

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

GLAUCIA HAHN TEN CATHEN

**OS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL
SOB A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL**

**SÃO BORJA
2019**

GLAUCIA HAHN TEN CATHEN

**OS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL
SOB A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL**

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 em Serviço Social.

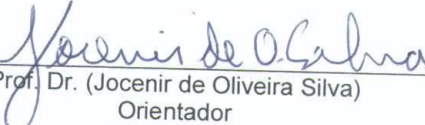
Orientador: Jocenir de Oliveira Silva

**OS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL
SOB A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL.**

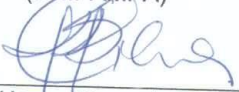
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social da Universidade
Federal do Pampa, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em Serviço
Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 02 de Julho de 2019

Banca examinadora:



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



Prof. Dr. (Jorge Alexandre da Silva)
(UNIPAMPA)



Me. (Lisiane Aparecida Pohlmann)

AGRADECIMENTO

Agradeço em um primeiro momento aos meus pais Merice Lourdes Hahn ten Cathen e Bernardo João ten Cathen, por me proporcionar toda base necessária para que chegasse a conclusão do curso, no qual a jornada não foi fácil, foram 4 anos de uma jornada que teve pedras e flores no caminho. Vocês foram e são minha base, agradeço por terem me criado de forma livre me fortalecendo enquanto pessoa. Agradeço também ao meu irmão Alexandre Hahn ten Cathen, sei o quanto deve ter sido difícil tua adolescência, já que tinha como responsabilidade tomar conta de mim, papel no qual você desenvolveu com maestria, gratidão por todos os momentos. Agradeço a minha cunhada Aline Schuster, você também faz parte da minha jornada acadêmica.

Agradeço a Marilize Hahn e Luiz Luft por terem me acolhido no lar de vocês, me tornando uma segunda filha, a minha tia Silvani Hahn Ehrhardt, na qual trouxe a minha vida a chama do Serviço Social. Ao meu primo Evandro Hahn Luft que sempre foi considerado mais que um primo, mas sim um irmão na minha vida, responsável por tornar a vida mais divertida, com você foram dois anos de maratona de American Horror Story, festas, choro, angústias da vida, entre outros fatores marcantes. Gratidão por ser esse cozinheiro de mão cheia. Agradeço aos meus avós Arthur Ignacio ten Cathen(in memoriam)e Leocádia Erena ten Cathen(in memoriam), Lucina Maria Hahn e Laurencio Hahn.

Não posso esquecer de agradecer meus amigos que são minha segunda família em São Borja. Primeiro as amizades que o curso proporcionou, Ana Carolina Rios, Aline Casarolli, Carol Campos, Maisa Nolibos e Ezequiel Belmonte, com vocês foram dias de lutas e glórias, ao longo desses anos nada separa nossa amizade. A Roberta Moreira, Lisiane Pohlmann, Karol Rodrigues, Raio de Sol (in memorian) que por três anos foram o meu grupo de saúde mental, onde tudo era contado e nada era julgado, vocês são exemplos de pessoas para mim e se cheguei aqui vocês tem grande participação. Aos meus amigos Natalia Araújo, Evandro Abreu, Eduardo Queiroz, Igor Richter, Patrícia Quinton e William Brown, que se tornaram família/bloco de carnaval e academia de Muay Thai, sawadee krap!

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) tem o intuito de fazer uma reflexão sobre a práxis profissional a partir do relato de experiência obtido nas disciplinas de estágio obrigatório I e II, realizados no hospital Ivan Goulart, mais precisamente dentro do Centro

Regional de Atenção Integral à Saúde Mental no município de São Borja/RS. Busca-se, através de pesquisas bibliográficas, quantitativas e qualitativas, relatar sobre a historicidade da saúde mental brasileira até os dias atuais. Esse trabalho tem como eixo principal observar os processos de humanização na atenção integral à saúde mental no sistema único de saúde brasileiro (SUS), sobre o olhar do Serviço Social, explanando também acerca do projeto de intervenção realizado de forma extensiva no Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental, na escola municipal Ubaldo Sorrilha da Costa, de forma que trabalhasse com o sentido de promoção e prevenção da Saúde, levando momentos de reflexão sem desfocar do fato de que a saúde mental está em fatores transversais, ou seja, que vão da condição de vida do sujeito ao modo de convivência dentro da comunidade.

Palavras-Chave: Humanização; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Hospital Ivan Goulart.

RESUMEN

El presente trabajo de conclusión de curso (TCC) tiene el propósito de hacer una reflexión sobre la praxis profesional a partir del relato de experiencia obtenido en las disciplinas de práctica obligatoria I y II, realizadas en el hospital Ivan Goulart, más precisamente dentro del Centro Regional de Atención Integral a la Salud Mental en el municipio de São Borja / RS. Se busca, a través de investigaciones bibliográficas, cuantitativas y cualitativas, relatar sobre la historicidad de la salud mental brasileña hasta los días actuales. Este trabajo tiene como eje principal observar los procesos de humanización en la atención integral a la salud mental en el sistema único de salud brasileño (SUS), sobre la mirada del Trabajo Social, explicando también sobre el proyecto de intervención realizado de forma extensiva en el Centro Regional de Atención En la escuela municipal Ubaldo Sorrilha da Costa, de forma que trabajara con el sentido de promoción y prevención de la Salud, llevando momentos de reflexión sin desenfocar del hecho de que la salud mental está en factores transversales, o sea, que van a ir de la condición de vida del sujeto al modo de convivencia dentro de la comunidad.

Palabras clave: Humanización; Salud mental; Sistema único de Salud; Red de Atención Psicosocial; Hospital Ivan Goulart.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Olho da Dialética Crítica	13
Figura 2 – Componentes da Portaria nº 3.088	33
Figura 3 – Organograma da Instituição	40
Figura 4 – Elaboração do Mapa da Saúde	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Princípios e Diretrizes do SUS	24
Tabela 2 – Princípios Norteadores do SUS	26
Tabela 3 – Objetivos, ações, metas e indicadores	55
Tabela 4 – Questionário do Projeto de Intervenção	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial de nível um

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial de nível dois

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial de nível três

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de nível três

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial infantil

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRAISM - Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

HIG - Hospital Ivan Goulart

LBA - Lei Brasileira de Assistência

MS - Ministério da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

SAE - Serviço de Atenção Especializada

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UNIPAMPA - Universidade Federal do Pampa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	SAÚDE MENTAL E SUA HISTÓRIA	17
2.1	Reforma Sanitária: Uma construção do Direito ao Acesso da Saúde.....	20
2.2	Sistema Único de Saúde e Plano Nacional de Humanização.....	23
2.2.1	Reforma Psiquiátrica.....	29
3	HISTÓRIA DO HOSPITAL IVAN GOULART E SUA ESTRUTURAÇÃO	39
3.1	Serviço Social no Hospital Ivan Goulart.....	42
4	O PROJETO DE INTERVENÇÃO RODAS DE AÇÃO E PREVENÇÃO: CONSTRUINDO SUBSÍDIOS PARA A PREVENÇÃO DO ADOECIMENTO MENTAL NO ÂMBITO ESCOLAR	46
4.1	Ação e Prevenção: A Busca de um Diálogo Humanizado na Escola que Promova Saúde e Previne o Adoecimento Mental.....	49
4.2	Avaliação e Monitoramento do Projeto de Intervenção Rodas de Ação e Prevenção	55
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS	63

1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) tem como eixo principal falar sobre os processos de humanização na atenção integral à saúde mental, na perspectiva do Serviço Social. Para isso, utilizando os processos vivenciados pela autora durante o estágio supervisionado em Serviço Social I e II, realizados no Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental (CRAISM) do Hospital Ivan Goulart (HIG), localizado no município de São Borja/RS.

No curso de Serviço Social permeia a preocupação de que todos os seres humanos terão garantia à liberdade. Sendo assim, associamos o Código de Ética Profissional do Assistente Social com pontos centrais que norteiam a reforma sanitária e psiquiátrica, ponderando também os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Obteve-se então a importância da compreensão de como o atendimento profissional do Assistente Social deve ocorrer nas instituições que trabalham com a política pública da saúde mental, para que ela aconteça de modo humanizado e ético.

Fez-se primaz entender como é realizado o atendimento profissional, partindo do ponto inicial da saúde na sua história e chegando até o século XXI, no trabalho profissional dentro do HIG. Esta breve contextualização na história da saúde também inclui os resultados de alterações legislativas a partir da Lei 8.080/1990, a fim de contextualizar a sua importância na garantia da saúde como direito a todos e relatar sobre a reforma sanitária brasileira e o acolhimento e a humanização no Sistema Único de Saúde. Pondera-se também a reforma psiquiátrica, caracterizando a rede de atenção psicossocial em Saúde Mental, expondo sua importância para a garantia de direitos a população usuária.

Para a realização deste trabalho de conclusão de curso, optou-se por seguir etapas tendo como pilar fundante o relato de experiência, construindo um problema, criando objetivos gerais e específicos e, enfim, delimitando os quatro capítulos do seguinte trabalho: primeiramente a introdução, logo após será abordado em um segundo momento a Saúde Mental, a Reforma sanitária, o Sistema único de Saúde, também a Reforma Psiquiátrica. O terceiro capítulo contará com a História do HIG, os serviços prestados e o serviço social dentro do HIG. Por sua vez, o quarto capítulo contará com o projeto de intervenção, seu planejamento, a avaliação e as formas de monitoramento, também a

categoria emergente configurada no aumento no número de mulheres atendidas pelo CRAISM, assim finalizando o trabalho com as considerações finais.

No trabalho do Assistente Social existe a importância de distinguir o fenômeno da essência, o que acontece por meio da quebra do imediatismo, com uso da dialética crítica, que nada mais é que a verdade além do aparente.

A dialética trata da “coisa em si”, mas a coisa em si não se manifesta imediatamente ao homem. Para chegar a sua compreensão é necessário fazer não só um certo esforço, mas também um *détour*. Por esse motivo o pensamento dialético distingue entre representação e conceito da coisa com isso não pretendendo apenas distinguir duas formas e dois graus de conhecimento da realidade, mas especialmente e sobretudo duas qualidades da *práxis* humana (KOSIK, 1976, p.13).

O mundo é movido por fenômenos do cotidiano que expressam a Questão Social¹ e, por sua vez, são tratados pela sociedade com naturalidade e mistificados por aqueles que detêm os meios de produção na sociedade capitalista. Para compreensão desses processos existe a importância da utilização do método dialético crítico. No Serviço Social não importa por qual princípio inicia-se, a maneira de desvelar os fatos da historicidade do usuário será o mesmo, com sucessivas aproximações da realidade.

Neste método, o fundamental é a busca pela essência e a superação da aparência, que fazem parte da totalidade do sujeito. Cabe salientar que esta dialética é diferente da de Hegel, que é idealista. Através do método dialético crítico e das sucessivas aproximações, a construção de abstrações se faz possível, visto que a história não é dada, ela é um conjunto de ações que estão em transformações, é a reprodução ideal do movimento real do objeto.

A teoria não se reduz ao exame sistemático das formas dadas de um objeto, com o pesquisador descrevendo-o detalhadamente e construindo modelos explicativos para dar conta- à base de hipóteses que apontam para relações de causa/efeito-de seu movimento visível, tal como ocorre nos procedimentos da tradição empirista e/ou positivista (NETTO, 2011, p.20).

O objeto do trabalho do Assistente Social é a Questão Social, que se expressa por meio de múltiplas expressões, como a pobreza, adoecimento da saúde mental, evasão escolar, etilismo, uso de drogas, fome, desemprego, entre outros. Essas expressões estão ligadas a um conflito causado pelas amarras do capitalismo, que tem o objetivo primeiro o

¹ Expressão do conflito capital vs. trabalho.

de gerar acúmulo de riqueza. Segundo Turck (2012), as dificuldades de atuar como um Assistente Social são grandes, pois a sociedade é dividida por classes e a exploração é muito presente. O Assistente Social se vê trabalhando na tensão entre capital e trabalho, fazendo parte ainda da classe trabalhadora assalariada. Antes de um projeto ético-político do Serviço Social voltado ao enfrentamento da Questão Social, ela era tratada de forma positivista, onde se culpabilizava o usuário ou tratava-se de forma natural a condição em que o usuário vivia. Após a criação do projeto ético-político, a Questão Social passou a ser tratada como o objeto principal de trabalho do profissional, fomentando a importância da luta pelos direitos humanos, focando sempre na liberdade e autonomia². Ianni relembra:

Essa proposta implica em que o pesquisador se coloque diante do fato, sempre interrogando o fato sobre todos os aspectos, sobre todas as perspectivas, E, como já foi dito várias vezes, partindo do reconhecimento, não é uma presunção, *a priori*, mas do reconhecimento, de que o fato não se dá a conhecer imediatamente. A realidade é complexa, e heterogênea, é contraditória; apresenta diversas facetas, diversas peculiaridades (IANNI, 2011, p.397).

No momento de intervenção, é imprescindível fazer um planejamento que semeia no usuário uma reflexão crítica sobre as relações na qual o ser humano está inserido desde o seu nascimento, especialmente em um modo de produção hegemônico onde se concretiza o acúmulo de riqueza. Esse momento de conscientização no usuário tem a finalidade de passar o conhecimento das expressões cotidianas, ou seja, o aparente, ao objeto real que é a Questão Social, estimulando consciência crítica no usuário em busca de uma emancipação política. Essa possível reflexão só vem a partir de sucessivas aproximações, fazendo uso do objeto genérico para a realização do movimento *détour*³, instigar o usuário a se ver na situação, gerando crítica ao processo de trabalho, vendo a Questão Social como a real causa do seu problema. Com isso, o usuário seria capaz de reivindicar seus direitos. Segundo Turck (2012), se apropriar da Questão Social e dos fundamentos que sustentam a sua explicação permeia os valores que fundamentam o projeto ético-político e são requisitos importantes para a competência profissional.

No que diz respeito à dialética, é necessário entender que não é possível visualizá-la de imediato, ela não é fincada no aparente e não se manifesta no primeiro contato com o usuário, somente sendo possível ter contato com a dialética com o movimento *détour* (ou seja, o espiral que se faz a partir de sucessivas aproximações com o usuário). A dialética

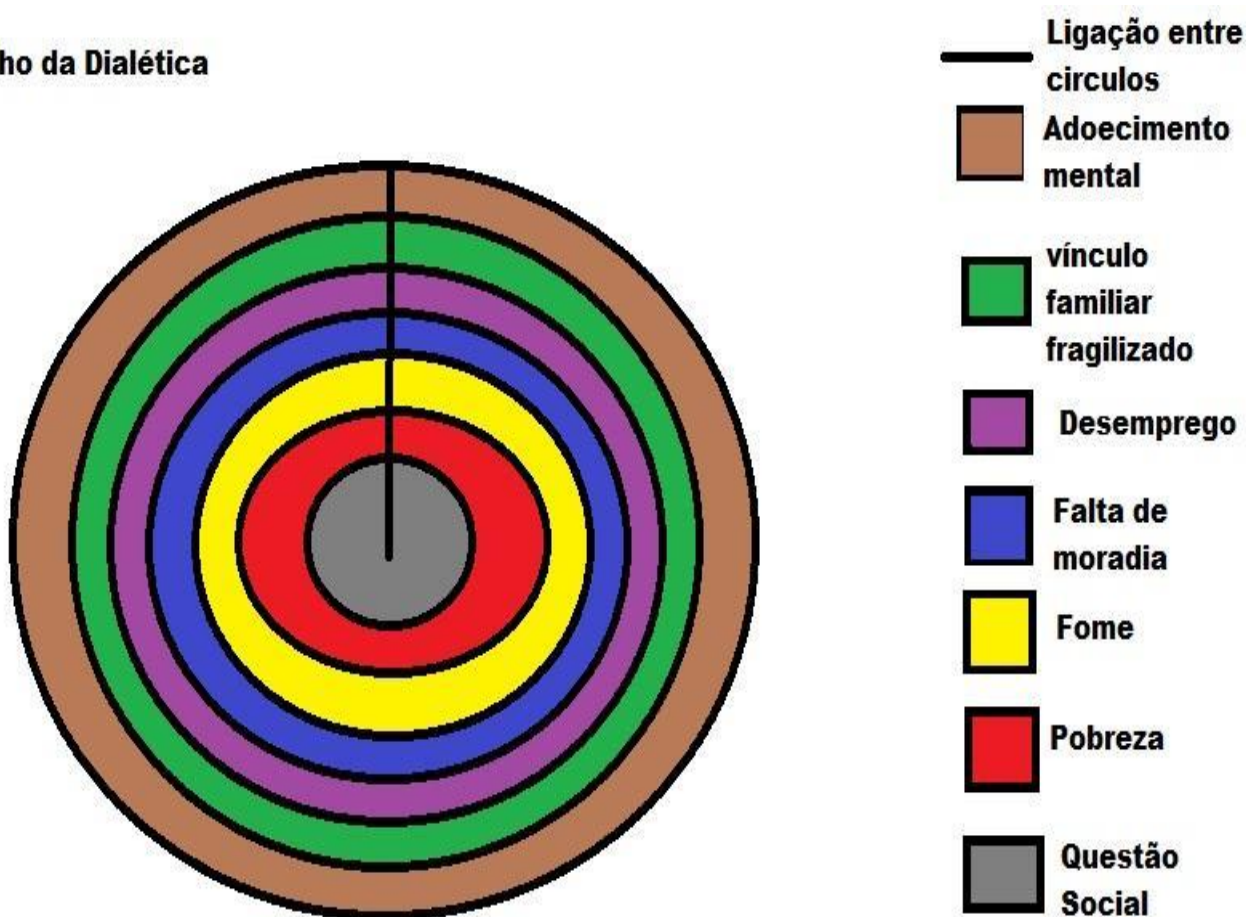
² Princípios salientados no atual Código de Ética do Assistente Social.

³ Movimento de idas e voltas sobre o fenômeno, conceito elaborado por Karel Kosík (consta nas referências).

vem não só como um instrumento para o conhecimento, mas vem também como *práxis* da ação humana, porque o homem nunca se mostra como real, mas sim por intermediações.

FIGURA 1:O OLHO DA DIALÉTICA CRÍTICA

Olho da Dialética



Fonte: CATHEN,2019

Por essa imagem observamos vários círculos conectados por uma linha, não se trata de uma ordem fixa das expressões da questão social, pois cada usuário apresenta uma particularidade que é única. Para compreender a dialética, supõe-se que um usuário chega à instituição do Hospital Ivan Goulart procurando atendimento no CRAISM de forma voluntária; a Assistente Social, por sua vez, acolhe esse usuário e recebe a demanda aparente (sinalizada na imagem como a parte marrom do círculo, que representa o

adoecimento mental), vê que esse usuário está com um possível risco de cometer suicídio e este usuário é internado. Dias após, a Assistente Social realiza uma nova intervenção com esse usuário. Através dessa nova aproximação, onde foi construído um vínculo, entende-se que existe mais uma expressão da Questão Social, sinalizada na imagem como o círculo verde (representando uma fragilização do vínculo familiar), onde há muito conflitos. Neste interim, o usuário relata que existe uma nova expressão da Questão Social simbolizada com o círculo roxo (que representa o desemprego).

Os dias vão passando e novas intervenções são feitas e a partir delas se revelam novas expressões representadas pelo círculo, como a falta de moradia no círculo azul, a fome no círculo amarelo, a pobreza no círculo vermelho. Todas elas são ligadas ao problema central denominado Questão Social, sinalizado pelo círculo cinza, gerado pelo modo de produção capitalista onde, quando produz riqueza, se gera pobreza. Cabe ao profissional não causar sentimento de culpa, vergonha, ou qualquer sensação que retire ou diminua a autoestima deste usuário, compreendendo esses fatos como uma totalidade e construindo junto ao usuário uma forma para que ele elabore as relações que perpassam em sua vida.

O homem, quando está no seu processo de trabalho alienado, não percebe o que está acontecendo em sua volta, apenas repete atividades produtivas de forma maçante. Pensando que ganha seu salário de forma justa, ou seja, referente a tudo o que trabalhou, quando na verdade não ganha nem a metade do que deveria. A alienação está presente no cotidiano, nas relações dos indivíduos mecanizados pelo sistema e naturalizado pela mídia para evitar as pequenas revoluções formadas pelos trabalhadores. Além da alienação estar presente na produção, ela está também no fetiche de se buscar novos produtos. Kosik (1976) explica a categoria da totalidade como a compreensão da realidade na sua real vivência. Compreender a dialética da totalidade exige uma análise de um todo e não estudando os fatos como particularidades, sendo considerada uma investigação debruçada em detalhes que formam a historicidade do ser. Com isso é possível chegar em um resultado concreto de acordo com a história do sujeito.

O método dialético crítico, do qual a profissão do Assistente Social teve aproximação após o movimento de reconceituação, vem no intuito de desmistificar a realidade que explora a classe trabalhadora e que promove a alienação. José Paulo Netto afirma que:

A crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer o exame racional, tornando-os conscientes, os seus fundamentos, os seus condicionamentos e os

seus limites - ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais (NETTO,2011, p.18).

No trabalho do(a) Assistente Social, se tem a importância das sucessivas aproximações, em busca do conhecimento real do objeto de trabalho. Indo além de sua aparência e buscando a sua essência, a totalidade. Levando em conta outras categorias como a historicidade, contradição, trabalho e a mediação, entendendo que elas ultrapassam a vida do ser humano e captando a visão que a história está sempre em constante mudança e é determinante na vida do usuário.

Na pesquisa é importante enfatizar a análise de dados, que faz parte da metodologia de pesquisa, com o propósito de fornecer informações críticas a quem está fazendo leitura. Podendo ela ser de forma verbal ou não verbal (exemplos são os cartazes, folders, cartas, entre outros). São dados que quando coletados são brutos, do sentido não aprofundado, cabendo ao pesquisador fazer o desvendamento desses dados.

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias (MORAES,1999, p.2).

A metodologia é considerada parte fundamental na pesquisa, para a compreensão de processos que se constituem na sociedade e para uma ação profissional feita com criticidade. O método investigativo perpassa apenas a prática e requer a teoria como aliada.

Segundo Moraes (1999), o método de análise de dados é feito através de um caminho guiado por quatro passos, sendo eles: a preparação de informações, a unitarização, descrição e a interpretação. Se a pretensão for fazer uma pesquisa qualitativa, é importante seguir esse norte. Quando feita a leitura do conteúdo que está sendo analisado, transformando em unidade, identificando palavras que estão em frequente aparecimento, depois agrupando em categorias e descrevendo-as, para que por último seja feito uma interpretação profunda, compreendendo-as como totalidade.

Dependendo da abordagem de pesquisa utilizada a definição dos objetivos pode assumir dois rumos diferentes. Numa abordagem quantitativa, dedutiva, de verificação de hipóteses, os objetivos são definidos de antemão de modo bastante preciso. Constituem parte essencial do planejamento inicial que precede e orienta as fases posteriores da pesquisa, especialmente a definição dos dados e os procedimentos específicos de análise. Numa abordagem qualitativa, construtiva ou

heurística, esta construção, ao menos em parte, pode ocorrer ao longo do processo (MORAES, 1999, p.3).

Existe uma abordagem mista, que mistura a quantitativa com a qualitativa. A quantitativa baseia-se em apenas analisar os dados colhidos, sem dar liberdade para aprofundamento da pesquisa; já em uma análise qualitativa, existe a possibilidade de ter uma pesquisa detalha rico em detalhes, na qual para o Serviço Social se faz de suma importância, visto que não deve focar no aparente ou imediatismo e sim ir a fundo desmistificando o aparente e buscando a essência do todo

A pesquisa mista foi utilizada por considerar que tanto os fatores quantitativos como qualitativos devem ser observados e analisados para chegar a real essência da Questão Social. A pesquisa mista é aquela que mistura características de uma pesquisa quantitativa, como também qualitativa. Uma articulação dos dois tipos de pesquisa para se chegar a determinado resultado.

[...] mesmo que enfatize um ou outro, conformando-se com outro tipo de estudo, com particularidades que emanam de ambos. Exatamente por enfatizar a articulação de dados dos dois tipos, são mais coerentes com o método marxiano de investigação, que ressalta essa relação como necessária (PRATES, 2012, p.123).

Entende-se que os dados coletados de uma pesquisa quantitativa são importantes para demonstrar os dados (exemplo: a quantidade de pessoas que são internadas no Hospital Ivan Goulart, ou a média de pessoas que sofrem com depressão no município de São Borja), mas só essa pesquisa não é suficiente para a dialética crítica. Precisamos entender o real movimento desse objeto, saber os motivos que levam ao adoecimento mental, entender quais fatores rodeiam a vida social dos sujeitos que sofrem com a saúde mental fragilizada. Para iniciar a pesquisa mista deve-se fazer o entendimento do que é a saúde mental, entendendo a sua história, o que faremos a seguir.

2- SAÚDE MENTAL E SUA HISTÓRIA:

Quando a intencionalidade é falar de saúde, é importante fazer uma retrospectiva da sua história. Observa-se que no seu passado o tema saúde era enraizado a fatores que o ligavam à religião, e as doenças eram tratadas como uma fatalidade divina. Em consequência, os tratamentos, internações e intervenções normalmente recebiam o auxílio de casas religiosas. Pondera-se que esses aspectos históricos ainda são palpáveis nas raízes culturais da sociedade contemporânea (exemplos são os hospitais, principalmente os que estão localizados em cidades pequenas e antigas, encontram-se ligados a fé, com existência de capelas, nomes da instituição ligados a adoração religiosas, estátuas, etc.).

Doença era considerada uma (des)graça advinda dos deuses; assim, atribuíam-se ao catolicismo a tarefa de prestar socorro público nas Santas Casas de Misericórdia, instituições piedosas mantidas com seu próprio patrimônio, proveniente de doações para seu custeio. Essas casas serviam de referências em questões de internação por motivo de doença, utilizando medicamentos feitos por ervas, curandeirismo, “simpatias” e outras rezas para pequenas doenças (BISNETO, 2003, p.92).

Como a fé retirava a responsabilidade estatal, conseqüentemente não havia preocupação com a saúde. Somente no momento em que as cidades começaram a crescer e a se desenvolver é que ocorreu a preocupação com questões de saneamento básico. O maior avanço para a saúde foi a aproximação do governo com a Questão Social e com uma carta magna, conhecida como constituição cidadã, deixa explícito a responsabilidade do Estado com a saúde do trabalhador, além de voltar-se a questões do saneamento. BISNETO (2011) discorre que houve preocupação com a assistência médica e sanitária ao trabalhador e a gestante, antes e depois do parto sem prejudicar o salário e perda de emprego, e instituição de previdência, recolhendo contribuições por causa da invalidez do trabalhador em causa de envelhecimento, doença ou acidentes de trabalho.

Apenas em 1964 obteve-se um artigo na constituição onde se tratava a temática da saúde, onde era ordenado que a união criasse planos de saúde, porém só em 1988 (quando o Brasil foi promulgado um país de democrático de direito) obteve-se a criação de um sistema único de saúde (SUS) que, além de tratar, também recupera e presta trabalhos de prevenção. É importante ressaltar que o SUS se preocupa também com a saúde mental,

criando políticas públicas que se interessam sobre a prevenção e tratamento de adoecimentos de qualquer complexidade da saúde mental.

A saúde mental começou sua jornada nos Estados Unidos. Sua expansão aconteceu a partir da primeira guerra mundial, onde o Assistente Social trabalhou de forma terapêutica dando orientação às famílias dos soldados americanos e também aos próprios combatentes da guerra que, como consequência dos combates, voltaram debilitados. O atendimento era baseado em caso, grupo e comunidade.

No Brasil, sua história iniciou com contradições e construções históricas. Diferentemente dos Estados Unidos, no Brasil seu início foi marcado pelos seus serviços executados na prestação de trabalho. A classe trabalhadora era açoitada pelo sistema hegemônico, cabendo ao Assistente Social a responsabilidade de reduzir os danos causados pela Questão Social. O mundo com o sistema capitalista de produção divide o julgamento na produtividade ou improdutividade, com esse sofrimento e adoecimento de pessoas que foram e são massacrados pela exploração do modo de produção. O Serviço Social tornou-se indispensável na Saúde Mental, trabalhando com as relações da sociedade. O Assistente Social tem o dever de desvelar o usuário da opressão causada pelas expressões da Questão Social.

Como o Serviço Social em suas primeiras escolas obteve cadeiras de cunho higienista, a profissão do Assistente Social estava ligada à saúde. Vasconcelos (2002) fala sobre o Assistente Social nas instituições, onde o trabalho era de subalternização a outras profissões, como médicos e psicólogos, detinha uma atuação que se caracterizava por caridade. Em 1970, quando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) exigiu uma atuação multidisciplinar, o Assistente Social obteve significativa participação, porém o objeto de trabalho não era a Questão Social. Durante essa década o Brasil sofreu com a ditadura militar, onde a intenção do Estado ditatorial era usar o Serviço Social como uma ferramenta de mistificação da pobreza. Nesse período o Serviço Social passava pelo movimento de reconceituação.

Um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente. [...] Dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi (IAMAMOTO, 2015, p.205-206).

Por mais que tenha existido o movimento de reconceituação, um novo rumo no

trabalho onde o objeto de trabalho era e continua sendo a Questão Social, o Assistente Social ainda encontrou dificuldades para trabalhar dentro da Saúde Mental, onde o trabalho não era em uma perspectiva humanizada, mas sim culpabilizadora. Netto (2008) também fomenta sobre o serviço social, que tomava um rumo de avanço e revolução, buscando com o movimento de reconceituação a aproximação com o marxismo, que proporcionou criticidade na formação acadêmica e profissional, com tudo o profissional que trabalhava com a Saúde Mental adentrava em uma crise causada pelos engajamentos profissionais onde os assistentes sociais não conseguiam trabalhar no seu objeto de trabalho, no caso na Questão Social. Não havia o desvendamento das mazelas sociais, os usuários eram tratados de forma curativa.

Na distensão política, 1974-1979, o serviço social não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras dimensões para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento em geral da sociedade. O trabalho profissional continuou voltado pela vertente “modernizadora”. (BRAVO *et al*, 2009, p.31/32).

Como falado anteriormente, nem sempre o Assistente Social obteve uma linha de trabalho na área da saúde mental focada no projeto ético político da profissão. A aproximação com a Questão Social só foi possível quando começou a aparecer movimento antimanicomial, que foi considerado o estopim para reforma psiquiátrica.

A grande mobilização social com a produção de uma nova ética no cuidado e na produção de saúde e de vida no campo da saúde mental se deu a partir da luta do movimento antimanicomial que teve como resultante a reforma psiquiátrica. A Reforma psiquiátrica por si só não completa os ideários do reconhecimento do que o cidadão é sujeito de direitos e de que a desinstitucionalização é fundamental para reverter a tutela e proporcionar a contratualidade desses sujeitos com transtorno mental, historicamente submetidos aos ditames da racionalidade e normalidade (DIAS, 2018, p.3).

A reforma psiquiátrica não foi totalmente eficaz para as demandas da Saúde Mental que visam a autonomia do usuário dentro das políticas públicas, ou seja, ela não responde de forma completamente positiva, mas foi sim um grande passo na luta antimanicomial.

2.1 REFORMA SANITÁRIA UMA CONSTRUÇÃO DO DIREITO AO ACESSO DA SAÚDE:

Em 1920 ocorreu uma revolta dos trabalhadores que eram e ainda são importantes

para a manutenção do sistema que gera acumulação de riquezas. As expressões da Questão Social.

Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista moderna, que tem uma raiz comum; a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se cada vez mais amplamente social enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO,1998,p.27).

Estas expressões da Questão Social colocaram um abismo para os donos do meio de produção que com a ajuda do Estado podem assim criar as políticas públicas, também pressionado pela classe trabalhadora como uma forma de enfrentamento e mistificação do sofrimento dos trabalhadores. As políticas públicas surgiram em 1930, após as reivindicações dos trabalhadores para o Estado. Um dos grandes passos aconteceu entre os anos de 1930 e 1945, onde foi criada a Política Nacional de Saúde, que somente a partir de 1945 foi concretizada de fato.

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).

O Sistema Público de Saúde era dividido em ações envolvendo a medicina previdenciária e a saúde pública. A previdenciária tinha ações voltadas aos trabalhadores, principalmente os da zona urbana, sendo a cargo dos Institutos de Pensão. Enquanto isso, a saúde pública era a cargo do Ministério da Saúde, criado em 1953, e voltada para a população do meio rural e pessoas que não tinham meio de se subsidiar.

A reforma sanitária brasileira acompanha uma jornada de lutas no cenário político brasileiro e sua ideia nasceu durante a ditadura militar, onde os direitos foram açoiados por um hegemonia autocrata e burguesa. A proposta por melhoria na realidade foi limitada o que aconteceu foi a estruturação brasileira decair, favorecendo apenas as pessoas com poder aquisitivo.

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca

de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do sistema nacional de saúde” e “financiamento setorial”. Foi aprovada nesta conferência a bandeira da reforma Sanitária (BRAVO *et al*, 2009, p.32-33).

A partir dessa conferência o conceito de saúde foi trabalhado juntamente com a necessidade de uma modificação em sua estrutura e foi citada nesse evento a necessidade de unificar a saúde, o que posteriormente seria a criação do Sistema Único de Saúde. Segundo BRAVO (2007, p.89), “Essa conferência foi representou um marco, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde.” Cabe salientar que a partir daqui foram trabalhados outros eixos, como a saúde mental, trabalhista, da mulher, entre outros. Na reforma sanitária ocorreu um cenário de luta, sendo de interesse da Federação Brasileira de Hospitais e da indústria farmacêutica a privatização da mesma, ideia que os sanitaristas não defendiam. Pelo ideal da reforma sanitária, o Estado deveria ser Democrático e de direito e como conseqüente deveria assegurar a sociedade o direito ao acesso à saúde.

A reforma foi considerada de suma importância no Brasil, pois ajudou a reduzir índices que assombravam o país (como a mortalidade infantil). Isso se deu através do melhoramento da infraestrutura, com condições mais dignas para a vivência. A Reforma Sanitária foi e ainda é considerada um movimento revolucionário com propostas de enfraquecimento ao setor privado e fortalecimento do público, com pautas ligada à saúde, favorecendo a consolidação de políticas públicas. Importante salientar a categoria profissional como parte da luta de classe e dos movimentos sociais que tomaram intensidade a partir da ditadura militar. Esse movimento em prol da democratização dos direitos da saúde tomou um acúmulo de conhecimento teórico, formando uma massa crítica na luta por direitos.

O processo de politização sanitária permitiu trilhar caminhos decisivos em direção a instrumentalização da seguridade social e, em particularidade, da saúde como direito social e de responsabilidade do Estado. A saúde como direito social de responsabilidade do Estado, associado ao acesso universal e igualitário, a participação e ao controle social (CAMARGO, 2014, p.28).

Quando falado em ampliação dos direitos da saúde, lembra-se das pautas do VIII Conferência de Saúde, que consolidou a reforma sanitária. Após a compilação em prol da Reforma Sanitária fundou-se um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), trazendo modificações nos institutos nacionais de assistência médica da previdência social – INAMPS e deixando de lado as características que prestavam serviço, restando a função

de gestão na área da saúde. As pautas da Reforma Sanitária foram inclusas no ano de 1988 a partir da Constituição Federal, oficializando a saúde como dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988 deu um novo sentido na forma de organização civil, reafirmando os direitos da sociedade civil, política e social. Voltados aos princípios da reforma sanitária: “Criando uma infraestrutura de rede física de cuidados de saúde; descentralizado as competências dos recursos e gerência dos programas; instituição de órgãos, colegiados de decisão; estímulo à participação social em serviços de saúde”.(MENDES *apud* GIOVANELLA, 2007). Em 1990, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS, Lei 8.080/90), foi possível a afirmação da saúde como direito do cidadão brasileiro. Se tornou dever do Estado prover de condições para que tal seja executada, também a formulação de políticas públicas que reduzam o risco de doença promovendo e assegurando o bem-estar da sociedade com igualdade, exercendo ações de proteção e recuperação da saúde (BRASIL,1990). Também em 1990 ocorreu a criação da Lei 8.142/90, onde a população teve direito de participação na gestão dos serviços.

Outro aspecto que caracteriza a linha do tempo na implementação do SUS refere-se aos movimentos da descentralização da gestão nos diferentes territórios brasileiros, uma vez que a mesma atende a diretriz político -administrativa do sistema. Essa transferência de poder entre as instâncias estadual e municipal caracteriza o modo de organização do serviços de saúde com reflexo nas condições de saúde da população. Também a descentralização tornou-se um instrumento potencialmente estratégico de rompimento com as tendências centralizadoras, concentradoras e excludentes da política social, pois a instância colegiada de gestores preconizada pelo próprio SUS, constitui-se num espaço para discussão e condução de processo de descentralização (MENDES *et al*, 2011, p.335).

Em 1994 nasceu a Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com a iniciativa de ir além de processos curativos, mas também trabalhar com a prevenção de doenças. O movimento pós reforma sanitária evidencia melhorias na saúde, não só atendendo apenas um grupo de pessoas, mas unificando e descentralizando, modificando a forma com que a saúde foi tratada no passado, onde existia apenas a medicina previdenciária.

Visto que o SUS se originou a partir de uma identidade sanitária, a próximo eixo trabalhado será o próprio Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:

Responsável pelo controle da saúde no território brasileiro, o SUS tem como o seu eixo principal a saúde como um direito para todo cidadão. Com a sua criação, o Estado tornou-se por Lei obrigado a garantir esse direito fundamental para a povo brasileiro. Além de fornecer atendimento às doenças, também trabalha contribuindo com a prevenção e a redução de danos (exemplo dos trabalhos de prevenção são as campanhas de vacinação, a distribuição de camisinhas e lubrificantes como forma de reduzir as doenças sexualmente transmissíveis). A lei 8.080/1990 salienta que a saúde tem um conjunto de fatores como saneamento básico, moradia, alimentação, lazer entre outros (BRASIL, 1990), ou seja, não se trata apenas de dar um diagnóstico, mas sim em proporcionar condicionamentos que a melhorem.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico e mental (BRASIL, 1990, p. 01).

Cabe aqui o entendimento de que outros fatores sociais tenham ligamento com a saúde, e que a falta de lazer, educação e moradia afetam o cotidiano dos seres humanos de forma física e psicológica. Um fator importante é que essas medidas foram tomadas após um momento de tensão e de repaginada no capitalismo, “a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se” (BEHRING, 2009, p.14). Assim foi surgindo o tema proteção social, como uma forma de mediação na exploração causada pelo modo de produção capitalista, onde existe a incompatibilidade do capitalismo que se vê de mãos atadas tendo que oferecer uma proteção mínima à sociedade, apagando o fogo que poderia ser causado caso os trabalhadores tratassem de se rebelar contra os burgueses e a partir do momento que o sistema hegemônico adentrou em uma crise, onde o foi instaurado o neoliberalismo, e a criação de políticas que dessem conta das expressões da Questão Social.

A Lei 8.080/1990 traz consigo uma série de disposições: preliminar, geral, suas execuções e ações. Nelas, o Estado tem o dever de prover as condições para a execução da política de saúde, planejando e executando políticas econômicas e sociais para todos os cidadãos em território nacional. Importante assinalar que com a instauração do

neoliberalismo houve a preocupação com a saúde não só no Brasil, mas sim em toda América Latina.

A partir do título II da Lei 8.080/1990 é tratado o Sistema Único de Saúde, sobre suas disposições que são prestadas nas instituições públicas tanto de âmbito Federal quanto Estadual e Municipal, sendo obrigatório o controle de qualidade, produção de insumos, entre outros. Ainda no Artigo quarto, inciso 4, existe a disposição sobre a iniciativa privada, que na lógica neoliberal não está proibida de atuar em conjunto com o público. Os treze princípios do SUS são:

TABELA 1:PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.

PRINCÍPIOS DO SUS	COMENTÁRIOS SOBRE OS PRINCÍPIOS
I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.	Esse princípio se alto diz, todos devem ter acesso a saúde brasileira, tanto como em prevenções, métodos curativos e em qualquer complexidade.
II- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema	Refere-se ao conjunto de ações prestadas, ao usuário da saúde que for procurar atendimento no SUS, deve ser prestados todas as ações necessárias para o tratamento deste usuário.
III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral	A proteção e a garantia de um tratamento transparente e eficiente para o usuário que busca atendimento, não o expondo.
IV- Igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.	Prestar o serviço de forma que não ocorra julgamentos de nenhuma espécie, como por exemplo a garantia de um serviço igualitário a pessoas LGBTQ+. Sem observar aspectos econômicos, de raça ou religião.
V- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde	Como o próprio princípio já diz, não se deve negar informações ao usuário, elas devem ser informadas de tudo que lhe diz respeito.
VI- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário	A divulgação das informações quanto a prestação dos serviços, para que ele possa acessar os seus direitos.
VII- Utilização da epidemiologia para a estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática	Utilizar a especialização médica que estuda os fatores de propagação de doenças, para que se possa fazer controle e organização dos recursos, com finalidade de prevenir doenças.
VIII- participação da comunidade	Oferecer as informações necessárias para que os usuários do SUS possam contribuir com a construção da saúde no seus Municípios. Assim

	como a Lei 8.142/1990 estabelece a participação do usuário na saúde.
IX- Descentralização político- administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;	O fortalecimento do SUS através da descentralização, para que os municípios por exemplo possam ter maior organização dos recursos, para que sejam usados nas pautas que a população tenha mais carência.
X- Integralização, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.	Nesse princípio é evidenciado que a saúde provém de outros meios como a prevenção do meio ambiente e as condições de vida que o usuário tem no seu dia a dia.
XI- Conjugação dos recursos financeiros tecnológicos, materiais e humanos da união, dos Estados, Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população.	O Estado deve gerir dos recursos para manter a saúde com uma boa estrutura para prestar seus serviços de forma que tenha qualidade.
XII- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência	Aqui vemos que o atendimento deve ser eficaz, sendo resolutivo, em qualquer grau de complexidade.
XIII- Organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.	Não convém das instituições privadas a elaboração das políticas públicas do SUS, cabe às instituições públicas e organização civil.

fonte:(BRASIL,1990)

Além desses 13 princípios do SUS existem 3 princípios que são chamados de doutrinários, eles norteiam o atendimento. São eles:

TABELA 2: OS 3 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SUS.

UNIVERSALIDADE	Garante que toda pessoa que estiver em território nacional terá acesso ao atendimento à saúde. O Estado que deve prover desse direito em qualquer grau de complexidade.
INTEGRALIDADE	Integrar a rede para que possa oferecer um serviço que seja de proteção, prevenção, curativo e também de reabilitação. A importância da política pública de saúde estar ligada com outras políticas públicas como as de meio ambiente, saneamento básico, cultural, visto que elas também fazer parte da promoção de saúde.
EQUIDADE	O eixo da integralidade diz respeito ao atendimento sem desigualdade, observando as necessidades distintas de cada pessoa que for buscar atendimento na rede.

fonte:Portal do Ministério da Saúde

Pode-se dizer, a partir do princípio IV, que a Política Nacional de Humanização se baseia sobre um atendimento que não julgue o usuário, que seja feito sem injúrias raciais, de gênero, ou de condições financeiras. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada no ano de 2003 enquanto política pública do SUS e permite que ações humanizadas sejam feitas nas redes que cuidam da saúde da sociedade.

A humanização foi desenvolvida e criada perante ao SUS. Os princípios do SUS são referência para a política de humanização, sendo eles atenção universal, atenção integral, equidade e participação da sociedade. Levados às últimas consequências definem a humanização em qualquer concepção, em qualquer instância de atenção ou gestão (CAMPOS, 2015, p.17).

A PNH é classificada em objetivos, princípios e métodos. Segundo HumanizaSUS, seus propósitos são contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização já existentes; desenvolvimento de tecnologias racionais e de apoio a mudança sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; também a implementação de processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem sucedidas. Pelo documento da PNH, existem 3 macros objetivos que dão sustentação para a existência da humanização no SUS, divididos em 9 incisos.

Na prática, a PNH busca reduzir as filas de atendimento, ampliando o acesso, fornecendo um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco a implantação de um modelo de atenção com responsabilização e vínculo (exemplo no trabalho do Assistente Social: a criação de um vínculo com o usuários é um fator importante em seu dia a dia da prática profissional, a partir disso o profissional pode fazer o movimento da dialética crítica). Outro objetivo prático na PNH é a garantia dos direitos dos usuários, a valorização do trabalho na saúde e a exceção de uma gestão participativa nos serviços.

Segundo o HumanizaSUS (2004), seus princípios se dividem em três: a) a transversalidade; b) indissociabilidade entre atenção e gestão e; c) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Falaremos brevemente sobre eles a seguir:

Transversalidade porque a PNH deve estar inserida em toda política e programa do SUS, erradicando qualquer disputa de liderança e trabalhando em conjunto.

Indissociabilidade entre atenção e gestão porque isso interfere na atenção à saúde. Esse princípio pede que a equipe que trabalha no atendimento da saúde conheça bem a funcionalidade das políticas de saúde. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, por sua vez, diz respeito à legitimação de cidadãos que devem ser participantes ativos na produção da saúde.

O documento da PNH traz também definições importantes, respondendo sobre o que é acolhimento e como fazer esse processo, explica sobre a gestão participativa, pontua a definição de ambiência e o conceito de clínica compartilhada, bem como sobre a valorização do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário a formação e intervenção.

Com a PNH, a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de saúde, e a gestão participativa desponta como modelo eleito para a realização dessa política. Quando falamos em gestão participativa ou cogestão, estamos nos referindo ao modo de administrar que não se basta na linha superior de comando e inclui o pensar e o fazer coletivos (CAMPOS, 2015, p.18).

A parte crucial em um atendimento humanizado é o acolhimento. É o momento do profissional ouvir as demandas do usuário com atenção, respeito e sem julgamentos com a situação do mesmo, fazendo uma escuta sensível, sem questionamentos sobre a verdade da situação. Se o usuário chegou a um local procurando atendimento a sua saúde é porque aquele problema é real e causa sofrimento, cabe ao profissional o atendimento sem questionamento. Esse acolhimento é voltado aos ideais da reforma psiquiátrica, que será abordada a sequência.

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA:

Com o fim da ditadura militar iniciou-se no Brasil o novo liberalismo, onde o ideal era o trabalhador viver em um falso estado de bem estar, para que tivesse o poder de consumir os produtos de quem detinha os meios de produção. Nesse momento a exploração da classe trabalhadora e o adoecimento mental começaram a aparecer com mais intensidade, por conta do sufocamento e pressão causados pela exigência de trabalhar para sobreviver no sistema. O borbulho da reforma psiquiátrica teve início no ano de 1978, com a influência internacional do italiano Franco Basaglia, que repudiou o modo como os usuários eram tratados nos hospitais psiquiátricos. Além do abandono que sofriam, eram tratados de

forma violenta e banalizadora, não recebiam perspectivas de vida. A reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento de luta contra as internações em instituições psiquiátricas como os manicômios que desenvolviam técnicas consideradas ultrapassadas pela psicologia, como a lobotomia, que era uma tentativa de reduzir os sintomas da “loucura”. Com a reforma, a psiquiatria teve uma aproximação com a linha marxista do Serviço Social o que facilitou a intervenção do Assistente Social nas instituições.

Isso combina com a perspectiva do Serviço Social baseada na práxis e com as correntes baseadas na análise institucional. Do mesmo modo, pela reforma, a psiquiatria deve abrir espaços para outros saberes e poderes (embora, contraditoriamente, a psiquiatria não queria perder seu status social, seu privilégio institucional e sua superioridade hierárquica nas organizações) (BISNETO, 2011, p. 31).

No momento em que a reforma psiquiátrica foi efetivada, abriu a possibilidade para que o Assistente Social que estava engessado em um trabalho de cunho higienista tivesse a aproximação com a Questão Social e encontrar-se na linha da reconceituação profissional que reconhece a existência de desigualdades sociais provenientes do modo de produção atual que gera riqueza, mas em contraponto gera mais pobreza.

A Lei da Reforma psiquiátrica é a Lei 102.16/2001, nela encontram-se XIII artigos que dispõem sobre o direito das pessoas que sofrem com o adoecimento mental e marcam a modificação do sistema assistencial, de modo que seja feita de forma mais humanizadora possível. Seu artigo 1º aborda sobre o direito de proteção para todas as pessoas que sofrem com o adoecimento mental. Segundo esse artigo essas pessoas não podem ser discriminadas pela sua cor, raça, gênero, religião, opção política, entre outros fatores que possam gerar preconceitos (BRASIL, 2001).

No artigo 2º, o usuário da saúde mental estará assegurado de IX direitos, que são: I) Acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde, contemplando as suas necessidades; II) O tratamento humanizado e com respeito, para que essa pessoa alcance uma recuperação e possa se reinserir na sociedade; III) Ser protegida de qualquer tipo de abuso ou exploração; IV) Não ter quebra do Sigilo profissional, ou seja o profissional que lhe atender não deverá falar sobre o que lhe foi dito em atendimento; V) Tem o direito da presença médica, para esclarecimento de necessidade de internação involuntária; VI) Ter livre acesso a meios de comunicação, VII) Receber todas as informações sobre seu adoecimento mental; VIII) Ser tratado em ambiente terapêutico, com o atendimento menos

invasivo possível; IX) Ter atendimento comunitário na saúde mental de preferência (BRASIL, 2001).

Pelo artigo 3º, cabe ao Estado a responsabilidade no desenvolvimento da política pública de saúde mental, assistindo e promovendo ações em conjunto com a comunidade e familiares, ou seja, o fortalecimento no atendimento à saúde mental utilizando espaços que proporcionam uma readaptação do usuário no meio social, também dando informações sobre as instituições que forneçam assistência para cuidados da saúde mental (BRASIL, 2001).

Conforme o artigo 4º, o paciente só será internado se os dispositivos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. Exemplo no caso de um usuário colocar a sua vida em risco ou a de uma pessoa, ele poderá ser internado por se considerar de um caso agudo do adoecimento de sua Saúde Mental. Ainda existem três incisos no artigo 4º, são eles: §1º O principal objetivo da internação é que ela possa ser reinserido na sociedade; §2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, terapeutas ocupacionais, de lazer, e outro; §3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2 (BRASIL, 2001).

É disposto no artigo 5º que o paciente que estiver internado a um prazo longo, que se configure em dependência institucional será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Segundo o artigo 6º, a internação só acontecerá se existir um laudo psiquiátrico recomendando internação, pontuando os motivos. Nesse artigo dispõe-se dos 3 tipos de internações que são possíveis, são elas: 1) as internações voluntárias, onde o usuário decide em plena exercício do seu direito de realizar a internação; 2) Internação involuntária, consiste na internação que o usuário não dá o consentimento, ela é feita pelo pedido de um terceiro, essa internação exige assinatura de responsabilização do terceiro que está internando o usuário; 3) Internação Compulsória, essa vem determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Por sua vez, o artigo 7º dispõe que a pessoa que solicita a intervenção voluntária deve assinar um termo na hora de sua internação, seu parágrafo único dispõe que o término da internação deve ser feito por solicitação escrita do usuário ou sob alta médica (BRASIL, 2001). O artigo 8º versa que, quando feita uma internação, seja voluntária ou involuntária, deverá ser feita por um médico que possua registro no Conselho Regional de Medicina – CRM. Esse artigo contém 2 incisos. §1º No caso de internação involuntária existe um prazo de 72 horas para que o Ministério Público seja informado, pelo responsável técnico do estabelecimento, procedimento que deve ser retomado no momento de sua alta; §2º O término da internação involuntária deve ser solicitada pelo familiar, responsável legal, ou especialista. Esta solicitação deve ser feita por escrito (BRASIL, 2001).

Artigo 9º: No caso de uma internação compulsória, ela deverá ser de acordo com a legislação que estará em vigência e pelo juiz competente no caso, que deverá levar em consideração a segurança do estabelecimento, quanto a segurança do usuário e dos demais internados, como também da equipe de funcionários (BRASIL, 2001).

No Artigo 10º está disposto sobre a evasão, transferência, acidentes, intercorrência clínica grave e falecimento. Caso aconteça algum desses fatores, a direção do estabelecimento é obrigada comunicar a família ou responsável legal e, em um prazo de 24 horas, também deverá comunicar à autoridade sanitária (BRASIL, 2001).

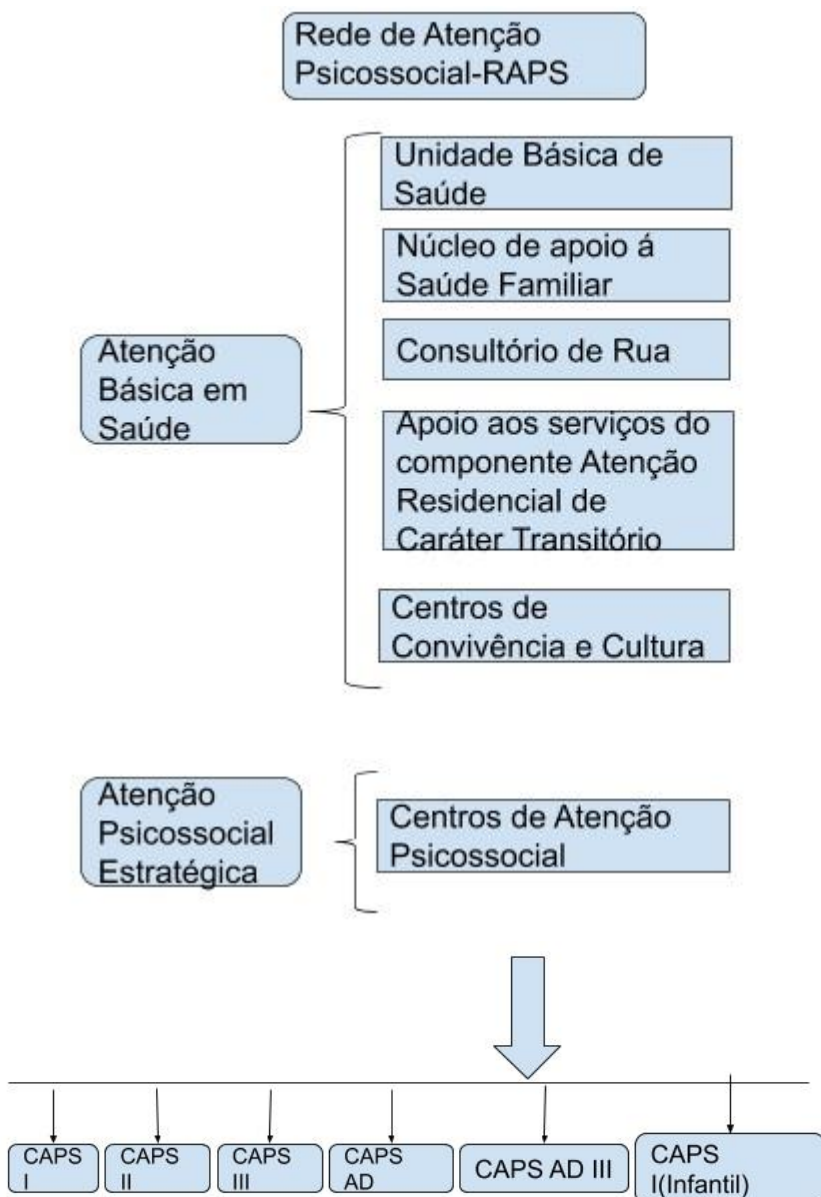
O artigo 11º discorre que pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001).

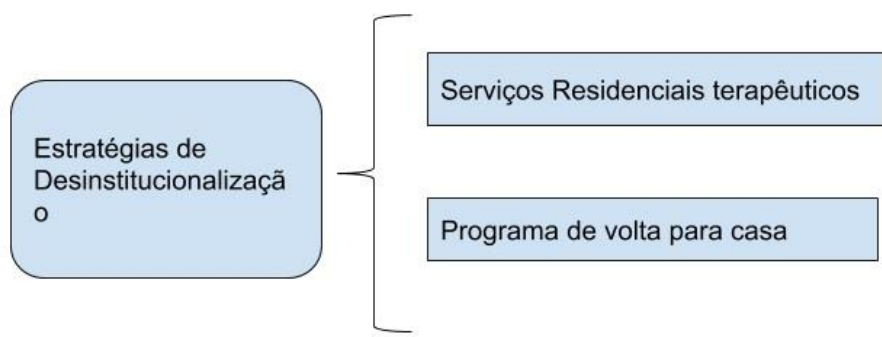
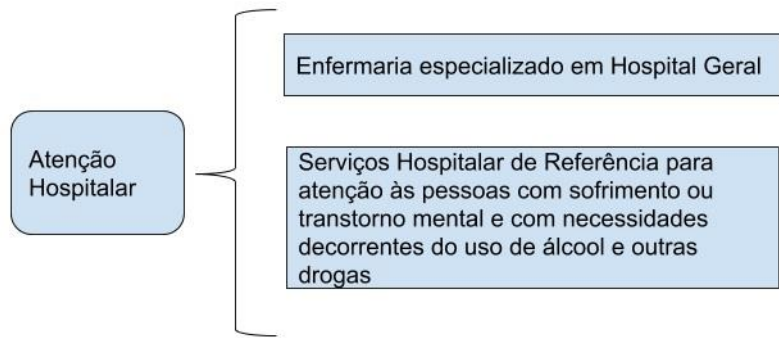
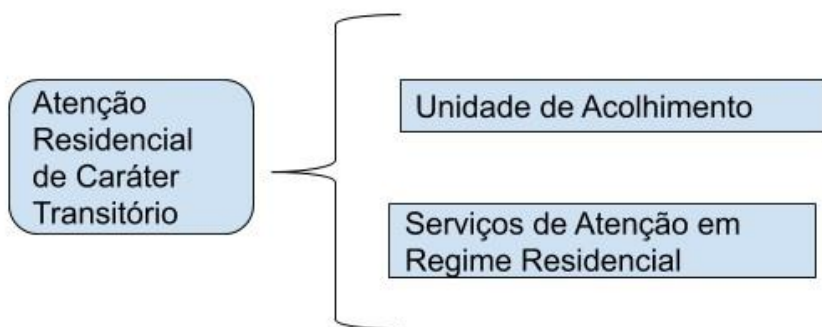
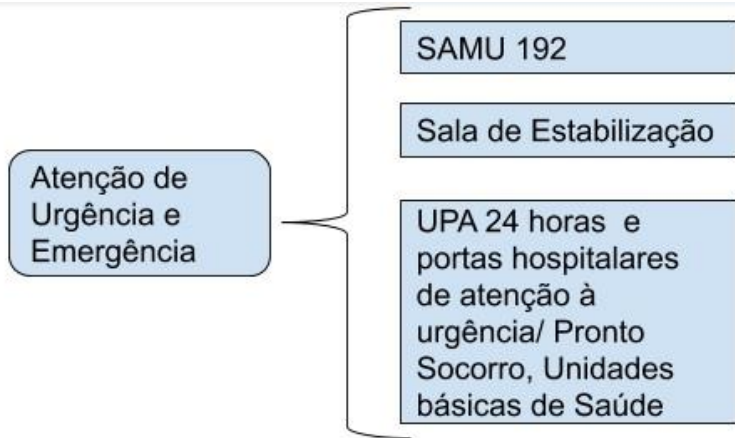
O artigo 12º traz como disposição que seja criada um órgão para fiscalização e acompanhamento desta Lei (BRASIL, 2001). Por fim, o artigo 13º pontua que a Lei entrou em vigência a partir da data 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

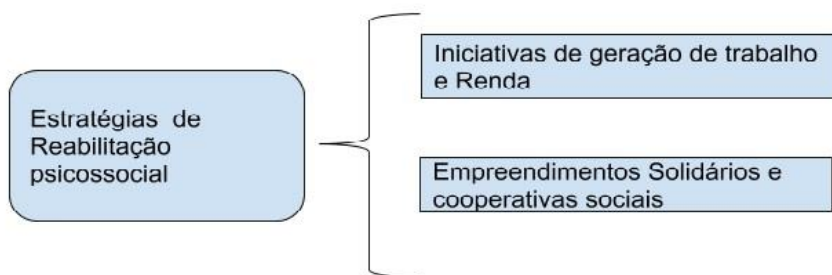
Até chegar-se à Lei 102.16/2001, ocorreu uma sequência de luta. É nessa perspectiva de movimento de reforma psiquiátrica que nascem as instituições alternativas como os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, em suas diversas modalidades, Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, Centro Regional de Atenção à Saúde Mental - CRAISM, e as comunidades terapêuticas - CT. Essas instituições estão ligadas a um lado mais humanizado, ou seja, um atendimento que não julga e não abandona os usuários, trabalha com a criação de perspectivas de vida dos sujeitos, entre outros fatores que auxiliam na sua reabilitação na sociedade. São novas

propostas que não abandonam a essência da vida humana, tratando os usuários como sujeitos de direitos. Uma dessas propostas, como dito anteriormente, é a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, estabelecida pela portaria nº 3.088, que é formada pelos seguintes componentes:

FIGURA 2 SOBRE COMPONENTES DA PORTARIA N°3.088:







Elaborada através da portaria 3.088, Portaria RAPS.

Esta portaria vem com a finalidade de ampliar e articular pontos de atenção na saúde daqueles que estão em sofrimento causado pelo adoecimento mental causado por uso de álcool e outras drogas. Contendo princípios que, para o funcionamento, exigem o respeito com base nos direitos humanos, prezando pela liberdade e autonomia dos usuários, combatendo qualquer forma de preconceito, promovendo equidade e prezando pela humanização no atendimento.

Um dos pontos importantes do RAPS é o desenvolvimento no território, pois existe a preocupação com as pessoas que não conseguem se deslocar dentro da cidade. No município de São Borja, uma parte da população do bairro do Passo não consegue se deslocar para o bairro do Centro, então o desenvolvimento de políticas públicas, principalmente na parte de promoção de saúde, devem buscar ações no território do usuário para fins de inclusão social. Ainda dentro dos princípios está inclusa a construção de um projeto terapêutico singular para os usuários com o adoecimento mental ocasionado pelo uso de álcool e outras drogas. Estas propostas terapêuticas são focadas no indivíduo, família ou em grupo, e contam com o serviço multiprofissional.

Os objetivos gerais do RAPS visam a ampliação, promovendo o vínculo dos usuários em sofrimento mental com os pontos de atenção, também articulando os pontos de atenção com a territorialidade do usuário, fornecendo atendimento contínuo de qualidade e prezando o acolhimento. Já os objetivos específicos visam a promoção de prevenção ao uso de álcool ou outras drogas, com cuidados focados na saúde de grupos considerados vulneráveis, como pessoas em situação de rua, jovens e adolescentes, população indígena, entre outros. Igualmente agindo para que os usuários que sofrem com o adoecimento mental possam ser reinseridos na sociedade, oferecendo possibilidade de trabalho e moradia, fator considerado importante para que se previna a probabilidade de

recaída pós tratamento. Outro objetivo específico é a capacitação dos profissionais na área da saúde, produzindo informações sobre os direitos das pessoas e medidas de proteção.

A unidade básica de saúde, que é formada por uma equipe multidisciplinar, tem o intuito de realizar ações voltadas para a saúde para os usuários, tanto em grupo como individualmente. Essas ações são de cunho tanto de promoção, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e redução de danos quanto de manutenção da saúde. As equipes são formadas por profissionais de consultório de rua, que oferecem ações para os usuários que estão em situação vulnerável nas ruas. No que se diz referente ao RAPS, são ofertadas também ações para os usuários em diferentes níveis de necessidade (por exemplo: para os usuários de álcool ou outras drogas, o RAPS prevê que eles tenham direito a redução de danos, que vai de uma abstinência ou outros manejos como distribuição de insumos que reduzam o risco daquele usuário adquirir uma doença). Fazem parte também das unidades de saúde os centros de convivência e cultura, apoio e suporte clínico, bem como o apoio aos serviços componentes. Quando se fala em saúde, não é apenas o tratamento, mas sim a promoção da mesma, criando espaços no coletivo.

Citado na figura acima, a RAPS engloba os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) em diferentes complexidades, considerados de suma importância na rede da saúde mental, como principal entrada para as pessoas que possuem o adoecimento mental. Os CAPS são distribuídos por 6 complexidades, cada um deles atendendo a um público específico e também variando de acordo com a territorialidade do município no qual se encontra. São eles:

- **CAPS I:** Atende aos usuários com o adoecimento mental considerado grave e persistente e usuários com necessidades pelo uso de álcool ou outras drogas, independentemente da idade. É indicado para municípios ou territórios com o número de habitantes superior a 20.000.
- **CAPS II:** Atende usuários com adoecimento mental grave e persistente, também pessoas com o sofrimento decorrido do uso abusivo de álcool ou outras drogas, com a diferença de ser indicado para municípios ou territórios com o número superior a 70.000 habitantes
- **CAPS III:** Além de proporcionar atendimento para os usuários com adoecimento mental grave e persistente, também para usuários que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas, tem o diferencial de possuir o atendimento 24 horas por dia, inclusive em finais de semanas e feriados,

fazendo o acolhimento noturno e outros serviços incluindo CAPS AD. É indicado para municípios ou territórios com o número de 200.000 habitantes.

- **CAPS AD:** Atende usuários independentemente da idade, lembrando que quando crianças e adolescentes o Estatuto da Criança e do Adolescente deve ser seguido. Presta seus serviços para usuários de álcool ou outras drogas, que causam o adoecimento da saúde mental. Prestando serviços de caráter comunitário, é indicado para municípios e territórios com 70.000 habitantes.
- **CAPS AD III:** Presta serviços 24 horas por dia, acolhendo os usuários independente do dia. Seu público alvo é adulto, crianças e adolescentes que possuem sofrimento mental decorrente do uso abusivo do álcool ou outras drogas. Indicado para municípios e territórios com o número de 200.000 habitantes.
- **CAPS I (infantil):** Atende somente crianças e adolescentes com sofrimento causado pelo adoecimento mental ocasionado pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas, como também atende outras formas de adoecimento mental grave e persistente que não tenham ligação com o uso de substâncias químicas e psíquicas. É um serviço aberto e de caráter comunitário, recomendado para municípios ou territorialidades com 150.000 habitantes.

Ainda no RAPS existem as portas de entrada de caráter emergencial, como SAMU192, salas de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPAs, que devem ter o funcionamento 24 horas por dia), porta hospitalar de atenção à urgência e pronto socorro. São estes pontos importantes para a rede que realizam o acolhimento no momento mais crucial para a vida do usuário em sofrimento causado pelo adoecimento mental, onde o risco de vida do usuário ou de sua família/grupo social existe. Lembrando que é de caráter urgente, por isso a importância da articulação com a rede, sendo usufruída em último recurso para o usuário a internação. No RAPS incluem-se os serviços de caráter transitório e atenção residencial, prestando serviços como uma unidade de acolhimento com funcionamento de 24 horas por dia em ambiente residencial, para pessoas que são consideradas vulneráveis e que necessitam de acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Esta modalidade oferece serviço para os usuários que estão em sofrimento ocasionado pelo uso de álcool ou outras drogas, independentemente da idade do usuário. Segundo a portaria que abrange a RAPS, os hospitais também possuem um papel importante na rede com a existência de enfermarias especializadas para as pessoas

com o adoecimento mental. Também hospitais que possuam centro de referência, exemplo o Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental no município de São Borja, ponderando sempre que a internação deve ser o último recurso utilizado.

Existem também as táticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial: são serviços residenciais oferecidos pela rede para usuários que estiveram algum tempo internados em um hospital psiquiátrico, ferramenta essencial para que os direitos dos usuários sejam garantidos e eles possuam autonomia. Fazem parte da descentralização programas como “De volta para casa”, que é uma política pública que fornece auxílio como forma de fortalecimento da iniciativa de desinstitucionalizar os usuários de um modelo hospitalocêntrico. Já o componente de Reabilitação Psicossocial são iniciativas para que o usuário com o adoecimento mental retorne à vida social com a oportunidade de ter seu emprego e renda, seja ele em uma iniciativa privada ou coletiva.

A portaria 3.088 da Rede de Atenção Psicossocial é uma forma de manter a reforma psiquiátrica, com conceitos amplos que visam a garantia e autonomia do sujeito dentro do sistema de produção capitalista. Deixa muito explícito que existem vários fatores que geram o adoecimento mental e mostra também que ainda são passos pequenos na sociedade que está sempre se ajustando às novas características. Características estas que o Serviço Social estuda e que aproximam o projeto ético profissional com a reforma psiquiátrica, que trouxe avanços importantes no trabalho e no dia a dia do profissional Assistente Social, pois estão ligados a um viés de garantia de direitos aos usuários. O Assistente Social, por mais que tenha um papel crucial para avanços de direitos, ainda sofre com retrocessos na área da saúde mental. São dois passos à frente e um para trás na atuação.

Ao longo desses últimos trinta anos a luta antimanicomial, travada no interior do campo da saúde mental, não esteve (e não está) isenta de disputas, contradições, bem como avanços e retrocessos, visto que, por se tratar de um movimento social, ela sofre diretamente as influências da conjuntura oriundas da dinâmica do capital nesta sociedade de lutas de classes, sobremaneira nestes tempos de criminalização dos movimentos sociais (PASSOS; MOREIRA, 2018, p.26).

Exemplo desses avanços e retrocessos são os hospitais que ainda fazem uso de um modelo hospitalocêntrico, curativo, onde os usuários são submetidos à internação por dias, usando apenas remédios. São como prisões constituídas de enfermeiros e técnicos e tanto a psicologia quanto o Serviço Social raramente conseguem fazer intervenções com os usuários. Entendendo isso, cabe ao próximo capítulo contextualizar o Hospital Ivan Goulart,

observando sua relação com a Reforma sanitária, reforma psiquiátrica e a portaria nº 3.088.

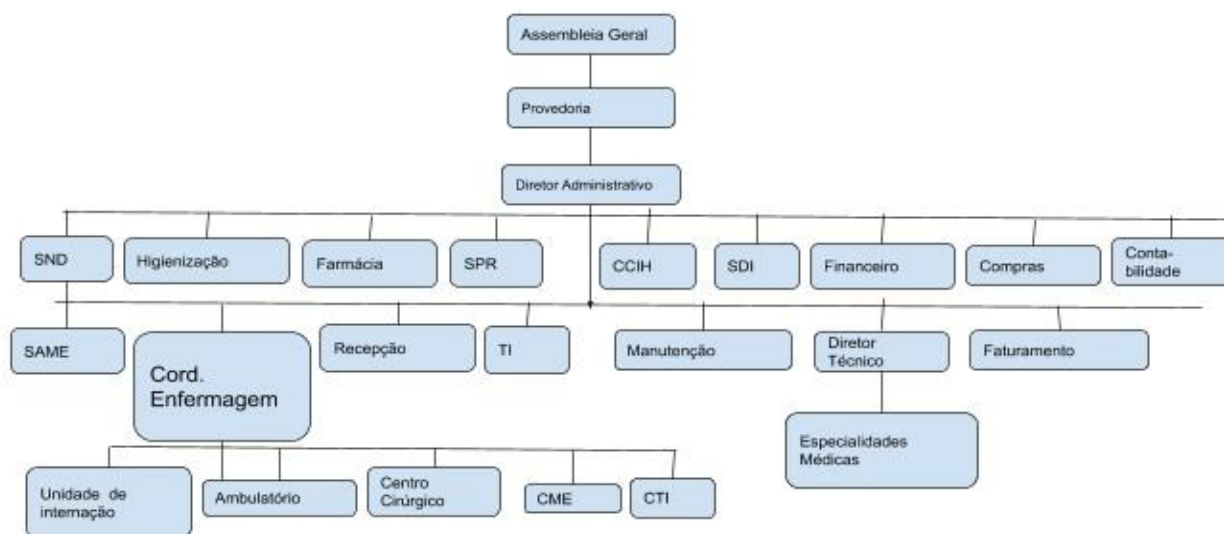
3- HISTÓRIA DO HOSPITAL IVAN GOULART E SUA ESTRUTURAÇÃO:

A partir das informações disponibilizadas pela Fundação Ivan Goulart, a história da fundação se descreve pela sua instauração através da Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência (LBA) que na época era presidida pela primeira dama do Estado, Neuza Goulart Brizola. Tinha o intuito de administrar o Hospital Ivan Goulart, que foi inaugurado no ano de 1962 por João Belchior Marques Goulart e por sua esposa Neuza Goulart Brizola. O Hospital Ivan Goulart na época só atendia crianças e posteriormente se uniu ao antigo Hospital São Francisco de Borja, que até hoje é administrado pela Fundação Ivan Goulart, sendo essa uma instituição filantrópica, ou seja, que não possui finalidades lucrativas. A instituição dispõe seu próprio Estatuto Social com caráter de normatizar o funcionamento da instituição.

A instituição possui certificado de entidade beneficente de Assistência Social. Pelo processo de número 28992.000149/95, registrado no Conselho Nacional de Assistência Social, conforme um registro definitivo de número 100566. Ponderando também que na entidade são atendidos 70% do público pelo Sistema Único de Saúde, atendendo também em conjunto a outros planos de saúde privados como Unimed, Fusex, IPERGS, CABERGS, CASSI, Caixa Federal, Prefeitura Municipal de Maçambará e Prefeitura Municipal de São Borja, caracterizando-se enquanto instituição pública/privada.

Em sua estrutura geral o Hospital conta com 113 leitos que são distribuídos por alas, são elas: Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental (antiga Ala Recomeçar), Pronto Socorro, Centro de Tratamento Intensivo, Centro cirúrgico, Centro de Parto Normal, Centro Materno. Disponibilizando várias especialidades médicas, exemplo os cirurgiões gerais, urologista, traumatologia-ortopedia, dentre outros especialistas. O Hospital, que também é referência regional por contar com um centro de diagnóstico por imagem, realiza exames de Raio x, ultrassonografia, mamografia, ecocardiograma, tomografia computadorizada e ressonância magnética, igualmente contando com um centro oncológico e parceria com o banco de sangue, bem como laboratório de análises clínicas e o Centro Renal. A instituição também segue um organograma:

Figura 3 - Sobre o Organograma da instituição



Fonte:(CATHEN,2019)

O Serviço Social passa despercebido pelo quadro do organograma, demonstrando com isso que na instituição o mesmo não exerce um papel com autonomia, sendo subordinado a outras profissões e automaticamente acaba exercendo um papel que não é seu.

O objetivo da instituição é promover com qualidade e eficiência à saúde dos pacientes, tanto em âmbito municipal como regional. Para isso, conta com os profissionais e tecnologia de ponta. Segundo a diretoria do Hospital, a sua visão é ser considerada um centro de referência regional no tratamento da saúde. Também conta com valores e princípios profissionais como atender o cliente (paciente/usuário) com cortesia e eficiência, aliando a competência técnica com a segurança nos atendimentos; agir com profissionalismo, mantendo uma postura adequada primando sempre pela ética, investindo na educação continuada dos colaboradores, buscando o constante desenvolvimento pessoal e profissional, agindo de forma humanizada e sendo fonte inspiradora de todos os cuidados e cuidadores presentes. Aqui observa-se uma contradição dentro do sistema de produção, que se certifica em mistificar o trabalhador como um colaborador dentro do HIG.

Como parte da instituição está a ala do Centro Regional de Atenção à Saúde Mental (CRAISM), projeto que teve vigor no ano de 2018/2019 e substituiu a antiga Ala Recomeçar, que já não comportava a demanda de adoecimento mental do município de São Borja. O CRAISM veio com o objetivo de aumentar o número de leitos disponibilizados, passando de 14 para 30 leitos, onde são atendidos usuários do SUS e planos privados de saúde. Além do aumento de leitos, ocorreu a melhoria no atendimento e infraestrutura do

ambiente. No CRAISM são atendidos os casos considerados agudos e que necessitam de internação. Segundo a RAPS, ele segue com rigor o quesito de tipos de internação que são voluntárias, involuntárias e compulsórias. Porém, segundo a PNH e RAPS, deixam a desejar no sentido da contradição dos hospitais psiquiátricos, onde são portas trancadas e sem área aberta, com os usuários mantidos em uma área com janelas com grades e muros altos.

Segundo o projeto que dá origem ao CRAISM, o mesmo tem como característica principal o trabalho multiprofissional, contando com psiquiatra, clínico geral, Assistente Social, psicóloga, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta e técnico de informática. Seu efetivo permanece trabalhando com as políticas de redução de danos e dando orientações à família nos quesitos de diagnóstico, programa, tratamento e alta, também a sequência do tratamento em outros setores como exemplo CAPS, comunidades terapêuticas, entre outros. Cabe ressaltar que no meio da *práxis* no trabalho da Assistente Social dentro do CRAISM, depara-se diariamente com paradigmas impostos pela sociedade, como o machismo, homofobia, racismo e outras formas que desqualificam os sujeitos. Dentro de um Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental não é diferente.

Mesmo com formação acadêmica, os profissionais ainda praticam o senso comum, que é imposto automaticamente por meio cultural na sociedade contemporânea. Isso dificulta o trabalho da Assistente Social, pois muitas vezes os usuários perceberem esses comentários ou ridicularização da situação na qual eles se encontram, pondo a estima desses usuários para baixo, o que facilita muito a recaída do mesmo. Segundo GOMES (2018, p.80), “a compreensão sobre o envolver histórico dos conceitos negativos atribuídos à loucura é fundamental, acredita-se que para cotejar as inúmeras demandas sociais, técnicas e acadêmicas contemporâneas sobre a inserção dessas pessoas no trabalho.”. A quebra de paradigmas mantidos pelos profissionais dentro dos centros de atenção psicossocial é de extrema importância para a reinserção dos usuários, que contém a saúde mental adoecida na sociedade.

3.1 Serviço Social no Hospital Ivan Goulart

O Serviço Social foi inserido dentro da instituição em novembro do ano de 2004, através da contratação de uma Assistente Social que tinha por finalidade a melhoria das

condições de vida dos usuários da política pública de saúde dentro do Hospital Ivan Goulart. No ano de 2018, o Hospital Ivan Goulart contava com a atuação de três profissionais Assistentes Sociais, sendo que se encontravam em turnos diferenciados, cada uma totalizando seis horas diárias. Uma das Assistentes Sociais era exclusiva da área da Saúde Mental, no Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental. Porém, no ano de 2019, o HIG dispensou uma Assistente Social e uma segunda profissional pediu demissão, deixando toda a carga horária para apenas uma profissional Assistente Social, sem perspectiva de contratação de uma nova, o que prejudica a atuação profissional pela sobrecarga que recebe em um serviço onde não pode exercer a autonomia.

O Serviço Social na sua atuação é pautado no Projeto Ético Político, que busca a queda do conservadorismo inscrito nas décadas de setenta e oitenta, do século XX. Sua centralidade está na defesa da liberdade. Com ele foi possível a aproximação com a Questão Social e abriu-se a possibilidade de um olhar mais crítico sobre a realidade social, principalmente pela aproximação com a produção marxista. Dentro de uma Instituição que mistura o público e privado e a prática da filantropia, o pensar institucionalizado acaba se tornando uma forma de resistência à presença de uma profissional Assistente Social. Visto que no sistema de produção atual tudo é tomado como uma mercadoria, a utilidade das pessoas é visto somente enquanto estão produzindo, comprando e vendendo. O ser humano é valorado, mas também põe preços nas propriedades naturais, assim modificando-as. Por conseguinte essa alienação presente no cotidiano expõe os valores da sociedade por meio do seu viver, sua historicidade e suas relações sociais.

Com base em juízos de valor, os objetos são avaliados como úteis, inúteis, válidos ou não válidos. O fato de toda ação consiste conter uma posição de valor e um momento de decisão pode levar ao entendimento do que é a gênese do valor e das alternativas é dada apenas pela capacidade de escolher e por valor, isto é, pela avaliação subjetiva dos indivíduos, todavia isso não é correto (BARROCO, 2008, p.27).

O ser social faz parte de um ciclo comercial injusto e por conta disso é castigado pelo sistema econômico, pois até para ter a liberdade deve comprá-la. A vida do ser humano é rodeada por valores, éticos, morais, econômicos, entre outros. Infelizmente, no contexto da atualidade, o ser humano torna-se a mercadoria, que possui valor ou deixa de valer quando o sistema é improdutivo. Os seres humanos vivem por prazo de validade e reproduzem esses valores burgueses no seu cotidiano. Esses usuários acabam adoecendo e necessitando do atendimento da Assistente Social que, em contradição, encontra-se

muitas vezes exercendo uma tarefa que não deveria dentro do HIG, por conta da sobrecarga e perda da autonomia relativa na profissão, sendo obrigada por também ser trabalhadora assalariada e sofrer com as expressões da Questão Social.

Outra questão contraditória dentro da instituição são as contenções feitas, onde ocorreram vários relatos dos usuários sobre a forma violenta e desumana com que eram tratados pelos técnicos de enfermagem dentro do CRAISM, como serem amarrados e totalmente dopados no processo inicial. Em questão a essa falta de ética, o cumprimento da Lei proíbe a existência de uma forma de cárcere privado nas instituições. Os usuários que mais são marginalizados são os que fazem uso de álcool ou outras drogas, o que no Brasil foi tratado sempre de forma marginalizada.

Só mais tarde, a Reforma Psiquiátrica também vai alcançar as pessoas com problemas relacionadas ao uso de álcool e drogas, sendo criado os centros de Atenção Psicossocial também para usuários de álcool e drogas os CAPS ad, regu,aumentados pela Portaria GM/MS nº6, em 19 de Fevereiro de 2002 (BARCELLOS, 2018, p.201).

Os avanços feitos nas políticas de álcool e outras drogas, por mais que sejam considerados um passo à frente, ainda são atrasados e recriminados. Somente a partir de 2002 foram criados os Centros que tratam e prestam a execução de políticas públicas e fazem encaminhamentos quando preciso.

A Assistente Social do HIG trabalha no seu cotidiano fazendo visitas domiciliares; busca e efetivação dos direitos dos usuários que buscam o trabalho da mesma; encaminhamento de pacientes; presta as informações aos usuários que têm seus direitos negligenciados; Faz o encaminhamento para a rede, exemplo CAPS (qualquer complexidade), CRAS, CREAS, entre outros; atendimentos de qualquer espécie junto aos usuários internados no HIG. Com a precarização com a perda de duas Assistentes Sociais, essas práticas foram prejudicadas e a profissional restante se viu presa em uma sala tendo que atender apenas partes burocráticas do hospital, efetivando mais a parte de transferências e encaminhamentos, se engessando na instituição e deixando de lado partes importantes no trabalho, como a visita domiciliar, que é uma forma de monitoramento que o profissional deve exercer sobre as demandas da instituição. Ela é obrigatória e segundo AMARO (2003), ela é importante que o Assistente Social adote a visita domiciliar como uma técnica e por opção. Nas visitas domiciliares é importante respeitar a privacidade do usuário que está sendo visitado, contando sempre como uma determinada finalidade para fazer a visita. Durante a jornada acadêmica muitas vezes se ouve sobre

profissionais que abriram gavetas, armários e geladeiras, não respeitando os usuários. É importante que se tenha cuidados e que não se faça violações na privacidade dos usuários.

É uma prática investigativa ou de atendimento, realizada por um ou por mais profissionais, junto com o indivíduo em seu próprio meio social ou familiar. No geral a visita domiciliar como intervenção reúne pelo menos três técnicas para desenvolver: a observação, a entrevista e história ou relato oral (AMARO, 2003, p.13).

A partir dos acompanhamentos com a Assistente Social nas visitas domiciliares realizadas durante o período de agosto a dezembro do ano de 2018, constatou-se que foram realizadas de forma superficial, atendendo somente a demanda imposta pela instituição, por conta da precarização do trabalho profissional dentro do HIG. Notou-se que nesse período existia a presença de três profissionais atuando, passando para o período de março a junho de 2019, onde não ocorreu nenhuma visita domiciliar, pois a realidade profissional acaba passando por mais uma precarização (que é a perda de duas Assistentes sociais da instituição). Visando isso, o projeto de intervenção elaborado sofreu alterações no seu decorrer, alterações essas que serão relatadas no próximo capítulo.

4- O PROJETO DE INTERVENÇÃO “RODAS DE AÇÃO E PREVENÇÃO: CONSTRUINDO SUBSÍDIOS PARA A PREVENÇÃO DO ADOECIMENTO MENTAL NO ÂMBITO ESCOLAR”:

O Projeto de Intervenção se constitui em uma atividade no componente curricular de estágio obrigatório em Serviço Social, servindo também para o relato de experiência para o trabalho de conclusão de curso. Nele é proposta a elaboração de uma intervenção juntamente com o público alvo da instituição na qual são cumpridas as horas obrigatórias de estágio. O projeto de intervenção vem no intuito de agir de forma extensiva ao Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental com alunos da Escola Estadual Ubaldo Sorrilha da Costa que estão cursando o quinto ano do ensino fundamental, com a finalidade de promover debates sobre a promoção de saúde de forma que esteja inserida na Política Nacional de Humanização, Rede de Atenção Psicossocial e Sistema Único de Saúde, considerando a territorialidade onde a escola está situada, região esta que é periférica do município de São Borja.

Este projeto foi pensado a partir das demandas institucionais do CRAISM, considerando o grande índice de usuários em tratamento na rede de atenção à saúde mental por conta do uso agudo de álcool e/ou outras drogas. Nas intervenções da Assistente Social houve a possibilidade de analisar que grande parte dessas demandas se caracterizam como expressões da Questão Social, a fragilização dos vínculos familiares, como conflitos entre pais e filhos, disputa por espaço, violência de gênero, entre outras. As expressões da Questão Social notórias nas intervenções da Assistente Social tinham em sua grande parte uma procedência da adolescência que perpassa para a fase adulta. A construção desse projeto veio através de diálogos com profissionais da instituição em que se realizou o estágio obrigatório, como também pelos professores do curso de Serviço Social na Universidade Federal do Pampa. Como um ponto de partida foi sugerido que as rodas de ação e prevenção ocorressem dentro do campo universitário, com os professores e funcionários da Universidade Federal do Pampa e com a comunidade discente que também sofre com o adoecimento mental no seu dia a dia, porém, foi optado por trabalhar dentro das escolas, onde a direção escolar também procurou o auxílio de professores do curso de Serviço Social para uma intervenção que fosse de cunho da promoção e prevenção da saúde.

As expressões da Questão Social são de múltiplas facetas e geralmente chegam no CRAISM como uso de álcool ou outras drogas. A partir das diversas aproximações com o

usuário é possível notar que elas vão além do aparente, necessitando que ocorra o movimento da dialética com sucessivas aproximações com os usuários.

[...] Questão Social que, sendo desigualdade também é rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam desigualdades e a ela resistem e se opõe. É nessa tensão de entre produção de desigualdade e produção de rebeldia que trabalham os Assistentes Sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2015. p.28).

Dentro da instituição são constatadas diversas expressões da Questão Social, que perpassam estigmas econômicos, de idade, cultural, gênero, entre outros quadros de personalidade. Todas essas pessoas são submetidas a pressões diárias, levando o usuário ao adoecimento mental, com alguns casos são mais agudos no momento em que levam o usuário a tentar contra a própria vida ou põem em fator de risco a vida de outras pessoas (quando isso ocorre este usuário é levado ao CRAISM). Neste espaço, ele é submetido a atendimento e tratamento que variam de acordo com cada caso, podendo chegar a 30 dias ou mais de internação para que esse usuário se recupere e não coloque em risco a própria vida ou a de seu grupo de convívio. Durante esses atendimentos são identificados múltiplas expressões da Questão Social que afetam o usuário e seu meio.

Existem dificuldades em identificar as expressões da Questão Social dentro da instituição por conta de múltiplos fatores, dentre eles a precarização. O Serviço Social não possui uma cartilha de trabalho, ele se faz de acordo com a realidade apresentada pelo usuário e pela historicidade, método dialético-crítico e totalidade. O objeto do Assistente Social é a Questão Social, fruto das relações da sociedade capitalista, que explora o ser humano dentro do cotidiano da sociedade, isso tudo de forma mistificada e alienadora. Essa exploração gera conflitos entre a classe trabalhadora e o capital, onde o Assistente Social deve intervir.

O Serviço Social tem na Questão Social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão Social apreendida como o 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 (IAMAMOTO, 2000, p.27).

A sociedade está voltada a movimentos repetitivos de um círculo econômico que produz, vende e compra. As relações sociais são pautadas em valores econômicos, onde

as emoções, sonhos e sentimentos são vendidos para manter uma estrutura econômica. Os direitos que são cedidos aos trabalhadores, são para saciar com a revolta da classe trabalhadora, dando o símbolo de luta a cada direito conquistado.

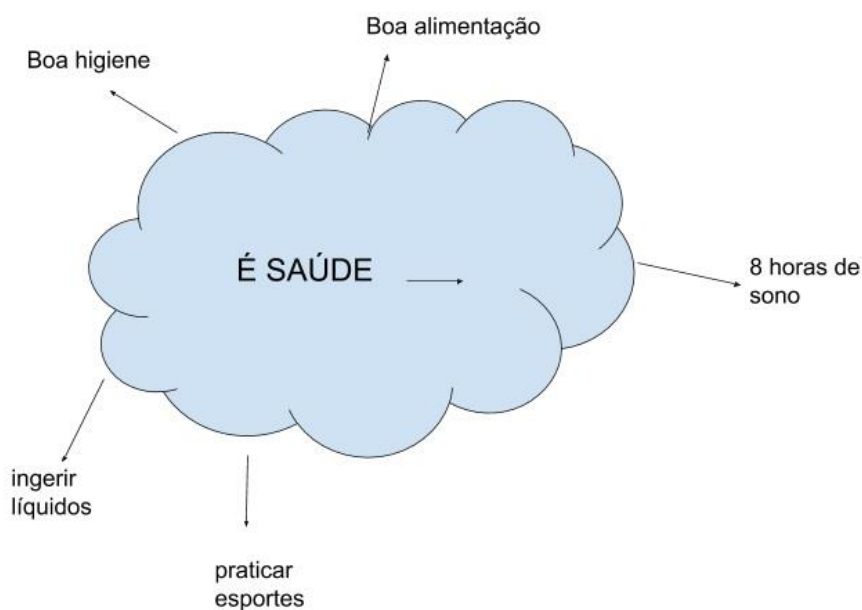
É necessário superar as demandas aparentes e emergenciais, desmistificando-as através de estratégias de enfrentamento. Lembrando que as políticas sociais não dão conta das demandas institucionais e de reparar a Questão Social, apenas servem como modo de controle da sociedade burguesa e não busca promover o bem estar e sim mistificar, fazendo com que os usuários pensem que os direitos estão garantidos, quando apenas são ações de tapa buraco, frutos da riqueza produzida e conseqüentemente geradores de pobreza. Com isso, é importante que o Assistente Social não fique dentro das instituições trabalhando de forma automática, mas sim que conduza estratégias para fazer o movimento da dialética.

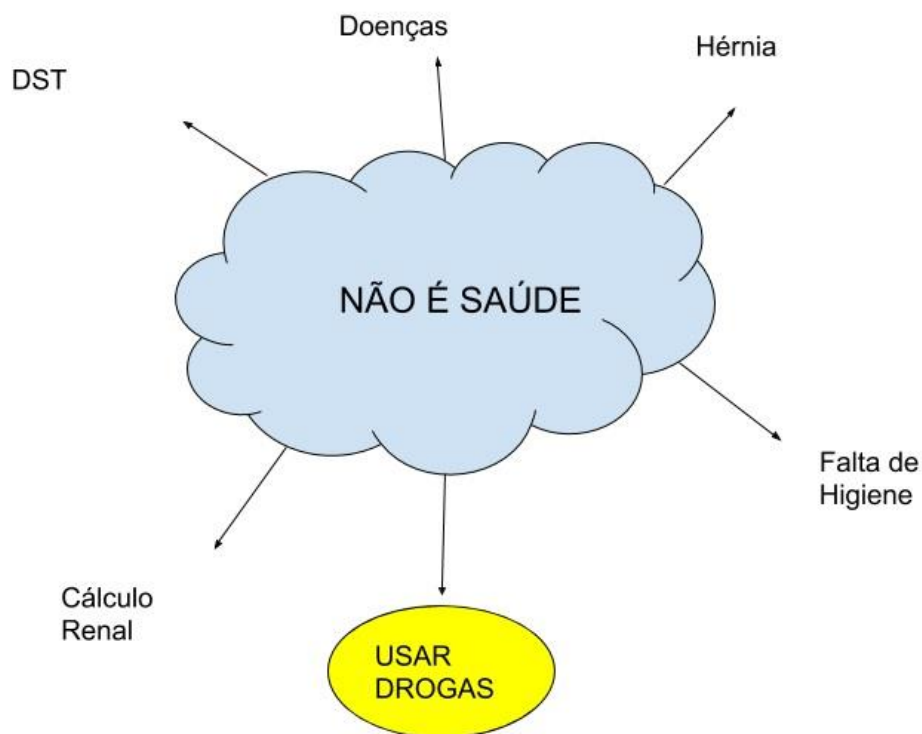
A relação que o profissional estabelece com seu objeto de trabalho -, as múltiplas expressões da Questão Social, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha -, dependem do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas (IAMAMOTO, 2010.p.421).

Para romper com a visão equivocada da política vista como negativa na sociedade é preciso trabalhar a criticidade, levar os sujeitos a pensarem e refletirem sobre os conceitos que são dados. Fazer uma “visão de 360°” e ver como os valores morais e os costumes se perpetuam nela, para assim chegar à ética política. O Assistente Social trabalhando com/sob essas tensões causadas pelas desigualdades (como exemplo as expressões sociais, a fome, o adoecimento mental, uso abusivo de álcool e drogas, evasão escolar, violência familiar...) possui relativa autonomia. Não existe uma receita certa para a sua atuação, mas intervenções feitas através da teoria em conjunto da prática, sempre mantendo uma intencionalidade nas ações profissionais, levando o usuário a problematizar a sua realidade desmistificando as relações de trabalho e capital, fazendo articulações, intervindo na exploração da classe trabalhadora, buscando sempre a criticidade do sujeito. Entende -se que para que ocorra esse “implante” da “sementinha da práxis” deve ser feito um diálogo na “língua” do usuário, visando mecanismos na qual eles consigam refletir sua historicidade. Um desses mecanismos é o uso de rodas de conversa, onde se faz possível uma intervenção ligada às questões nas quais os usuários se identificam (como a música ou teatro, filmes, desenhos, dinâmicas...).

No projeto de intervenção busca-se resgatar nos usuários a perspectiva de que eles são assegurados por direitos na sociedade e que as políticas públicas não são favores prestados, mas sim garantidos pela Lei. Também resgatar vínculos com o meio social no qual convivem diariamente, deste modo garantindo a presença do SUS dialogando em rede com a política de educação, demonstrando que ações humanizadas são possíveis e podem garantir bons resultados, especialmente a médio e longo prazo, tanto na redução das internações quanto no acesso humanizado.

. FIGURA 4 REFERENTE A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:





Em determinado momento, um dos alunos falou sobre o uso de drogas como um fator de risco para a saúde. A partir da fala dele, deu-se início a um trabalho reflexivo sobre quais os tipos de drogas os alunos possuíam conhecimento, surgiram nomes como maconha, heroína, crack, cocaína, lança perfume, droga zumbi, também surgiu um conjunto de drogas que são consideradas lícitas pela sociedade, como o álcool, cigarros e remédios.

A partir das informações coletadas, foi realizado um questionamento sobre quais as diferenças entre as drogas lícitas e ilícitas, perguntas sobre o que eles pensavam sobre a ação delas no corpo humano, quais eram prejudiciais e se as drogas lícitas também são prejudiciais para a saúde. Na medida em que os alunos foram se sentindo confortáveis para conversar foram respondendo, em sua grande maioria a resposta correspondeu que as drogas lícitas não eram prejudiciais a saúde como as ilícitas, alguns poucos alunos responderam ao contrário. Chegamos então à síntese de que toda droga em excesso é considerado um fator prejudicial para a saúde.

Aproveitando a discussão, foi questionado se eles sabiam para onde recorrer caso estivessem com problemas de saúde. Surgiram respostas como médicos, hospitais e postos de saúde. Neste sentido foi abordado sobre o SUS como um tripé universal da seguridade social brasileira, ou seja, um direito para todos em suas diferentes

modalidades, seja como um tratamento, curativo ou seu principal eixo: a prevenção. A roda de conversa foi finalizada com um vídeo reflexivo sobre o SUS e os direitos no seu atendimento.

Segundo CFESS (2010), existe uma série de parâmetros para a atuação do serviço social que são importantes quando se fala em direito dos usuários enquanto cidadãos no SUS, envolvendo valores humanitários, alguns exemplos são: a luta articulada enquanto classe trabalhadora, divulgação de informações, uso da rede multiprofissional, garantia de participação comunitária, etc.

Na terceira fase do projeto de intervenção, buscou-se parceria com o Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município de São Borja, para que participassem da roda de conversa abordando sobre sexualidade e redução de danos, por considerar que são profissionais capacitados para abordar esse tema com adolescentes, observando que um dos fatores que os professores e equipe da diretoria obtinham preocupação era sobre sexualidade aflorada (apesar da idade dos alunos e alunas da escola Ubaldo). Houve também a preocupação da escola em falar sobre esse tema, por receio de serem responsabilizados por um mau entendimento da família com a escola.

Durante a roda de conversa, conduzida por uma Pedagoga e uma Enfermeira, houve alguma relutância por parte dos jovens nas conversas, demorando para que tivessem enfoque no tema, visto que para alguns a sexualidade é um tema que costuma virar motivo de “chacota”. Foram abordados temas como o crescimento e as mudanças que o corpo humano apresenta durante a puberdade, sobre as diferentes formas de família que a sociedade possui, mostrando que existem casais formados por duas mães, dois pais, entre avós e netos ou outros graus de parentesco, também sobre orientação sexual e gênero, reduzindo o *bullying* dentro de escolas.

Por último, a redução de danos nas doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência com o uso de métodos contraceptivos, exemplificando camisinhas tanto femininas como masculinas e uso de anticoncepcionais, previstos como direitos sexuais e reprodutivos⁴. A relevância desta discussão está na possibilidade das crianças e adolescentes amadurecerem a formação da sua identidade, tendo como parâmetro conceitos contemporâneos que respeitam a subjetividade de cada um e que possam ter o direito de planejar sua vida e decidir o momento certo de gerar uma vida. Levando em

⁴ Prioridade do governo apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar (BRASIL, 2005).

consideração que crianças e adolescentes não possuem em sua grande maioria meios de sustentabilidade ou, no caso das meninas, um útero formado completamente. Uma gravidez inesperada pode ser um desencadeador do adoecimento mental.

A quarta fase do projeto de intervenção ocorreu novamente de forma multiprofissional, contando com a presença de uma psicóloga do município de São Borja trazendo como tema central a depressão. Antes de iniciar a roda de conversa, foi proposto para que os alunos levantassem e fizessem uma atividade dinâmica, com finalidade de interagir com os alunos de forma que os deixassem interessados no assunto. Durante a roda de conversa foram abordados assuntos como a diferença entre pessoas tristes e deprimidas com pessoas transtorno depressivo, também explicando o que realmente é a depressão, onde a OMS considera a depressão como um transtorno mental que acontece com frequência, independentemente de faixa etária. Também foram evidenciados sintomas, como perda de interesse em hobbies, falta de apetite, insônia e transtornos decorrentes, como ansiedade e transtorno bipolar. Evidenciaram-se também maneiras de prevenir por meio de diálogos com os profissionais, exaltando sobre a rede de atenção psicossocial como uma fonte de recurso para pessoas que estejam com a saúde mental fragilizada.

Durante a roda de conversa foi possível perceber que a sala contava com a presença dos responsáveis de alguns alunos que tinham o comportamento mais agitado. Tal fato deixou os alunos mais reservados durante a roda de conversa, demonstrando receio em interagir. Entende-se que a presença às vezes do professor ou de um familiar pode interferir no resultado de uma intervenção.

Com as quatro fases de desenvolvimento do projeto de intervenção foi possível fazer uma análise sobre o adoecimento mental ocasionado da Questão Social. Durante as intervenções, muitas das expressões da questão que iam surgindo na roda eram as mesmas que os usuários do CRAISM enfrentam e que ocasionam o adoecimento mental, são elas: a fragilização do vínculo familiar, que na parte da infância e adolescência acaba se tornando crucial para o modo de crescimento daquela criança ou adolescente; também a pobreza que obriga os jovens a procurar um emprego, alimentando o trabalho infantil (no caso no município de São Borja, o recurso se torna o lixão). Por isso a importância de um trabalho de promoção e prevenção que respeite os princípios do SUS e que traga a PNH como eixo principal do trabalho, dando protagonismo aos usuários.

[...] ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias. fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (HUMANIZASUS, 2004, p.3).

A prestação dos serviços sem o olhar de julgamento ao próximo, fazendo uso da rede RAPS, que fala sobre o desenvolvimento do território, ou seja, da comunidade que esse usuário está inserido, entendendo múltiplos fatores para proporcionar o bem estar.

4.2 Avaliação e Monitoramento do Projeto de Intervenção Rodas de Ação e Prevenção

Conta-se aqui com o sistema onde foi monitorado e investigado sobre as necessidades que vão surgindo no decorrer do projeto de intervenção. prevendo que o quadro é aberto a novas demandas e com a finalidade de garantir eficiência no projeto de intervenção.

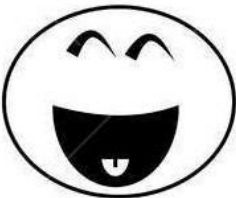
TABELA 3 SOBRE OBJETIVOS, AÇÕES, METAS E INDICADORES:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	AÇÕES	METAS	INDICADORES DE RESULTADOS
Realizar dinâmicas nas rodas de conversa com o intuito de resgatar fortalecer sua identidade como um sujeito na sociedade, também levantando sua auto-estima, ajudando no seu processo de recuperação da saúde mental.	Abordar conteúdos específicos da Saúde Mental nas rodas de conversa.	Dar voz aos usuários, fazendo com que tenham um espaço de construção de democracia.	Capacidade de discussão e participação dos usuários nas dinâmicas oferecidas pelas rodas de conversa
Mapear outras expressões da Questão Social que estão mascaradas em suas relações	Através das rodas de conversa identificar outras demandas para que seja feita uma	Fazer uma vez por semanas as rodas de conversa com as temáticas determinadas pelas	Número de rodas de conversas feita ao total do decorrer do projeto.

sociais no cotidiano, construindo no coletivo um modo de enfrentamento dessas expressões.	intervenção de acordo com as várias expressões da Questão Social que sejam apresentadas.	facetas das expressões da Questão Social	
---	--	--	--

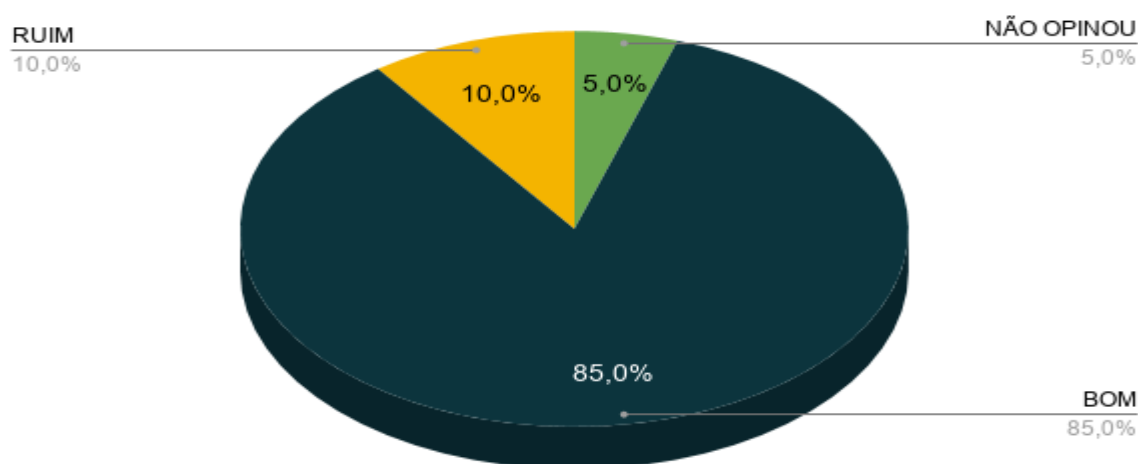
TABELA 4 - SOBRE O QUESTIONÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Foi adotado um meio de avaliação para os quatro encontros feitos, onde através de um questionário contendo perguntas objetivas e também um espaço para sugestão de temas que os usuários queiram abordar, não sendo necessária a identificação.

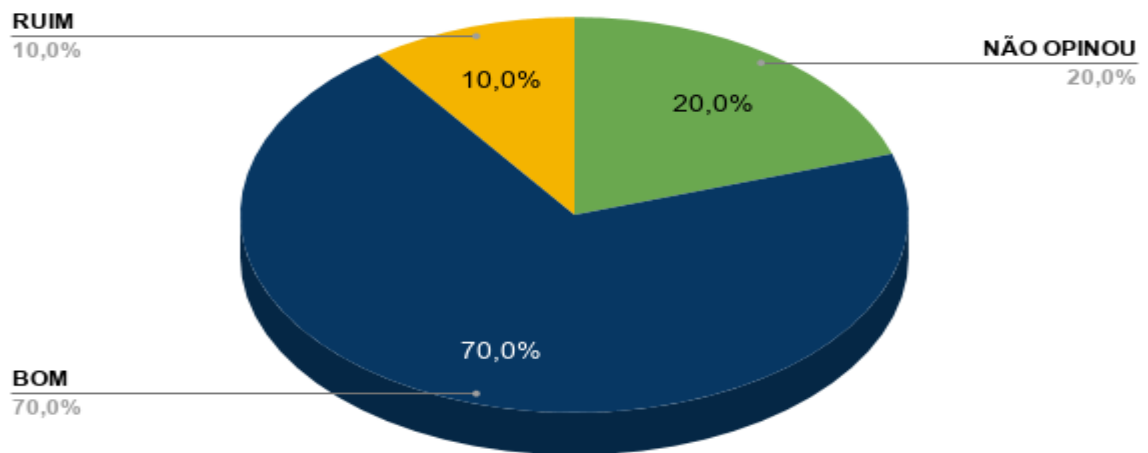
Como você avalia as rodas de conversa?		
Como você avalia o conhecimento passado durante as rodas de conversa?		
Você avalia importante as os assuntos conversados?		

Você tem algum assunto que gostaria que fosse conversado?	
---	--

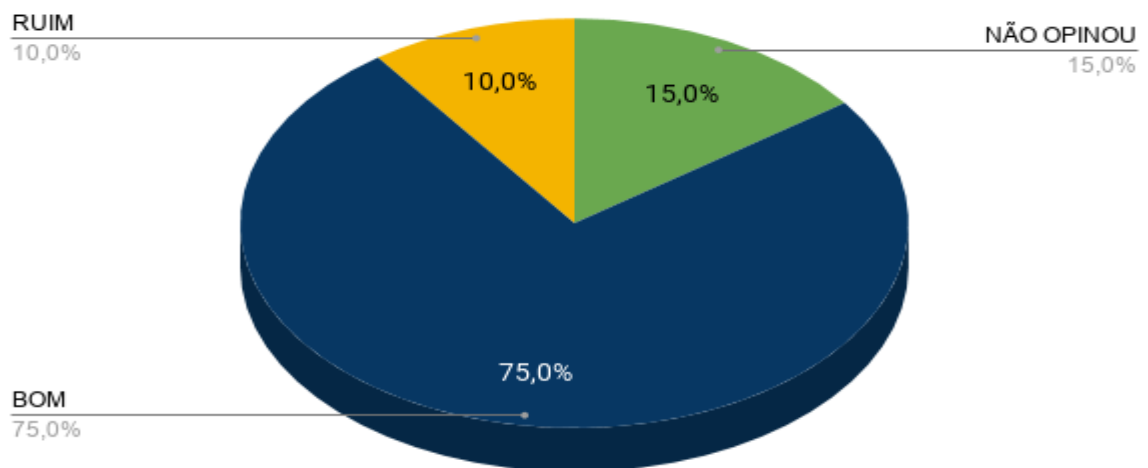
1. Partindo do total de 20 alunos respondendo o questionário, a primeira pergunta era como você avalia as rodas de conversa? obteve-se a porcentagem de 10% dos alunos da escola, marcaram como não sendo bom o tema apresentado, outros 85 alunos aderiram o tema como sendo algo positivo, já 5% não souberam opinar.



2- Analisando o total de 20 alunos, foi questionado sobre como você avalia o conhecimento passado durante as rodas de conversa? Como resposta 10% consideraram ruim o conhecimento adquirido, 70% considerou um bom conhecimento adquirido nas rodas de conversa, 20% não souberam opinar.



3- Analisando o total de 20 alunos respondendo o questionário, foi feita a pergunta, você avalia importante os assuntos conversados? Os resultados chegaram a uma marca de 10% não consideram importantes os assuntos trabalhados nas rodas, 75% consideram importantes os assuntos e outros 15% não souberam opinar.



Não ocorreram sugestões de temas para as rodas de conversa, apenas alguns professores fizeram solicitação de mais encontros, pois consideram importante falar sobre saúde na escola. Avaliando os gráficos, é perceptível que existe uma taxa de rejeição em todas as três perguntas e de acordo com uma análise feita em sala de aula percebe-se que em todo sistema de aprendizado existe uma resistência por parte de alguns alunos no aprendizado, *déficit* este que pode ser causado por inúmeros motivos, (exemplos: hiperatividade, problemas familiares, sono e também o desinteresse pelo modelo de educação escolar). Durante o projeto de intervenção foi evidenciado que a turma possuía problemas com a falta de interesse em sala de aula, para isso ocorrendo a necessidade de estudar mecanismos que os deixassem mais interessados. Deste modo optamos por utilizar dinâmicas e o uso de tecnologias disponíveis em sala de aula.

Algo que observamos acontecer em sala de aula foi os alunos parecem ser oprimidos pela forma como a educação é oferecida de modo hierarquizado. No livro a Arte de Educar de Paulo Freire, observa-se a seguinte citação:

O fundamental é que o professor e alunos saibam que a postura deles, do professor e dos alunos, é dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O que importa é que professor e alunos se assumam epistemologicamente curiosos. Neste sentido, o bom professor é o que consegue, enquanto fala trazer o aluno até a intimidade do movimento de seu pensamento. Sua aula é assim um desafio e não uma "cantiga de ninar". Seus alunos cansam, não dormem. Cansam porque acompanham as idas e vindas de seu pensamento, surpreendem suas pausas, suas dúvidas, suas incertezas (FREIRE, 2002, p.52).

Na educação, essa postura aberta para diálogo aluno e professor, sem uma relação de hierarquia, é fundamental tanto para o aprendizado e interesse do aluno, como também para a saúde mental. O diálogo aberto é essencial, visando que muitas vezes os professores são a única porta aberta para as crianças e adolescentes perante as opressões vistas nas demais expressões da Questão Social presentes em seus cotidianos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O objetivo geral deste relato de experiência é falar sobre os processos de humanização na atenção integral da saúde mental vista sob olhar do serviço social dentro do Hospital Ivan Goulart no Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental, no município de São Borja. Para isso, foram retomados pontos importantes para se entender o olhar do Serviço Social que, através do método dialético crítico, busca sempre o entendimento da totalidade, considerando um conjunto de fatores que vão da historicidade do sujeito às demandas aparentes que são dadas pela instituição, necessitando de sucessivas aproximações e intervindo nas expressões da Questão Social que vão surgindo durante o processo.

Trazendo uma breve retomada da história da Saúde Mental que contextualiza sua trajetória de luta, onde as definições de loucura da época eram remetidas a conceitos voltados a realidade da época, que considerava qualquer doença como uma desgraça divina. Também ocorriam internações advindas de conceitos machistas, onde os maridos possuíam direito total sobre o corpo da mulher e as internaram, no intuito de se livrar das responsabilidades matrimoniais. As pessoas eram jogadas em hospitais psiquiátricos sem perspectiva de alta. Após um cenário de luta envolvendo os trabalhadores brasileiros, ocorreu a reforma sanitária, uma proposta de melhora para a realidade vivida no Brasil que passava por momentos de açoitamento nos direitos civis. A reforma sanitária ajudou a reduzir índices que eram assombrosos no Brasil, como a mortalidade infantil, fazendo uso de propostas de uma reforma na infraestrutura, possibilitando acesso a saúde para a população. Também a partir da 8ª Conferência da Saúde (1986), surgiu uma proposta vista como primordial para a sociedade brasileira. que foi a de unificar a saúde para que mais tarde ocorresse a criação do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde com a Lei 8.080/1990 propõe a saúde brasileira com ações que não são apenas na perspectiva da cura, mas também em ações de promoção, prevenção, redução de danos entre outras medidas, garantindo uma série de direitos que são responsáveis por manter uma boa condição de saúde, não apenas na parte física, mas também psicossocial e funcionando com diretrizes que norteiam para a humanização nos atendimentos. Com a criação do Plano Nacional de Humanização, houveram definições importantes voltadas para os métodos e técnicas de trabalho para as equipes de saúde,

como o trabalho de acolhimento sem julgamentos, ouvindo as demandas de forma responsável e resolutiva.

Com o Sistema Único de Saúde e PNH, a reforma psiquiátrica é um movimento conquistado com lutas contra os hospitais psiquiátricos conhecidos popularmente como manicômios, onde as pessoas internadas eram tratadas de forma violenta e seus direitos não eram respeitados. A partir da reforma psiquiátrica nasceram as instituições alternativas coordenadas pela rede de atenção psicossocial, assim permitindo a criação de atendimentos voltados para a saúde mental em diferentes complexidades, como os Centros de Atenção Psicossocial, Estratégias de Saúde Familiar, Consultório de Rua, Hospitais de referência, entre outros. Com medidas de prevenção, cuidado e também curativos, esses centros alternativos vem com o propósito de substituir os hospitais psiquiátricos.

No município de São Borja existe um Centro de Referência Integral à Saúde Mental, voltado para o atendimento de situações agudas, ou seja, aquelas onde a pessoa sofre ou pode colocar alguém em risco de vida. Mesmo sendo um Hospital de referência que deveria seguir todas as diretrizes, ela acaba tendo limites em algumas situações que vão da parte de falta de treinamento de equipes nos manejos com as pessoas internadas à infraestrutura, onde as pessoas ficam trancadas com cadeados e por janelas com grade. Em outros pontos, o Centro Regional de Atenção Integral à Saúde Mental tem lados positivos, como a tecnologia do local, quartos com tv, salas de recreação, equipe multiprofissional. Com o Estágio I e II, foi possível observar nas sucessivas aproximações que as expressões da Questão Social eram desenvolvidas na fase criança e adolescente e foram perpetuadas para a fase adulta; com isso buscou-se fazer um projeto de intervenção que trabalhasse a longo prazo os fundamentos de promoção à saúde. Fazendo o projeto em uma escola que estivesse em um território vulnerável no município de São Borja, todo processo aconteceu de forma humanizada, obtendo o máximo de diálogo nas rodas de conversas, dando voz aos alunos para que trouxessem assuntos que seriam apropriados e relacionados às vivências dos participantes.

A partir das abordagens realizadas com os alunos da escola, foi possível quebrar com uma visão messiânica, onde o serviço social consegue “salvar” qualquer pessoa que está passando por uma violação de direitos. Isso foi notado a partir do momento que o público alvo não aderiu 100% ao projeto de intervenção. É perceptível que a educação brasileira ainda possui pontos de desequilíbrio, onde os professores são vistos em um pedestal hierárquico, não deixando os alunos a vontade para dialogar. É importante que

isso seja trabalhado, pois a escola tem um papel fundamental para a saúde brasileira, sendo ela uma das principais portas para que os alunos tenham espaços de diálogo com o professor sobre sua vivência.

Fica corroborado com esse trabalho que a saúde e a humanização estão em toda vivência do ser humano, sendo elas feitas através de um conjunto de ações como a promoção de espaços comunitários de diálogo, na educação, na parte hospitalar, entre outros. Para que se obtenha saúde mental, deve existir um apoio em rede que garanta moradia, qualidade de vida, saneamento básico, cultura e lazer. Especifica-se que durante a vivência do estágio obrigatório ocorreram muitos descasos com a saúde mental, onde o atendimento deixou de ser humanizado e passou a ser muitas vezes a ser culpabilização do sujeito, também a precarização das relações de trabalho, onde o Hospital para cobrir custos deixou apenas uma Assistente Social para um hospital de um município com aproximadamente 61.000 habitantes. Estamos longe de um modelo de exemplo de saúde, mas pequenos passos devem ser dados em busca de uma sociedade engajada na luta e que venha a garantir direitos iguais para todos e que por seqüência venha a prevenir o adoecimento mental.

6 REFERÊNCIAS:

ALCANTARA, Luciana; VIEIRA, João.M. **Serviço Social e Humanização na Saúde: Limites e Possibilidades. Textos e Contextos V.12.** Porto Alegre, 2013.

AMARO, Sarita. . **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa.** Porto Alegre: Editora AGE, 2003.

BARCELLOS, Warllon.S. **O Exercício profissional do Serviço Social nas políticas de saúde mental e drogas/** Warllon de Souza Barcellos, Miriam Thaís Gutteres Dias, Andrea Valente Heidrich. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética: fundamentos sócio-históricos.** ed 4. Editora Cortez, São Paulo/SP, 2008.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Sociedade. CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. CFESS: Brasília, 2003.** (Curso de capacitação ética para agentes multiplicadores - Ética e Sociedade).

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Fundamentos éticos do Serviço Social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social.** Brasília, CEAD/UNB/CFESS/ABEPSS, 1999.

BEHRING. Elaine R. **Política Social no contexto da crise capitalista. In: Serviço Social: direitos profissionais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez 2011.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.**

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redireciona o modelo assistencial em saúde mental. DF, 2001.

_____. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria, Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DF, 2011.

_____. **LEI 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília:DF, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais - 2.ed-** São Paulo, Cortez,2007.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do trabalho da Assistente Social na atenção primária em saúde (aps) no século XVI:** Um estudo da produção teórica do serviço social brasileiro. Porto Alegre: PUC-RS, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Constituição do Sujeito, A produção de valor de Uso e a Democracia em Instituições:** O Método da Roda. São Paulo, editora HUCITEC, primeira edição, maio/2000; quarta edição, 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

Giovanella et al. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde:** metodologia de avaliação e intervenção. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

IAMAMOTO, Marilda V. 2015, **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 26ª Ed. São Paulo: Cortez.

IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e Questão Social. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela **O Serviço Social na cena contemporânea**. In CFESS e ABEPSS (Org). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IANNI, Octávio. **Revista HISTEDBR on-line**, Campinas/SP, número especial. P.397-416, abr 2011 ISSN-1676-2584.

IAMAMOTO, Marilda V. 2015, **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26ª Ed. São Paulo: Cortez.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MENDES, E. V. **Uma experiência bem-sucedida de rede de atenção à saúde no SUS**: o programa mãe curitibana (PMC). As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, René (org.). **Patologia do trabalho**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**-1.ed-São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO. José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: Uma análise do serviço social no Brasil pós64.16ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PRATES, Jane Cruz. **O Método Marxiano de Investigação e o Enfoque Misto na Pesquisa Social**: uma revelação necessária. Textos e Contextos v.11. Porto Alegre, 2012.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do Assistente Social:** conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipação>. Acesso em: 27 de Jan. de 2015.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social.** In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social:** Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, CEAD/UNB/CFESS/ABEPSS, 1999.

TÜRCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Serviço Social:** Metodologia da Prática Dialética. Editora Graturck. Porto Alegre/RS, 2012.

TURCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Serviço Social: Os Processos de Trabalho dos Assistentes Sociais Elaboração de Documentação:** Implementação e Aplicabilidade. 3. ed.ver.atual. Porto Alegre: Graturck, 2012.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.