Social presente na seção VIII dos Serviços Administrativos, conforme o Art. 61^o, ao Serviço Social, subordinado diretamente ao Diretor Administrativo e dirigido pelo/a Assistente Social devidamente habilitado compete:

- I. Organizar o serviço e colocá-lo à disposição dos profissionais, colaboradores, pacientes e comunidade;

¹⁰ No regulamento do Hospital Ivan Goulart, consta o compromisso da instituição na capacitação dos/as trabalhadores/as, mas cabe problematizar que o termo utilizado remete ao processo de educação continuada, como um processo racional e individualizado, não menos importante, como indica Fernandes (2007) comparada com a educação permanente, que ocorre dentro do espaço sócio-ocupacional.

- II. Entrevistar os pacientes que procurem o hospital e que padecem de qualquer tipo de carência, para facilitar o acesso e a consecução de serviços do mesmo;
- III. Visitar os pacientes internados, colocando-se a serviço dos mesmos, para suprir suas carências e contornar seus problemas;
- IV. Interagir intensamente com as instituições de saúde locais, para facilitar a assistência hospitalar às pessoas da comunidade;
- V. Manter constante relacionamento com as instituições sociais locais, para que seu trabalho seja mais amplo, facilitado e diversificado;
- VI. Elaborar e colocar em prática um Regimento e Manuais específicos para o setor;
- VII. Acompanhar os colaboradores do hospital na solução dos problemas que enfrentam;
- VIII. Visitar sempre que necessário os convênios de assistência médica do hospital, para diminuir dúvidas, auscultar o nível de satisfação dos usuários e propor sugestões para que os serviços prestados sejam sempre mais aperfeiçoados;
- IX. Ministrar aos colaboradores e familiares todo tipo de informação sobre o acesso aos serviços de saúde locais;
- X. Promover campanhas em benefício dos colaboradores mais necessitados, para que possam dispor dos meios indispensáveis à sua realização;
- XI. Envidar esforços para que todos os que trabalham no hospital usufruam de uma qualidade devida compatível com o trabalho que desenvolvam;
- XII. Elaborar relatório anual das atividades sociais desenvolvidas (REGULAMENTO HOSPITAL IVAN GOULART, s.a, s.p).

Com base nos documentos elaborados nos períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II foi possível identificar que no Hospital Ivan Goulart o Serviço Social foi criado na instituição do ano de 2004 pela assistente social Marlei Aparecida Maffra. Visava proporcionar melhorias na qualidade de vida dos/as trabalhadores/as, usuários/as e seus familiares. Através de uma intervenção investigativa e de análise da realidade social. E ainda, na execução e avaliação de serviços e programas direcionados a defesa dos direitos humanos e para o bem-estar coletivo, assim como, para integração do indivíduo na sociedade, fazendo isso por meio das políticas públicas e sociais.

O Hospital Ivan Goulart atualmente conta com 3 assistentes sociais, sendo a terceira profissional contratada no ano de 2016 para execução das ações do Projeto Visitar¹¹. Assim, as outras duas assistentes sociais intervêm com as demandas que chegam ao setor pelas unidades do hospital ou usuários/as e familiares que buscam o Serviço Social. As profissionais que já atuavam na instituição organizam-se em turnos, a assistente social do turno da manhã atende as demandas mais

¹¹ Projeto Visitar do Hospital Ivan Goulart proporciona aos usuários/as e familiares acompanhamento domiciliar após o período de internação, sendo que este no período de estágio era desenvolvido exclusivamente pelas profissionais do Serviço Social. Atualmente o Projeto Visitar conta com mais profissionais, sendo eles enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem, educadora física, assistente social.

generalistas e, a profissional da tarde, que também atende essas demandas, intervém ainda com o atendimento aos/as usuários/as da Ala Recomeçar e seus familiares, isso devido ao vínculo construído no período em que esses atendimentos eram de sua responsabilidade.

Assim, após a apresentação das profissionais da instituição vale trazer que o vínculo no período de estágio, enquanto supervisora de campo se deu com a profissional do turno da tarde e com isso a aproximação com a temática de saúde mental. Logo, com as experiências desse processo surgiu a proposta do projeto de intervenção com os/as profissionais da Ala Recomeçar.

4.2 Educação Permanente e o diálogo sobre saúde mental com os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar

O projeto de intervenção, elemento essencial durante a formação profissional na graduação do curso de Serviço Social vem como proposta de ação dentro de um espaço sócio-ocupacional, com a leitura da realidade a partir de um contexto de inúmeras manifestações de expressões da questão social, sejam elas: políticas, sociais, econômicas ou culturais. O projeto de intervenção, para o docente/supervisor acadêmico, supervisor de campo e o discente, caracteriza em linhas gerais o fazer profissional. O projeto de intervenção deve, primeiramente, estar comprometido com o projeto ético-político profissional, assim como com as demais dimensões categoria profissional.

O projeto de intervenção é um importante instrumento da profissão que permite o diálogo/negociação de ações dentro do espaço sócio-ocupacional. Nesse sentido, o projeto de intervenção remete a ideia de pesquisa-ação, visto que ele tem por base a relação dialética entre pesquisa e ação, que por sua vez, deve supor a transformação da realidade. O discente, supervisionado na instituição pelo/a assistente social do campo, ao pesquisar a prática do Serviço Social produz novos conhecimentos e ao materializá-los apropria-se da prática. E, além disso, re-significa a prática profissional, visto que assume novos compromissos – de caráter crítico – com a realidade que intervém e para isso o discente deve ter conhecimento das demandas e, também, das possíveis ações de intervenção a serem propostas.

O projeto de intervenção é necessário explicitar o instrumento técnico-operativo que será utilizado, lembrando que para execução do projeto é necessário que o mesmo possua passos e um eixo contínuo. Os elementos que constituem a estrutura do projeto de intervenção são os seguintes: dados de identificação, composto pelo nome do projeto de identificação da instituição e, também, da tríade envolvida no processo, vale destacar que a tríade nesse processo:

[...] busca legitimar a interação entre os sujeitos assistentes sociais de campo, alunos estagiários e supervisor acadêmico, intrinsecamente envolvidos num processo coletivo e interdisciplinar que compõem, assim, uma tríade representativa do universo da instituição à qual pertencem. Nessa ótica, a supervisão caracteriza-se como espaço, por excelência, de intermediação entre os centros de formação e as organizações que oferecem campos de aprendizagem, intrinsecamente envolvida como elemento constitutivo e constituinte desse processo (LEWGOY, 2008, p.8).

Prosseguindo com a estrutura do projeto, temos ainda: introdução, elemento que apresenta os elementos constitutivos do documento; apresentação da instituição e do Serviço Social, nesse elemento abordar-se-á sobre as características da instituição e as demandas institucionais e, ainda, quanto à atuação do Serviço nesse contexto e as demandas da profissão dentro da instituição, visando identificar as expressões da questão social, apresentando o objeto de intervenção no profissional no campo; a justificativa, que visa demonstrar a relevância da execução do projeto de intervenção considerando os aspectos sociais, acadêmicos e profissionais; objetivo geral e específicos, para o primeiro faz-se necessário buscar responder uma questão de maior abrangência – O que? Para quê? –, e o outro que orientara os operacionais – o que se operacionalizará com a intervenção; dentre outros elementos que constituem o projeto de intervenção e que no decorrer desse trabalho já foram e/ou serão abordados, e ainda outros que não serão apresentados por não acrescentarem na reflexão crítica da proposta.

Diante do que já foi explorado no início deste capítulo, vale retomar alguns elementos dos documentos elaborado nos períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II. Dito isto, apresentar às demandas do Serviço Social na instituição, sendo assim, o/a profissional vem atuando junto ao acolhimento e internação de usuários/as, e ainda, no encaminhamentos e transferências para outros hospitais e centros especializados e, também, o acolhimento e

acompanhamento dos/as usuários/as e seus familiares durante a o tratamento e/ou internação.

As demandas atendidas pelo Serviço Social são as expressões da questão social, objeto profissional, com isso Teles (1996), afirma que:

[...] a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação (TELES, 1996, p.85).

Assim, as demandas dos/as usuários/as são reflexos da atual conjuntura, que caracterizada pela exploração tem rebatimentos diretos nos processos de adoecimento dos sujeitos. Ou também, através dos processos sociais, no qual o contexto de vida dos sujeitos possa, através da saúde e na ausência dela, expressar as condições precárias de habitação, saneamento, trabalho, etc. Assim, a questão social para lamamoto (2000)

É ela em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, as situações de violência contra a mulher, a luta pela terra etc. Essas expressões da questão social são a matéria prima ou objeto do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2000, p.62).

Para lamamoto (2000) a questão social enquanto objeto de trabalho do/a assistente social, diante disso, o adoecimento dos/as usuários enquanto expressão da questão social e a atuação profissional observada durante o período de estágio I e II foi possível identificar que a maior parte dos atendimentos/acolhimentos estão relacionados à saúde mental (visto as fichas de atendimento diária preenchidas pela profissional do campo para controle e monitoramento), exige dos/as profissionais envolvidos compreender que processos envolvem esse adoecimento, que podem estar relacionados à violência intrafamiliar, desemprego, negligência e abandono, etc.

Segundo lamamoto (1997), as expressões de desigualdade e resistência, advindas do sistema de produção vigente, possui inúmeras manifestações, sejam elas pelo não acesso ao emprego ou ainda pela perversidade do sistema que

facilmente as substitui e, ainda o não acesso aos outros direitos. Assim, o/a assistente social e a questão social e suas expressões na vida dos sujeitos:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade também é rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e resistência que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto de trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, p.14).

A partir da clareza para os/as assistente sociais da questão social e sua relação com as demandas atendidas na instituição, diante de um processo histórico e contraditório e com a aproximação da temática de saúde mental no período de estágio supervisionado em Serviço Social I, propôs-se trabalhar junto aos/as profissionais da Ala Recomeçar, compreendo que os/as mesmos/as estarem em uma equipe multiprofissional. Assim, buscou-se recuperar com os/as profissionais o entendimento de saúde mental, visto que os resultados posteriores ao projeto também seriam vivenciados pelos usuários/as de saúde mental do hospital.

Partindo que ainda hoje se atribui a saúde mental o senso de presença de transtorno e/ou doença mental, visou-se ampliar esse sentido relacionando-o as condições que levam ao adoecimento mental, no qual todos podem estar adoecidos mentalmente devido à lógica atual produtivista e de padrões. Assim, também é necessário reconstruir o entendimento sobre saúde mental com os/as usuários/as, porém antecede que os/as profissionais tenham clareza que saúde mental também é qualidade de vida, acesso a direitos, a igualdade e liberdade, modificando os paradigmas da loucura historicamente construídos. Para tal, a proposta de espaços de diálogo com os/as trabalhadores/as do Hospital Ivan Goulart, da Ala Recomeçar e, assim, construir coletivamente com a equipe um novo sentido para saúde mental, visando melhorar a qualidade do atendimento/tratamento/acolhimento prestado pelos/as profissionais e, também para que os mesmos possam identificar o adoecimento da equipe e que se possam propor ações de fortalecimento do coletivo.

Sendo assim, o compromisso do Serviço Social em atender as demandas da classe trabalhadora na emancipação e acesso aos direitos também passa pelos/as

profissionais que atuam na saúde, diante disso o projeto de intervenção propõe intervir e inferir sobre o entendimento de saúde mental e gerar mudanças no espaço no qual os/as profissionais atuam, como também, melhorar o atendimento aos/as usuários/as e familiares de forma humanizada.

Quanto aos objetivos do projeto, enquanto objetivo geral a proposta estava em “propor ações, a partir do que foi observado e vivenciado durante o Estágio Supervisionado em Serviço Social I, sobre saúde mental, juntos aos/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, sobre o entendimento de saúde mental”. Já os objetivos específicos, a seguir enumerados: 1. Problematizar, juntos aos/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, o senso historicamente construído sobre o termo saúde mental (retomando a Reforma Sanitária e Psiquiátrica); 2. Inferir com os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar sobre o conhecimento das legislações da política de saúde mental, debatendo sobre os avanços e possibilidades na intervenção dentro do espaço sócio-ocupacional e, 3. Identificar ações que possibilitem aos/as trabalhadores/as envolvidos no atendimento/acolhimento de usuários/as de saúde mental, estratégias para a promoção de saúde para os/as trabalhadores/as desse espaço sócio-ocupacional.

Quanto ao referencial teórico, optou-se em não apresentá-lo nesse capítulo/subitem, visto que o mesmo já foi abordado no capítulo que trata sobre a reforma psiquiátrica deste trabalho. Logo, vale apresentar a metodologia aplicada para o projeto de intervenção juntos aos/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar. Assim, para a análise da realidade utilizou-se o método dialético crítico, visto que o mesmo permite uma proposição crítica com base nos processos históricos, da contradição e na totalidade das relações entre os sujeitos. Quanto às categorias constitutivas do projeto de intervenção, foi utilizado as categorias: saúde mental, trabalho, educação permanente. Com base nelas trabalhou-se como os/as profissionais as compreendem, enquanto classe trabalhadora, o entendimento sobre saúde mental. Para Iamamoto (2000), as categorias reconstituem o objeto de intervenção, como indica a autora “detectar as dimensões da universalidade, particularidade e singularidade na análise dos fenômenos presentes no contexto da prática profissional” (IAMAMOTO, 2000, p.191).

Para a execução do projeto de intervenção elaborou-se ações na qual os/as profissionais abordassem o tema da saúde mental. Sendo o público central do

projeto os/as profissionais da Ala Recomeçar (técnicos/a de enfermagem, enfermeiro, médica psiquiatra, médico clínico geral, psicóloga e assistente social). E com os indicadores o monitoramento quanto à execução dos grupos e a participação dos/as profissionais com nas ações propostas. Vale citar nesse sentido que o projeto foi dividido em 3 (três) encontros, com duração de 1 hora e 30 minutos à 2 horas. Tendo a participação de dois convidados, ambos professores da UNIPAMPA, sendo uma do Serviço Social e outro da Psicologia. Assim as ações, visavam instigar os profissionais para o debate, retomando a construção dos mesmos quanto ao entendimento de saúde mental, considerando que os/as profissionais são seres históricos e inseridos em um contexto social e cultural, nesse momento o professor e profissional da Psicologia contribuíra para o debate e trocas.

No segundo momento, o diálogo junto com os/as trabalhadores/as os conhecimentos sobre as legislações de saúde mental, sendo esse aplicado pela estagiária. E no terceiro momento, mais uma vez com a participação de uma professora do Serviço Social, problematizou-se a partir de estudo de caso, a necessidade da equipe atuar de forma mais orgânica, como uma rede, no qual todos os profissionais saibam o contexto e a realidade histórica e social dos/as usuários/as, com isso, debater com a equipe a capacidade das reuniões para o fortalecimento multiprofissional, podendo ser um resultado permanente após o término do projeto de intervenção, reforçando nesse sentido a importância da educação permanente.

Quanto aos recursos físicos e humanos, para o primeiro a hospital disponibilizou a associação para execução dos momentos com os/as profissionais e também os dispositivos para apresentação de slides e vídeos, além do coffeek. Já os recursos humanos, quanto aos profissionais da instituição foi realizada convocação, realizada pela enfermeira responsável pelo setor de educação permanente, sendo inclusive uma orientação dela. E aos professores da UNIPAMPA foi feito convite. Os demais gastos para execução do projeto foram de responsabilidade da estagiária. Assim como, o controle da execução do cronograma físico para execução do projeto, que se dará a partir de março de 2015 a julho do mesmo ano, com o início dos encontros no mês de maio.

Apresentado o projeto de intervenção e alguns de seus principais elementos, os quais interessam a análise e proposta de trabalho de conclusão de curso, no subitem a seguir tratar-se-á quanto aos resultados das ações que foram realizadas

no período de estágio, demonstrando as potencialidades e desafios apreendidos durante o processo de educação permanente junto aos/as profissionais da equipe multiprofissional da Ala Recomeçar, sintetizadas no relatório final de estágio e, a seguir apresentadas.

4.3 Educação Permanente: vivências e reflexões

Considerando a proposta deste trabalho de conclusão de curso, vale recordar alguns elementos documentais que os constituem para compreensão do processo e proposta análise e reflexão quanto a educação permanente, dado o espaço sócio-ocupacional e com recorte na saúde mental. Sendo assim, projeto de intervenção que foi nomeado como “Os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart e a discussão sobre saúde mental”, teve sua síntese elaborada em quadros de apresentação, porém para o trabalho de conclusão de curso optou-se pela apresentação em texto. Quanto ao monitoramento e avaliação¹², os resultados do processo apresentados a seguir – avaliação de eficiência: ações previstas, executadas e considerações; avaliação de eficácia: apresentação do objetivo geral, específicos e considerações e, ainda, a avaliação de eficácia quanto as metas previstas e alcançadas e, as considerações. Por fim a avaliação quanto a efetividade, sendo apresentada a situação anterior ao projeto, situação após o desenvolvimento e os impactos das ações. Com base nessas informações, de forma sucinta apresentar-se-á esses itens na sequência.

Quanto à avaliação de eficiência, considerando as ações previstas. Ação 1 (um), convite aos profissional do Serviço Social e/ou Psicologia para contribuir nesse primeiro diálogo sobre a construção histórica e social do termo saúde mental. Foi feito o convite ao profissional da Psicologia para o encontro com os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar, nesse momento a participação de 4 profissionais que apresentaram no diálogo a necessidade de ações (educação permanente) com a equipe.

Ação 2 (dois), inferiu-se, a partir das legislações se os/as profissionais que atendem/acolhem usuários/as de saúde mental possuem conhecimentos sobre as normativas, através de estudo com a equipe multiprofissional da Ala Recomeçar,

¹² Utilizou-se para monitoramento e avaliação dos resultados do projeto de intervenção Nogueira (2002), que em seu artigo introduz conceitos básicos quanto ao processo de monitoramento e avaliação de projetos e programas.

nesse encontro foi feito diálogo com os/as profissionais sobre o conhecimento das legislações e normativas existentes, não foi possível a participação de nenhum convidado, sendo assim, a aplicação da ação foi realizada pela estagiária. Logo, enquanto considerações pertinentes dessa intervenção destaca-se que os/as profissionais, exceto os/as profissionais de nível superior e um técnico de enfermagem tiveram cadeira específica de saúde mental, os/a demais técnicos/a de enfermagem só tiveram contato com a temática de saúde mental quando ingressaram no setor. Desse encontro os/as trabalhadores/as propuseram que fossem realizadas ações direcionadas aos cuidados em saúde mental (destacaram que a educação permanente no hospital é voltada aos cuidados clínicos e físicos).

Ação 3 (três), com a participação de uma profissional do Serviço Social, discutiu-se com a equipe um estudo de caso e no segundo momento aplicou-se uma dinâmica. Com a aplicação da dinâmica “caixa de ferramentas”, os/as profissionais indicaram quais “ferramentas” utilizam no cotidiano do trabalho, uma que precisaria desenvolver e outra que pela equipe poderia ser desenvolvida. Dessa ação, demonstrou-se a necessidade de escuta para com esses profissionais, de momentos de diálogo e construção em equipe, visto que das ações propostas para esse encontro não conseguiu-se desenvolver todas diante das inquietações que os/as trabalhadores/as trouxeram. Assim, fica evidente que os/as profissionais necessitam de grupos para debate, diálogo e fortalecimento profissional e pessoal.

Na avaliação de eficácia, apresentado o objetivo geral de “propor ações, a partir do que foi observado e vivenciado durante o estágio I, sobre saúde mental junto aos/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart sobre o entendimento e propostas de intervenção em saúde mental” e, ainda quantos aos objetivos específicos, vale destacar as considerações de cada um deles. Sendo assim, para os objetivos específicos: 1. Problematizar, juntos aos/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, o senso historicamente construído sobre o termo saúde mental, considerando a ação que compete a esse objetivo, destaca-se que o grupo definiu a forma como se estabeleceria o diálogo, na ação que corresponde a esse objetivo específicas diversas outras demandas perpassaram o diálogo, sendo a principal delas o adoecimento da equipe multiprofissional que atua no setor. 2. Inferir com os/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar sobre as legislações da política de saúde mental os avanços e possibilidades na intervenção dentro do espaço sócio-ocupacional, considerando a

fala dos/as trabalhadores/as fica evidente que os mesmos identificam a falta de educação permanente direcionada aos cuidados em saúde mental. 3. Identificar ações que possibilitem aos/as trabalhadores/as envolvidos no atendimento/acolhimento de usuários/as de saúde mental, estratégias no espaço sócio-ocupacional que possibilitem a promoção em saúde dos/as profissionais, na fala dos/as participantes indicou-se que uma possível ação para promoção de saúde da equipe seria a realização de grupos terapêuticos, além de acompanhamento dos/as trabalhadores/as por profissionais da Psicologia, entre outras mudanças necessárias na infraestrutura do setor que até o momento não possui posto de enfermagem, sendo compartilhado o espaço da unidade III.

Ainda quanto à eficácia, mas aqui relacionada às metas, quanto ao objetivo específico 1 (um), a meta em sua totalidade não foi alcançada devido a ausência de alguns profissionais no encontro, considerando assim, que anterior a aplicação do projeto e enquanto encaminhamento apontou-se a necessidade de espaços de educação permanente em saúde mental, onde todos/as os/as profissionais do hospital fossem convocados a participar. Quanto ao objetivo específico 2 (dois), identificou-se que os/as profissionais possuem conhecimento sobre as legislações e normativas de saúde mental, mas vale destacar que muitos tiveram em contato somente na prática, adquirindo esse conhecimento no cotidiano de trabalho, considerando esse resultado, mais uma vez vale pontuar a participação dos/as demais profissionais do hospital, assim como, o diálogo com a rede de saúde e saúde mental do município. E, quanto ao objetivo específico 3 (três), a meta não foi alcançada em sua totalidade, mas vale considerar a necessidade da equipes ter momentos de diálogos (sejam reuniões ou espaços de formação, ou ainda, de escuta), assim, como no primeiro encontro foi destacado a necessidade de escuta para esses/as profissionais, considerando que após a aplicação de dois momentos a equipe passou a realizar algumas reuniões para diálogo multidisciplinar e multiprofissional.

Concluindo esse item, vale demonstrar a situação anterior ao projeto, na qual durante o estágio I percebeu-se que existia um estigma associado ao trabalho dos/as profissionais da Ala Recomeçar, assim como para com os/as usuários/as de saúde mental. Quando havia a necessidade de profissionais de outro setor auxiliarem em alguma demanda e/ou cobrirem a ausência de algum/a profissional do setor havia grande resistência em substituir esse/a profissional, a isso foi atribuído a

possibilidade de pouco conhecimento quanto aos cuidados em saúde mental, valendo nesse momento destacar a importância de educação permanente na temática de saúde mental para todos/as os/as profissionais do hospital. Após o desenvolvimento do projeto, os/as profissionais que participaram dos encontros (técnicos/a de enfermagem, enfermeiro, médica psiquiatra e assistente social), destacaram a necessidade ampliar esses espaços de formação e trocas. Enquanto proposta dos/as profissionais para execução após o término do projeto, a realização de grupos mensais ou quinzenais, com convites as estagiárias que direcionaram os projetos de intervenção a temática de saúde mental, assim, enquanto impactos das ações do projeto, o diálogo sobre saúde mental inquietou os/as profissionais de saúde mental para a ampliação de espaços de educação permanente e ainda, para grupos de diálogo sobre os casos e demandas do setor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a temática do presente trabalho de conclusão de curso e os elementos que constituem o mesmo, o resgate histórico da constituição da política de saúde é essencial para compreendermos os avanços e desafios da implementação dos princípios da reforma sanitária e reforma psiquiátrica no país, bem como as leis e normativas criadas após esse processo. Para tanto, o capítulo dois debruçou-se sobre elementos históricos para contribuir na reflexão sobre o atual momento de saúde do Sistema Único de Saúde, bem como das contrarreformas do Estado no desmonte das políticas dos direitos sociais.

Quanto ao capítulo três apresenta o/a assistente social na saúde, compreender a atuação desse profissional nessa política e, ainda, que o mesmo compõe juntos com os/as demais trabalhadores/as as equipes multiprofissionais. Quanto, ao recorte a saúde mental e o atuação do/a assistente social em instituições criadas após a reforma psiquiátrica é essencial, visto o debate da categoria referente a temática.

E ainda, o capítulo quatro problematiza o projeto de intervenção e os resultados dos mesmos junto aos/as trabalhadores/as da Ala Recomeçar na perspectiva da educação permanente em saúde. O presente capítulo, diante da análise de seus resultados sobre a importância de espaços de formação, não somente no recorte de saúde mental, mas no sentido de ampliar educação permanente de profissionais da saúde, a fim de atuar na perspectiva da integralidade do sujeito.

Vale considerar que o presente trabalho é a síntese do processo de estágio e da atuação nesse campo, a partir do estágio supervisionado em Serviço Social I e II. Ao que orienta os documentos da categoria, vale destacar o documento do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, de 2010, sobre os “Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde”, que dividido em eixos apresenta as possibilidades de atuação desse profissional na política de saúde, sendo eles: atendimento direto aos usuários; ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e, ainda, na assessoria, qualificação e formação profissional. Dito isso, vale considerar os demais documentos profissionais orientam a prática profissional comprometida com os direitos dos/as usuários/as.

Sendo assim, o/a profissional deve ter clareza quanto à lei que regulamenta a profissão, quanto ao código de ética, articulando as orientações da categoria com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como, das propostas da reforma sanitária e psiquiátrica.

Diante disso, como os/as assistentes sociais compõe as equipes de saúde, juntamente com os demais profissionais da área devem, nos espaços de educação permanente, orientados pela Portaria nº 1.996/2007 e nas normativas da Lei 8.080/1990, bem como das demais leis posteriores, direcionar a prática e esses espaços de educação permanente ao entendimento da integralidade dos usuários/as. Porém, mesmo que os/as profissionais compreendam essa necessidade, cabe aos gestores ampliar os espaços de educação permanente, superando as que limitam-se aos fatores físicos e/ou biológicos. Faz-se necessário que esses espaços estimulem o cuidado integral, que corresponda às necessidades de saúde dos/as usuários/as nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Aproximando as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde a realidade dos sujeitos, para isso os/as profissionais devem direcionar a sua prática pela clínica ampliada, essa que propõe esse novo modelo de atendimento e gestão, na qual a percepção dos/as profissionais deve estar para além do diagnóstico, mas que incorpore as singularidades sobre os seres humanos. Assim, a compreensão do sujeito, em sua amplitude.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: **Saúde em Debate**. 45: 43-46, dez. 1994.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Aristides Saboia de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; FLORES, Ana Zaiz Teixeira, et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. In: **Texto contexto - enferm**. vol.20 no.3 Florianópolis Jult/Sept. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010. Acessado: 22/12/2016.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Ed. FTD 2. ed - São Paulo. 1997.

BARBOSA, Thaís Karina Bezerra de Melo. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Macéio, 2006.

BERLINGUER, Giovanni; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática** / José Augusto Bisneto. -3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. (1953). **Lei n. 1.920**. Cria o Ministério da Saúde e da outras providências. Brasília, DF, 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm> Acesso em: 23 nov. 2016.

_____. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp> Acesso em: 15 set. 2016.

_____. (1989). **Projeto de Lei nº 3.657**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF, 1989. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2000>> . Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. (1990). **Lei n. 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. (1990). **Lei n. 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (1992). **Portaria n. 224**. O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPES, no uso das atribuições do Decreto nº 99.244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/01), A coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas. Brasília, DF, 1992. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (1994). **Decreto n. 1.232**. Regulamente o repasse fundo a fundo. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Brasília, DF, 1994. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (1995). **Decreto n. 1.651**. Regulamente o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1995. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1652.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2000). **Portaria n. 106**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF, 2000. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2001). **Lei n. 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2002). **Portaria n. 336**. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, DF, 2002. Disponível em <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2002). **Portaria n. 189**. Considerando a Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental, resolve. Brasília, DF, 2002. Disponível em <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2002). **Portaria n. 251**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.. Brasília, DF, 2002. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2003). **Lei n. 10.708**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mental egressos de internações.. Brasília, DF, 2003. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2004). **Portaria n. 52**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/Portaria-GM-MS-52-2004>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2004). **Portaria n. 442**. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/PortSAS442_ago04.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2005). Secretária 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**. Brasília, nov. 2005. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. (2005). **Portaria n. 396**. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em <https://docs.google.com/document/d/1A5KqG6XL8-4Nhxz1MK2mh8NL01tNv-iGatrZYmUtKJ4/edit?hl=en_US>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2005). **Portaria n. 384**. Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2005. Disponível em <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2638/legislacao>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2006). **Portaria n. 1.097**. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7490>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2007). **Portaria n. 1.996**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-\[2968-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-[2968-120110-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2007). **Portaria n. 204**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007. Disponível em

<http://www.famurs.com.br/arq_upload/20141107174910_Portaria%20GM%20n%C2%BA%20204,%20de%2029%20de%20janeiro%20de%202007.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2008). **Portaria n. 3.176**. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Brasília, DF, 2008. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3176_24_12_2008_comp.html>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2008). **Portaria n. 154**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2008. Disponível em <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/66/MPS/2008/154.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da saúde. – Brasília: Ministério da saúde, 2009.

_____. (2009). **Portaria n. 2.198**. Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados. Brasília, DF, 2009. Disponível em <www.brasilsus.com.br/images/portarias/outubro2016/dia26/portaria2198.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2009). **Portaria n. 1.190**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2016/dia26/portaria1190.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2009). **Portaria n. 837**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.. Brasília, DF, 2009. Disponível em <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141105154404portaria-n-837-2009-bloco-de-investimento-na-rede.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2010). **Portaria n. 4.279**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2010). **Decreto n. 7.179**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Decreto n. 7.508**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria GM n. 3.088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_legislacao_drogadicao/Federal_Drogadicao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 1.473**. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/236/portaria_1473_2011_0624_pdf_15711.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 3.090**. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

Disponível em <<http://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-ms-gm-3090-2011.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 2.648**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.. Brasília, DF, 2011. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2648-\[5168-130112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2648-[5168-130112-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 2.338**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.. Brasília, DF, 2011. Disponível em <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%202.338,%20de%2003out11.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 2.026**. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=10186&versao=integra>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 1.002**. A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições, Considerando a necessidade de reforçar a rede de atenção à Saúde Mental nas grandes cidades (incluindo regiões metropolitanas); Considerando a necessidade de consolidar, no âmbito de Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002 e as diretrizes emanadas da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos transtornos mentais e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF, 2011. Disponível em <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/111497-1002.html>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

_____. (2011). **Portaria n. 3.089**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).. Brasília, DF, 2011. Disponível em <<http://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-ms-gm-3089-2011.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 1.615**. Altera a Portaria nº 148/GM/MS. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mentalsaude/PORTARIAN_1615de26_07_12alteraPT148.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 349**. Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-349-29-FEVEREIRO-2012.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 148**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 857**. Incentivos Redes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-857-22-AGOSTO-2012.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 1.306**. Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3352>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 132**. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-132-2012>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 123**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília, DF, 2012. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_123_DE_25_JANEIRO_DE_2012.pdf. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 122**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.. Brasília, DF, 2012. Disponível em

<http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2014/09_setembro/PT_GM_N_1942_12.09.2014.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 3.124**. Redefine os parâmetros do NASF. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_3124_2012.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 131**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-131-2012>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 121**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-121-25--JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 2.841**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/LEGISLA%C3%87%C3%83O-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. (2012). **Portaria n. 130**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. [et al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. In: **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400007>. Acessado: 22/12/2016.

CAMPOS, Jeniffer Pinto. **Humanização do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas**. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. UNIPAMPA, 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

CFESS. (2010) **Parâmetros da atuação de assistentes sociais na saúde**. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2009.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. Educação permanente: um desafio para o Serviço Social in: **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v.6 n.1 p.207-218. jan/jun 2007.

FUZZETI, Maria Fiore; CAPOCCI, Pollyana Oliveira. As diferentes concepções de desinstitucionalização no Brasil. In: **Ver. Enferm UNISA**. 2003, 4:37-9.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado do doente mental na família. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.9 nº 2. Ribeirão Preto Mar./Apr. 2001.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. – Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

HOSPITAL IVAN GOULART. **Site Institucional.** Disponível em <<http://www.hospitalivangoulart.org.br/>> Acesso em 29 set. 2016.

_____. Regulamento Hospital Ivan Goulart. Disponível em <<http://www.hospitalivangoulart.org.br/regulamentohig/samples/magazine/index.htm>> Acesso em 20 set. 2016.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas.** Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3ª edição; São Paulo, Cortez, 2000.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2014.

LEMOS, Dariele. **Limites e possibilidades da intervenção do Assistente Social no contexto do hospitalar.** Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. UNIPAMPA. 2015.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: Desafios para Formação e Exercício Profissional.** Disponível em <<http://www.ufal.edu.br/noticias/2008/10/roda-de-conversa-acontece-nesta-quarta-29/estagio.pdf>>. Acesso em 05 nov. 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINELLI, Maria L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In: **Serviço Social & Sociedade.** Nº 107. jul/set. Cortez: São Paulo, 2011.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. **O trabalho do Assistente Social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe.** 2012. 126 f. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa. **Entre quatro paredes: desafios da atenção em saúde mental no hospital geral.** – Porto Alegre: UFRGS, 2013.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Avaliação e Monitoramento de Políticas e Programas Sociais – revendo conceitos básicos. In: **KATÁLYSIS** v.5 n.2 julh/dez. 2002 Florianópolis SC. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/download/6076/5641>>. Acesso: 22/12/2016.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchezine de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico prática**. 2. ed. Campinas: Papiros, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2008.

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

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. In: Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 5 set. 2016.

ROCHA, Tatiana Schloach. **A Saúde Mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense. 2012.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TELES, Vera da Silva. Questão Social: afinal do que se trata?. In: **Perspectiva**, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

TÜRCK, Maria da Graça M. Gomes. **Serviço social: metodologia da prática dialética**. Porto Alegre, Ed Gratrück, 2012.

UNIPAMPA. **Sistema de Bibliotecas. Manual para elaboração e normalização de trabalhos acadêmicos – conforme normas da ABNT**. Bagé: 2011. Disponível em: <<http://bibweb.unipampa.edu.br/>>. Acessado 10 nov. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos de luta empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. In: **Vivência**. nº 32, Natal. Ed. UFRN, 2007.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**./ Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.). – 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18 nº10. Rio de Janeiro, 2013.