

Universidade Federal do Pampa

Trabalho Final de Graduação

**LIMITES E POSSIBILIDADES DA
INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE
SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE**

**Acadêmica: Dariele Lemos
Orientador: Prof. Dr. Walter Firmo de Oliveira Cruz**

**SÃO BORJA/RS
2015**

DARIELE LEMOS

Limites e possibilidades da intervenção do Assistente Social no contexto hospitalar

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: Prof. Dr. Walter Firmo de Oliveira Cruz

**São Borja
2015**

DARIELE LEMOS

Limites e possibilidades da intervenção do Assistente Social no contexto hospitalar

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: 23/01/15

Banca examinadora:

Prof. Dr. Walter Firmo de Oliveira Cruz
Orientador
UNIPAMPA

Prof.Me. Jocenir de Oliveira Silva
UNIPAMPA

Prof. Me. Solange Emilene Berwig.
UNIPAMPA

Dedico este trabalho às mulheres da minha vida: minha mãe Elize, minha madrinha Dete e minha prima-irmã Daniele, sem as quais não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTO

Agradeço de coração a todos que fizeram e fazem parte da minha jornada. A todos que acreditaram em mim, me apoiaram, me deram forças para superar os obstáculos e seguir meu caminho.

A minha grande família que sempre acreditou em mim, me apoio em todas as minhas decisões, muito obrigada. Saibam que vocês são um dos principais motivos por eu nunca desistir de lutar pelo que quero e acredito, por vocês, para vocês e com vocês vou longe. Amo muito vocês, obrigada por fazerem parte da minha vida.

Aos meus amigos(a) que sempre me incentivaram, me ajudaram e enviaram energias positivas para que eu conseguisse concluir esta trajetória tão importante para mim. Aos amigos de longa data, que estão presentes em todos os momentos mesmo quando distantes, obrigada pela paciência e compreensão por eu não estar tão presente nos últimos tempos e principalmente obrigada por permanecerem sempre na torcida pelo meu sucesso, amo vocês!

Aos amigos conquistados durante a graduação, um belo presente do destino, obrigada por tornarem essa caminhada mais leve, divertida e agradável, obrigada pelo carinho e incentivo, foi essencial para eu seguir em frente. A todos os colegas de graduação, obrigada. Levo todos no coração.

Aos mestres que tive a oportunidade de conviver, durante o processo de formação, que compartilharam seus conhecimentos e suas vivências dedicando-se a formação de profissionais críticos e comprometidos com a profissão, obrigada. Ao professor Me. Walter Firmo Cruz que me auxiliou na elaboração do Trabalho Final de Graduação - TFG, obrigada pela paciência, pela dedicação, pelas conversas, que foram essenciais para a realização desse trabalho. Obrigada por ser tão bacana.

Aos profissionais que convivi durante o estágio supervisionado I e II no Hospital Ivan Goulart. Em especial, muito obrigada à assistente social Cíntia Saldanha Lersch, que realiza um trabalho exemplar na instituição e me proporcionou vários aprendizados.

Aos usuários dos serviços de saúde mental que tive a oportunidade de acompanhar durante o estágio, os quais me ensinaram muito e recordo-me com muito carinho, obrigada!

Sou extremamente grata a todos que estiveram comigo durante esse processo e desejo que a imensa felicidade que sinto nesse momento retorne a todos vocês. Obrigada!

“Eles se encontram no cais do porto pelas calçadas
Fazem biscates pelos mercados, pelas esquinas,
Carregam lixo, vendem revistas, juntam baganas
E são pingentes das avenidas da capital
Eles se escondem pelos botecos entre cortiços
E pra esquecerem contam bravatas, velhas histórias
E então são tragos, muitos estragos, por toda a noite
Olhos abertos, o longe é perto, o que vale é o sonho
Sopram ventos desgarrados, carregados de saudade
Viram copos viram mundos, mas o que foi nunca mais será...”

Desgarrados – Mário Barará

RESUMO

O presente Trabalho Final de Graduação - TFG refere-se a uma reflexão teórico-prática do Estágio Supervisionado I e II no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, campus São Borja. O estudo tem como tema os limites e as possibilidades da intervenção do Assistente Social na área da saúde assim como a intervenção do profissional junto aos usuários dos serviços de saúde mental. A escolha por tal tema se deu devido à necessidade de discutir a prática do profissional na área hospitalar, observada ao longo do estágio supervisionado.

Palavras-Chave: Serviço Social. Área da saúde. Saúde mental.

RESUMEN

Este Proyecto de Graduación Final - TFG se refiere a una reflexión teórica y práctica de la supervisadas prácticas I y II en el curso de Servicio Social de la Universidad Federal de Pampa - UNIPAMPA, campus São Borja. El estudiante tiene como tema los límites y posibilidades de la intervención del trabajador social en el campo de la salud, así como la intervención profesional con los usuarios de los servicios de salud mental. La elección de este tema se debió a la necesidad de discutir la práctica del profesional en el área hospitalaria, observado durante el entrenamiento supervisado.

Palabras clave: Servicio Social. Salud. La salud mental.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Os Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades.....	25
Tabela 2 – Normativas relacionadas à saúde mental publicadas no Brasil.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia da Saúde da Família

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PEPP – Projeto Ético-Político Profissional

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SERVIÇO SOCIAL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO	14
2.1O objeto em foco	19
2.2O Assistente Social na área da saúde	21
2.3O Assistente Social no contexto hospitalar.....	28
3 SAÚDE MENTAL: UM BREVE HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E TRATAMENTOS NO PAÍS.....	32
3.1O Serviço Social e a saúde mental	37
4 O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL IVAN GOULART	39
4.1A experiência da prática de estágio	40
5 REFLEXÃO CRÍTICA DO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO	44
6CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	56

1INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi pensado a partir da vivência do estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no Hospital Ivan Goulart – São Borja/RS ao longo do ano de 2013. O Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, intitulado “Limites e possibilidades da intervenção do Assistente Social na área da saúde”, tem como objetivo fazer um relato e reflexão teórico-prática da intervenção do assistente social na área da saúde, com ênfase nos atendimentos realizados aos usuários dos serviços de saúde mental. Pretende-se discutir os limites e as possibilidades da atuação do assistente social na área hospitalar e os atendimentos realizados a estes usuários.

O serviço social na instituição é recente, implantado no ano de 2004, com a finalidade de garantir um atendimento que abrangesse as demandas dos usuários em sua totalidade. O profissional de serviço social na instituição atua em situações de violação de direitos como negligência e abandono de pessoas vulnerabilizadas, violência, entre outras manifestações da questão social.

O Hospital possui uma Ala psiquiátrica destinada aos usuários dos serviços de saúde mental, com os quais o assistente social atua cotidianamente. Há uma grande procura pelos serviços de saúde mental na instituição em especial para atender as pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas. Durante um período, que varia entre vinte a trinta dias, a pessoa com transtorno mental permanece internada na Ala para a realização do tratamento. Após a internação o usuário com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas, é encaminhado à rede de serviços de saúde mental disponível no município ou a uma comunidade terapêutica.

O Serviço Social defende que o atendimento as pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas deve ser realizado através dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSAD, hospitais gerais e consultórios de rua, conforme especificado na Lei nº 10.216, posicionando-se assim contra o encaminhamento dos usuários às comunidades

terapêuticas¹. Em vista disso, no que cabe ao Serviço Social, após a internação na Ala o usuário deve ser encaminhado à rede de serviços de saúde mental.

O TFG foi estruturado visando, em primeiro momento, realizar uma breve contextualização da profissão articulando com o processo histórico do país, de modo a ilustrar os caminhos percorridos pela profissão. O segundo capítulo trata sobre a trajetória dos serviços de saúde mental e as normativas publicadas no Brasil ao longo dos tempos. A apreensão de tais fatos é importante para analisar os serviços de saúde mental desde sua gênese e entender como se deram os atendimentos executados na atualidade.

Após a análise dos processos históricos, é exposto a forma como se dá os atendimentos de saúde mental no Hospital Ivan Goulart assim como algumas características da instituição consideradas relevantes. É feito um aparato das experiências originárias da vivência do estágio supervisionado I e II na instituição hospitalar Ivan Goulart. Descreve-se a prática realizada pelos assistentes sociais na instituição, os atendimentos, os projetos. O trabalho do profissional junto aos usuários dos serviços de saúde mental e o modelo de atendimento adotado pela instituição são pontos centrais da reflexão.

¹Tal posicionamento fica explícito em uma publicação do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, de 2014, intitulada “Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate”.

2 SERVIÇO SOCIAL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO

Dentre os inúmeros caminhos que podem ser percorridos para contar a história do Serviço Social, um seria pensá-lo como uma espécie de efeito oriundo das desigualdades produzidas pelo sistema capitalista. Nos primórdios da profissão as práticas realizadas eram basicamente de cunho assistencialista, executadas sem nenhuma ideia de teorização, dependendo apenas da boa intenção de senhoras, vinculadas à Igreja e preocupadas em ajudar aos menos favorecidos. Na metade do século XIX, como afirma Estevão (2006), as práticas assistencialistas começam a ser organizadas sobre uma base técnica, e em 1899, foi fundada a primeira escola de Serviço Social em Amsterdã dando início a cientificidade da profissão.

No Brasil o Serviço Social é implantado na década de 1930, período em que “[...] registrava-se no País uma intensificação do processo de industrialização e um avanço significativo rumo ao desenvolvimento econômico, social, político e cultural. Tornaram-se mais intensas também as relações sociais peculiares ao sistema social capitalista.” (BULLA, 2003). Frente a este cenário, a necessidade da atuação do assistente social no Brasil é identificada, pela classe dominante², como uma forma de atender as contestações (fruto das disparidades causadas pelo modo de produção capitalista) da população amenizando, as inquietações e descontentamentos. Cabia aos assistentes sociais trabalhar no sentido de promover uma adequação dos indivíduos aos princípios de dignidade da pessoa humana e do bem-comum. Estes princípios “[...] iluminaram a teoria e prática do assistente social, desde 1936 até 1960, de maneira preponderante.” (AGUIAR, 1989, p. 39)

Em 1932 foi criado, em São Paulo, o Centro de Estudos e Ação Social – CEAS que tinha como finalidade “[...] promover a formação de seus membros pelo estudo da Doutrina Social da Igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento e aprofundado nos problemas sociais, visando tornar mais eficiente à atuação das trabalhadoras sociais” (CERQUEIRA, 1944 apud IAMAMOTO & CARVALHO, 1983, p. 169). As ações executadas pelo CEAS, ainda que de caráter humanitário, acabavam servindo aos interesses da classe dominante. O CEAS foi o responsável pela instauração da primeira Escola de Serviço Social no

² Utiliza-se, ao longo deste trabalho, o termo classe dominante para se referir as classes sociais que detêm os meios de produção, sabendo que, de acordo com Marx e Engels (2007), os que possuem os meios de produção material também dispõem dos meios de produção intelectual.

Brasil, localizada em São Paulo, que seguia os moldes do Serviço Social Europeu cujo efeito, visto criticamente, findava por adequar e moldar os sujeitos mediante a ações repressivas e controladoras para atender os padrões estabelecidos pela sociedade.

Em 1938 é promulgado o Decreto-Lei nº 525 que tratava sobre a organização nacional do Serviço Social e instituía o Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS. Esta foi a primeira medida legal, em âmbito federal, referente ao Serviço Social.

Aconteceu em 1947, em São Paulo, o I Congresso Brasileiro de Serviço Social organizado pelo CEAS. Este congresso foi realizado como um preparatório para o II Congresso Pan-Americano de Serviço Social que seria realizado em 1949, na cidade do Rio de Janeiro. Neste período o assistente social atuava como executor de políticas paternalistas, que visavam principalmente à alimentação e a higiene de mulheres trabalhadoras e crianças para assim manter o funcionamento da sociedade, conforme os interesses capitalistas.

No entanto, foi somente em agosto 1957 que a profissão de Serviço Social foi regulamentada por meio da Lei 3252. Neste período o Brasil era governado pelo presidente Juscelino Kubitschek que tinha como proposta governamental o desenvolvimento econômico do país. Foi um período de ampliação do capitalismo. Em vista disso o assistente social passa a atuar junto aos usuários no sentido de garantir a maior eficiência no trabalho, evitando situações de conflito.

A partir da década de 1960 vê-se aumentar as inquietações sobre o agir do profissional de Serviço Social. As teorias que visavam à adequação dos indivíduos ao modelo de produção capitalista passaram a ser mais criticadas, pela própria categoria, exigindo assim a construção de novos modelos teóricos que fundamentassem a prática e permitissem a compreensão da realidade.

A mobilização social e política da sociedade e a mobilização interna dos assistentes sociais põem em relevo a crise da profissão em meados dos anos 1960: sua desqualificação no mundo científico-acadêmico, sua inadequação “metodológica” com a divisão em serviço social de caso, serviço social de grupo e desenvolvimento de comunidade e a ausência de uma teorização articulada. Suas práticas mais significativas se faziam longe dos graves problemas sociais, sem consonância com as necessidades concretas do povo. As ações de transformação ficavam “à margem”. (FALEIROS, 2005, p.26)

Em 1961 aconteceu no Rio de Janeiro o II Congresso Brasileiro de Serviço Social que teve como tópico central “O desenvolvimento nacional para o bem-estar social”.

Na implementação do regime militar (que durou de 1964 a 1985) o assistente social se mantinha ainda como executor das políticas sociais as quais se voltavam para os interesses da classe dominante. No entanto, é justamente neste contexto que aflora de forma intensa entre os profissionais a necessidade de repensar a profissão.

Este período é crucial para a profissão, pois surgem questionamentos, por parte da categoria, sobre a efetividade das práticas realizadas assim como a consonância dos fundamentos teóricos. Em frente a tais questionamentos se constatou a importância da ruptura com as práticas tradicionais³ do Serviço Social.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social constitui-se, no interior da profissão, num esforço para desenvolvimento de propostas de ação profissional condizentes com as especificidades do contexto latino-americano, ao mesmo tempo em que se configura como um processo amplo de questionamento e reflexão crítica da profissão. Isso se dá motivado pelas pressões sociais e demandas dos setores populares, num contexto de grande mobilização, historicamente marcado pelo acirramento das desigualdades de classes e das questões sociais em face da dinâmica da acumulação capitalista. (SILVA, 2006, p. 72)

O movimento de reconceituar a profissão implicou em definir novos conceitos e teorias que fundamentassem a prática do assistente social no contexto brasileiro e permitissem a compreensão da realidade social, a ruptura com o conservadorismo e a adoção de uma postura profissional crítica para assim dar conta das demandas.

Netto (2005, p.11) identifica quatro principais conquistas do movimento de reconceituação: a articulação entre os assistentes sociais da América Latina com o intuito de discutir assuntos da região que possuem em comum, o posicionamento político da categoria, a interlocução crítica com as ciências sociais e o pluralismo profissional.

A articulação entre os assistentes sociais se intensificou cada vez mais e a busca pelo aperfeiçoamento da categoria é foco dessa interlocução. Em 1967 aconteceu o 1º Seminário de Teorização do Serviço Social que teve a duração de

³ Termo utilizado por Netto (2005, p.6) que retrata uma “prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da “questão social””.

oito dias (de 16 a 26 de Março) na cidade de Araxá, em Minas Gerais, e cujo principal objetivo foi debater a metodologia do Serviço Social. O referido seminário originou o Documento de Araxá sistematizado em três capítulos⁴. O documento acabou por resultar em uma abordagem técnica operacional do assistente social. Na época, além deste encontro, houve também o encontro de Teresópolis que teve como ponto central discutir a “metodologia do Serviço Social em face à realidade brasileira”.

Já em 1980 foi realizado um encontro de assistentes sociais em Sumaré no Rio de Janeiro, cuja finalidade foi dar sequência aos estudos sobre a teorização do Serviço Social. “Esse documento assume uma posição funcionalista e considera que a reconceituação possa ter um caráter funcionalista sistêmico. Discute as possibilidades de um serviço social na ótica dialética e na ótica da fenomenologia, abrindo-se ao pluralismo.” (FALEIROS, 2005, p.24)

Devido às mudanças que ocorreram na profissão ao longo dos anos, se instituiu, em 1993, uma nova Lei de Regulamentação: Lei nº 8.662 de 07 de Junho. É também no mesmo ano que entra em vigor, por meio da resolução do Conselho Federal do Serviço Social – CFESS nº 273, o novo Código de Ética do assistente social. Estas normativas juntamente com as Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, definidas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS em 1996, foram a base para a elaboração do Projeto Ético-Político Profissional – PEPP.

Netto (2006) declara que o Projeto Ético-Político Profissional foi construído, “[...] por um conjunto de membros que dão efetividade à profissão”. Segundo o autor o projeto profissional refletiria a imagem da profissão:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o estado, o que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2006, p.4)

⁴No primeiro capítulo é abordada a natureza do Serviço Social os objetivos e as funções do Serviço Social, o segundo capítulo trata sobre a metodologia de ação do Serviço Social e adequação da metodologia às funções do Serviço Social e o terceiro e último capítulo é destinado ao debate sobre a apropriação da realidade pela categoria.

O projeto profissional foi formulado sobre a teoria social marxiana e tem como um de seus ideais a superação do projeto societário hegemônico por um projeto no qual não se estabeleça nenhum tipo de desigualdade, exploração ou preconceito. Ao assumir o PEPP o assistente social se compromete a adotar uma postura crítica e propositiva e para isso deve estar “[...] munido de um referencial teórico-metodológico que lhe permita apreender a realidade numa perspectiva de totalidade, e construir mediações entre o exercício profissional comprometido e os limites dados pela realidade de atuação”. (SANT’ANA, 2000, p. 90)

O oitavo princípio fundamental do Código de Ética do Assistente Social (1993) relata que a categoria opta por “[...] um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”. Sobre tal princípio se entende que cabe ao assistente social trabalhar para a elaboração e execução de políticas, em especial as de redistribuição de renda, que visem extinguir as desigualdades sociais, oriundas de sua má distribuição, gerada pelo modo de produção capitalista. O assistente social que realiza sua prática conforme os princípios que regem a categoria se posiciona abertamente contra qualquer forma de preconceito se manifestando em prol das classes que possuem um histórico sócio cultural de exploração e exclusão. A articulação em espaços democráticos como os conselhos é de extrema importância, pois permitem a discussão e a elaboração de meios para efetivação de ações assim como a propagação de assuntos.

Desta forma, a finalidade do trabalho do assistente social está voltada para a intervenção nas diferentes manifestações da questão social com vistas a contribuir com a redução das desigualdades e injustiças sociais, como também fortalecer os processos de resistências dos sujeitos (materializados em organizações sociais, movimentos sociais, conselhos de direitos...), na perspectiva da democratização, autonomia dos sujeitos e do seu acesso a direitos. (FRAGA, 2010, p. 45)

Nos dias atuais, pode-se dizer que o assistente social é um profissional que está inserido na divisão sócio técnica do trabalho “[...] produz um valor de uso (o serviço oferecido ao usuário, aos grupos, à comunidade, às organizações e às instituições) e um valor de troca (preço pago por esse serviço no mercado de trabalho)” (PRATES, 2003, p.108), assim como os demais profissionais que vendem sua força de trabalho. Em vista disso identifica-se uma das contradições implícitas

na profissão, considerando que a categoria trabalha em prol de uma nova ordem societária, ao mesmo tempo em que sobrevive deste projeto societário e sua intervenção ocorre principalmente sobre seus efeitos desordenadores. A compreensão deste fato, pela categoria, é essencial, pois é a partir desta constatação que será possível realizar uma análise crítica da profissão e ponderar sobre sua contribuição e participação na sociedade.

2.1 O objeto em foco

A partir dessa retomada histórica, é possível tornar mais claro as mudanças do objeto de trabalho do Serviço Social. Tais mudanças estão relacionadas à conjuntura política, social e econômica que se estabelecia em determinadas épocas, como esclarece Machado (1999). Sendo assim se entende que nem sempre foi à questão social o objeto do Serviço Social.

Conforme visto, nos primórdios da profissão, década de 1930, o homem em situação de vulnerabilidade social era identificado como objeto do Serviço Social. Sobre este período Faleiros (2011a, p.13) destaca “[...] as três dimensões que articulam o objeto do Serviço Social no contexto econômico, político e cultural dos anos 30: a moral, a higiene e a ordem”.

Por volta dos anos de 1950 se tem como objeto do Serviço Social a realidade na qual o sujeito está inserido. O assistente social intervinha em prol da harmonia social fazendo a mediação entre Estado e sociedade. A responsabilidade de promover melhorias na qualidade de vida dos usuários ficava sobre a responsabilidade de grupos que desenvolviam ações assistencialistas. Como exemplo de tais grupos pode-se citar a Legião Brasileira de Assistência – LBA.

No Brasil, em torno da década de 1970, o Serviço Social define como seu objeto a questão social.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. (IAMAMOTO E CARVALHO, 1983, p.77)

A questão social é oriunda da relação entre capital e trabalho sendo desta forma peculiar do sistema capitalista. Entende-se que a questão social é o próprio conflito entre capital e trabalho existe devido às disparidades causadas pelo modo de produção capitalista que divide a sociedade em classes distintas, sendo uma delas a classe dominante, que detém os meios de produção e conseqüentemente o acúmulo das riquezas socialmente produzidas e a outra é a denominada classe operária, a qual não possui os meios de produção e nem a apropriação de riquezas e depende da venda de sua força de trabalho para sobreviver. Marx e Engels (2006, p.104) já alegavam que “[...] quando os antagonismos de classe, no interior das nações, tiverem desaparecido, desaparecerá a hostilidade entre as próprias nações.”

Na atualidade a formação em Serviço Social almeja capacitar os sujeitos para intervir nas manifestações da questão social.

Os Assistentes Sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão Social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (IAMAMOTO, 2005, p. 28)

De acordo com a afirmação de Iamamoto, as expressões da questão social se materializam em forma de desigualdade, mas também em forma de rebeldia. Por materialização das expressões da questão social em forma de rebeldia destacam-se os movimentos sociais que afloram como um grito da sociedade em prol de um beneficiamento coletivo, a violência que pode vir a ser a válvula de escape de um indivíduo ou de um determinado grupo social que desconhece outro meio de superação da realidade posta.

Frente a estas expressões da questão social cabe ao assistente social atuar junto aos usuários na perspectiva de garantir a equidade e justiça social.

O processo de ação ou intervenção profissional não se modeliza num conjunto de passos preestabelecidos (a chamada receita), exigindo uma profunda capacidade teórica para estabelecer os pressupostos da ação, uma capacidade analítica para entender e explicar as particularidades das conjunturas e situações, uma capacidade de propor alternativas com a participação dos sujeitos na intrincada trama em que se correlacionam as forças sociais, e em que se situa, inclusive, o assistente social. (FALEIROS, 2011a, p.65)

Contudo se compreende que, por meio das expressões da questão social, é possível entender as desigualdades econômicas políticas e culturais que segundo lamamoto (2010, p. 16) são “[...] mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização”.

2.2 O Assistente Social na área da saúde

Em meados dos anos de 1970, sobre a vigência do regime militar, emerge o Movimento da Reforma Sanitária como crítica à compreensão de saúde limitada a perspectiva biológica e individual. Os ideais de luta expostos pelo movimento implicavam na universalidade das ações, democratização do acesso, participação da sociedade civil na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. Como já mencionado, neste contexto a categoria do Serviço Social estava repensando as bases da profissão.

Cohn (1989, p. 18) afirma que “no Brasil, a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de movimento. Isso traz implicações importantes. Movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado”. Deste modo se entende a Reforma Sanitária como um processo histórico contínuo e dialético.

O assistente social inserido na área da saúde detém inúmeras possibilidades de intervir nas expressões da questão social isto por que, tal área é uma das principais vias de ebulição destas manifestações, onde se torna claramente visível situações de negligência e abandono de pessoas vulnerabilizadas, violência, entre outras.

Segundo Bravo e Matos (2006, p.206) o projeto da Reforma Sanitária apresenta como demanda para o Serviço Social:

[...] que o Assistente Social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, em Ottawa, que o Movimento da Reforma Sanitária se propagou. As reivindicações

expostas pelo movimento, no Brasil, trouxeram avanços relevantes no campo da saúde, pois através das inquietações apresentadas foram elaborados os Art. 186 a 200 que compõem a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, os quais discorrem sobre o direito a saúde.

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

O referido artigo da Constituição de 1988 fundamentou a criação da Lei Orgânica da Saúde – LOS segundo o disposto nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080 propõe a regularização, em todo território nacional, das ações e serviços de saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde. Por sua vez, a Lei 8.142 trata sobre a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre o desempenho dos serviços. Sendo assim, por meio da Constituição de 1988, a saúde, a previdência social e a Assistência Social compõem o chamado tripé da seguridade social.

Com a implantação do SUS a saúde passa a ser compreendida como um direito social. O modelo de saúde brasileiro adquire novas características como “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990). A instauração deste novo modelo demanda uma equipe multiprofissional para realizar as ações propostas. Em Março de 1997 o Conselho Nacional de Saúde – CNS reconheceu, por meio da Resolução n.º 218, o assistente social como um profissional da área de saúde identificando, legalmente, a indispensabilidade da intervenção deste nas ações de saúde.

Concomitante com o Movimento da Reforma Sanitária acontecia no Brasil à chamada Reforma Psiquiátrica que tinha como objetivo alterar a conjuntura da saúde mental bem como o tratamento dado as pessoas com transtorno mental, almejando um atendimento que enxergasse o sujeito além da sua patologia, apreendendo e compreendendo sua essência. Propunha a abolição das instituições asilares e a implementação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial evitando assim, a exclusão e o isolamento do usuário com transtorno mental.

A atuação do Serviço Social na área da saúde mental tem seu início em meados de 1940 e em determinada época à prática profissional era baseada na

perspectiva higienista. A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, que enfatizava “[...] a importância da reabilitação social dos portadores de sofrimento mental, por meio de programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer [...]” (BISNETO, 2006, p.115), que se reconhece a importância do assistente social na saúde mental. Fato este evidenciado no aumento da contratação de profissionais conforme destaca Bisneto (2006). Sodré (2010, p.456) esclarece que:

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

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é fruto da inquietação da população brasileira frente à política de saúde, vigente no período, que segundo Rocha (2012, p.16) era caracterizada por medidas hospitalocêntricas, que estimulavam a indústria hospitalar da loucura, mercantilização do sofrimento mental, modelo curativo, tratamentos desumanos e enclausuramento.

Aconteceu, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, o qual adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que elucidava qual a principal luta da categoria, naquele momento. Almejava-se o fim da institucionalização das pessoas com transtorno mental propondo “a mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica” (BRASIL, 1994). Devera e Costa-Rosa (2007, p.70) destaca como proposta expressa no relatório da I CNSM “[...] a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e a reorganização dos serviços existentes no País, a definição de uma política de recursos humanos, assim como a reformulação da legislação ordinária”.

Hasteia-se a bandeira da Luta Antimanicomial no cenário brasileiro assim como a do direito a cidadania. O descaso, a violência, o desrespeito para com os usuários dos serviços de saúde mental se torna gradativamente mais visível e a necessidade de mudanças incontestável. O movimento contava tanto com a adesão dos usuários dos serviços de saúde mental quanto de seus familiares, trabalhadores

em saúde mental assim como demais sujeitos que acreditavam nos ideais do movimento.

Uma das demandas do movimento era a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental. Em vista disso, ao mesmo tempo em que acontecia o processo antihospitalocêntrico, implantava-se, de modo experimental, os serviços alternativos a hospitalização como os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Em 1992 entram em vigor as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, também são criadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. No mesmo ano ocorre, em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em 06 de Abril de 2001 é sancionada a Lei nº 10.216 de autoria do Deputado Paulo Delgado, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. Devera e Costa-Rosa (2007, p. 75) afirmam que a Lei nº 10.216 dá um novo rumo ao modelo da assistência psiquiátrica no Brasil “[...] prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. Amarante esclarece que ao longo do processo de tramitação da lei nacional

[...]oito leis estaduais e muitas leis municipais foram aprovadas e provocaram o avanço do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Listam-se a seguir as leis estaduais de reforma psiquiátrica: Rio Grande do Sul – Lei 9.716 de 07 de agosto de 1992; Ceará – Lei 12.151 de 29 de julho de 1993; Pernambuco – Lei 11.065 de 16 de maio de 1994; Rio Grande do Norte – Lei 6.758 de 04 de janeiro de 1995; Minas Gerais – Lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995; Paraná – Lei 11.189 de 09 de novembro de 1995; Distrito Federal – Lei 975 de 12 de dezembro de 1995; Espírito Santo – Lei 5.267 de 10 de setembro de 1996. (AMARANTE, 2007, p.71)

É incontestável a importância da instauração de tal lei, pois é a partir desta que os usuários dos serviços de saúde mental são reconhecidos, legalmente, como sujeitos de direitos.

A partir daí foram instituídas, por meio das Portarias nº 224 de 1992, normas para o atendimento em saúde mental, classificação e especificações sobre os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e hospitais dia. Referente aos CAPS há ainda a portaria nº 336, de 2002, que trata sobre os CAPS e suas modalidades estabelecendo novas formas de atendimento

em saúde mental. É importante considerar que o CAPS se configura como um serviço intermediário ao hospitalocêntrico enquanto o NAPS se apresenta como um modelo substitutivo aos hospitais. Devera e Costa-Rosa (2007, p.69) relatam que nos primeiros anos da década de 2000 “[...] o Ministério da Saúde elege o significativo CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico”

Os CAPS funcionam em regime diário, seus serviços de atendimento são intermediários, entre a internação hospitalar e os atendimentos ambulatoriais, e tem por finalidade evitar a exclusão social das pessoas com transtorno mental. Sobre os serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial Amarante (2007, p.83) argumenta que “[...] devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças.”

Os Centros de Atenção Psicossocial são distribuídos em modalidades de atenção a saúde mental, conforme Portaria nº 336, de modo que possam atender aos usuários, sem retirá-los do convívio social que estão habituados, respeitando as particularidades de cada um. Com o intuito de contribuir para o entendimento das modalidades dos CAPS assim como de seus critérios, foi elaborado, com base na Portaria nº 336, um quadro demonstrativo.

TABELA 1

Os Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades

	CAPS I	CAPS II	CAPS III⁵	CAPSi⁶	CAPS AD
Público	Atendimento em saúde mental.	Atendimento em saúde mental.	Atendimento em saúde mental 24 horas.	Atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes.	Atendimento em saúde mental com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas.
Faixa etária	Não há limite de idade.	Não há limite de idade.	Não há limite de idade.	Até 17 anos de idade.	Acima de 06 anos de

⁵ No caso de municípios que não dispõe dos serviços do CAPS AD, tanto o CAPS II quanto o CAPS III podem vir a atender as demandas de saúde mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

⁶ O CAPSi também atende as demandas de saúde mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

					idade.
Número de habitantes para a operacionalização	20.000 e 70.000 habitantes.	70.000 e 200.000 habitantes.	Acima de 200.000 habitantes.	Em torno de 200.000 habitantes.	Acima de 70.000.

Fonte: BRASIL, 2002.

A atuação do assistente social nestes espaços institucionais demonstra-se indispensável, pois, de acordo com Bisneto (2009, p.125) “as instituições psiquiátricas, em geral, não dão resposta à demanda global do paciente, aos seus problemas na totalidade” sendo necessário assim um profissional que intervenha junto aos usuários para além do tratamento da patologia buscando compreender as particularidades dos indivíduos não restringindo os atendimentos aos muros da instituição, pois como afirma Bredow e Dravanz (2010, p. 231) os “[...] processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, ou até mesmo políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas”.

Entre as várias possibilidades de intervenção do assistente social nos CAPS, o profissional trabalha com as “[...] questões advindas de rupturas do usuário com seu meio social” (BISNETO, 2009, p.127) buscando e construindo mecanismos de inclusão do usuário em sua comunidade, trabalhando na extinção de qualquer forma de preconceito, atuando para impedir a ruptura com os serviços de saúde mental. Contudo identifica-se o trabalho do assistente social como um processo em que, na maioria das vezes, não se obtém um resultado imediato e não há como pré estabelecer o fim da intervenção visto que se trabalha com uma realidade dinâmica e mutável.

Os assistentes sociais precisam ter clareza sobre o propósito da atuação profissional nos serviços de saúde mental, pois é esta compreensão que direcionará a prática a ser exercida. Entende-se que o trabalho do profissional de Serviço Social na saúde mental está em buscar meios para garantir a efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental, dialogar com os familiares e comunidade de modo a eliminar preconceitos, trocar informações, esclarecer dúvidas, entre outras possíveis formas de intervenções que atendam as demandas dos usuários propiciando a efetivação dos direitos e a qualidade de vida destes.

De acordo Bredow e Dravanz o assistente social deve buscar “[...] estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo usuário na sua plenitude, bem como os serviços que são possíveis de serem acessados”. O trabalho do assistente social perpassa a perspectiva curativa, sendo por meio do olhar sensível e crítico, característico do profissional, possível enxergar o usuário além do seu transtorno mental, apreender a realidade em que este se encontra, compreender as particularidades do sujeito e, deste modo, colaborar na elaboração da melhor estratégia de enfrentamento às demandas do usuário.

Para efetivar as ações em saúde mental é indispensável à execução de um trabalho em rede. Sobre o trabalho em rede Rocha (2012, p.62) discorre que “[...] é uma forma de romper com os limites da política social setorial (principalmente na saúde mental) e promover um tratamento que responda as múltiplas expressões da questão social” propiciando assim uma qualidade maior nos atendimentos aos usuários visto que se ampliam os recursos de prestação de serviço, há um acompanhamento mais complexo e consecutivamente uma apropriação maior da historicidade deste.

As ações em saúde mental exigem um trabalho multidisciplinar, porém realizar um trabalho sobre tais pressupostos tem suas delimitações especialmente nos dias atuais em que as relações sociais são cada vez mais rápidas e imediatistas. Fraga (2010, p. 57) argumenta que a falta de tempo é um dos grandes empecilhos para o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar assim como “[...] a sobrecarga de trabalho que demarca esse período em que se vive e a falta de oportunidades para planejamentos em equipe, surgindo, assim, a internet como alternativa para trabalhar conjuntamente, de maneira virtual.” A autora ainda pontua que

[...] a ação do assistente social precisa ser norteada pela equação a seguir: postura investigativa + intervenção profissional + interdisciplinaridade= ação profissional com alcance social, que, por sua vez, será mediada pela intervenção nas diversas manifestações da questão social. (FRAGA, 2010, p.60)

O trabalho do assistente social nos serviços de saúde mental deve ser repensado cotidianamente frente a cada demanda, considerando o campo de saúde mental um processo social complexo. Amarante (2007, p.63) explica que “[...] um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões

simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões”.

No ano de 2000 é instituída a portaria nº106 do Ministério da Saúde que dispõe sobre as residências terapêuticas.

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000)

Essa portaria colabora para a desinstitucionalização dos usuários que, após permanecem internados em instituições psiquiátricas por longo período, tiveram seus laços familiares e sociais rompidos. Este fato, entre outros, dificulta a reinserção dos usuários à suas comunidades.

Também visando a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental foi criada a Lei nº 10.708 de 2003 que prevê o auxílio mensal para os usuários egressos das instituições psiquiátricas. “O auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pelo Programa de Volta para Casa, também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania” (CIRQUEIRA, 2013).

A ideia de indenizar as pessoas com transtorno mental é compreensível visto os tratamentos dados a estes sujeitos durante décadas, porém esta atitude não ameniza e nem apaga as vivências de tais usuários. O sentimento de culpa da sociedade, que hoje, a princípio, está mais esclarecida sobre o assunto, se evidencia através de ações de caráter compensatório. Contudo não há como compensar tais fatos, mas há sim como evitar reproduzir novamente práticas, tratamentos, atitudes, que menosprezem as pessoas com transtorno mental e desrespeitem seus direitos.

2.3 O Assistente Social no contexto hospitalar

Conforme Ferreira (2010, p. 404) hospital é um “[...] estabelecimento onde se tratam doentes, internados ou não [...]”, entretanto nem sempre foi esta a finalidade dos hospitais. De acordo com Amarante (2007, p. 22) o hospital foi criado na Idade Média “[...] como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo,

alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes”. No entanto não se tem o propósito de discutir o processo histórico das instituições hospitalares, mas sim a inserção do assistente social nestes espaços.

O Serviço Social inicia sua trajetória na área hospitalar, no Brasil, em 1945, segundo declara Mello (2012, p.18), período em que a profissão emergia no país. As práticas realizadas pelos assistentes sociais, em dado período, se fundamentavam na psicologização do social. A psicologização do social se refere à prática realizada sobre uma perspectiva individualizante e descontextualizadora na qual se busca encontrar a “causa” de determinado problema sem considerar o contexto que o envolve. As ações do Serviço Social, neste período, se baseavam no Serviço Social Norte-Americano, a questão social era compreendida como a expressão dos problemas individuais dos sujeitos desconsiderando os fatores sociais de risco em que estes se encontravam.

Contemporaneamente as práticas dos assistentes sociais nas instituições hospitalares seguem o modelo proposto pela Reforma Sanitária, às diretrizes do SUS e, obviamente, as diretrizes que norteiam a profissão.

As instituições sociais são organizações específicas de política social, embora se apresentem como organismos autônomos e estruturados em torno de normas e objetivos manifestos. Elas ocupam um espaço político nos meandros das relações entre o Estado e a sociedade civil. Elas fazem parte da rede, do tecido social lançado pelas classes dominantes para amearhar o conjunto da sociedade. (FALEIROS, 2011b, p.31)

Faleiros ainda analisa que as instituições são aparelhos utilizados pela classedominante para “[...] consolidar o consenso social necessário à sua hegemonia e direção sobre os processos sociais” (FALEIROS, 2011b, p.32), pois entendesse que para conservar o funcionamento da ordem capitalista é preciso garantir o bem estar da população, mantendo a máquina capitalista em andamento. Os hospitais, as creches, as instituições penitenciárias, os Centros de Atenção Psicossocial são alguns exemplos de mecanismos reguladores “[...] das crises do desenvolvimento capitalista [...]” (FALEIROS, 2011b, p.32).

Entende-se como incumbência do assistente social no contexto hospitalar executar uma prática visando “[...] organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar, os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da

história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários” (VASCONCELOS, 2006, p.435).

A internação hospitalar pode em alguns casos se configurar em uma violência para com o indivíduo considerando que este é retirado de seu meio social causando uma ruptura em particular dos laços familiares e com a comunidade em geral. Os hospitais psiquiátricos são um exemplo de tal situação, pois a pessoa, já fragilizada pela doença, é retirada do seu meio social levada para um ambiente, em primeiro momento estranho talvez até mesmo assustador, no qual se vê sozinha, pois está longe de todos que conhece, esta situação é caracterizada como uma violência que pode expressar manifestações da questão social como rebeldia, negligência, abandono etc. até mesmo para os sujeitos que não apresentam um transtorno mental.

Ao trabalhar o empoderamento dos usuários é possível devolvê-los a subjetividade que muitas vezes, devido à forma de enfrentamento da realidade, se perde. Martinelli (2011, p.499) lembra que “[...] trabalhamos com pessoas vulnerabilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade”.

Contudo o assistente social não deve deixar que o caráter humanitário da intervenção profissional se sobressaia sobre os princípios normativos que regem a categoria. O profissional deve ter consciência das suas atribuições e competências para assim ter a segurança de se posicionar e argumentar com gestores ou até mesmo usuários sobre o que cabe a ele fazer, deixando claro sua função, seus deveres, para evitar que seja transmitida uma imagem errônea sobre o que o assistente social faz.

Observa-se que nem sempre os profissionais realizam apenas as atividades que lhes cabe até mesmo porque em alguns casos para se atender uma demanda o profissional pode vir a desempenhar uma tarefa que não lhe condiz. O essencial é demonstrar claramente o porquê de estar realizando tarefas que não são atribuição do assistente social. O perigo de realizar ações que não são de sua função está na possibilidade de se tornarem função do profissional, o que nos ambientes hospitalares é visto com certa frequência. As ações profissionais devem ser realizadas com clareza, consciência, fidelidade ao Projeto-Ético Político, de forma transparente.

Para nortear a prática profissional na saúde foi elaborado pelo CFESS juntamente com o Ministério da Saúde (2010) “Os parâmetros para a atuação do Assistente Social na saúde”. Através deste documento se evidencia os quatro grandes eixos de atuação do assistente social, são eles o atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

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

De acordo com Mello, o trabalho do assistente social na área de saúde não se restringe apenas a atendimentos emergenciais e superficiais. Cabe ao assistente social expor aos usuários o que se compreende como direito a saúde viabilizando meios de conscientização e divulgação de informações auxiliando os usuários na busca da efetivação dos seus direitos, conscientizando sempre que necessário o usuário sobre outros direitos, benefícios, políticas públicas, que podem vir a requerer e os meios para acessá-los, visando contribuir na emancipação dos sujeitos.

3 SAÚDE MENTAL: UM BREVE HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E TRATAMENTOS NO PAÍS

Desde os primórdios da humanidade há registros de pessoas com transtorno mental assim como suas “vivências” na sociedade. Porém, não eram classificados desta forma. Observa-se que o tratamento dado a estes sujeitos diferencia-se conforme a época, a condição social e econômica, comportamento perante a sociedade. Também sofreram mudanças as formas de atendimentos destinadas a estes indivíduos.

No século XIV a loucura é associada ao sobrenatural. Acreditava-se que as pessoas com transtorno mental estavam possuídas pelo demônio, que eram bruxas ou feiticeiros. Ao serem identificadas eram perseguidas, torturadas de diversas formas e até mesmo mortas. A inquisição é um fato histórico que condenou muitas pessoas com transtorno mental a morte, além dos indivíduos que não eram católicos e/ou praticavam atos que a Igreja desaprovava, justamente por identificar nestes sujeitos comportamentos e atitudes que fugiam do padrão de normalidade da época. A estes era atribuído a imagem de criaturas místicas as quais demonstravam uma ameaça a sociedade e por isso deveriam ser “eliminados”, geralmente eram queimados vivos em grandes fogueiras, virando uma atração para a população.

No século XVIII os transtornos mentais começam a ser compreendidos de outra forma “Phillippe Pinel aparece como a principal referência para a psiquiatria desse período, ao introduzir a noção de loucura como falta de razão, e não como parte de uma essência individual imutável” (MATHES, 2010, p.28). Pinel argumentava que para um tratamento adequado o isolamento era indispensável, pois desta forma seria permitido analisar melhor o indivíduo e reeducá-lo, obtendo sucesso no tratamento. O advento dos hospícios se dá neste contexto.

Bisneto (2011, p.173) relata que foi justamente “com o advento da Idade Moderna na civilização ocidental e a ascensão do pensamento racional, esse fenômeno passou a ser considerado como uma falta de razão”. Os transtornos mentais passam a ser entendidos como patologia e não mais como benção divina, encarnação do demônio, fenômeno sobrenatural, etc.

No Brasil o primeiro hospício foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em 1852. O Hospício Pedro II foi fundado sobre a proposta de tratamento elaborada por Pinel. Anterior a criação da instituição, os chamados alienados tinham três possíveis

destinos: os presídios, as Santas Casas de Misericórdia onde eram “depositados” e não recebiam o mínimo de qualidade nos atendimentos, e as ruas das cidades nas quais vagavam sem rumo. Críticas sobre tais tratamentos já haviam sido feitas por profissionais da saúde, porém as reclamações só foram consideradas a partir do momento em que se observou que estes indivíduos não contribuíam para o progresso das cidades. Com a corte portuguesa residindo no Brasil houve mudanças estruturais, que buscavam tornar o cenário do país mais bonito e propício ao desenvolvimento. Entre as paisagens que não contribuíam para o embelezamento da cidade estavam às pessoas com transtorno mental. O Hospício Pedro II foi criado para atender as pessoas com transtorno mental e também as necessidades da própria corte.

No século XIX prevalece três formas de tratamento para as pessoas com transtorno mental o tratamento físico, o moral e o higiênico. Sobre o tratamento físico Wadi (2002, p.147) explica que

[...] era aquele feito usando meios que atuassem diretamente sobre o corpo doente do alienado, podiam ser medicamentosos ou não, porém seu ponto de apoio e ação era sempre o corpo doente do individuo como nas outras enfermidades da medicina somática. Os meios físicos utilizados eram eméticos, sangrias, purgativos, duchas, banhos, ópio, etc.

O tratamento moral, de acordo com Wadi (2002, p. 147-148), “[...] era formulado como sendo um conjunto de medidas morais que atuassem diretamente sobre o espírito do alienado, primariamente sobre sua produção mental”. Acreditava-se que as pessoas com transtorno mental seriam curadas por meio do trabalho e de uma educação severa. Esta crença permanece vigente até os dias atuais, porém com uma “roupagem” diferente. O tratamento higiênico por sua vez constituía-se de um conjunto de ações que previam promover a higiene pessoal do alienado, a higienização das roupas, ambientes.

Em 1890 surge no Brasil as colônias agrícolas fundamentadas sobre o mesmo princípio “[...] tratar e reeducar pelo trabalho, fornecendo um ambiente calmo e regrado” (Devera e Costa-Rosa, 2007, p.62). A proposta das colônias agrícolas era promover um ambiente no qual as pessoas com transtorno mental pudessem trabalhar e conviver entre si

[...] tendo em vista que o trabalho, além de uma dimensão terapêutica, era visto como um valor decisivo para a formação da sociedade burguesa. E assim, o retorno do louco ao convívio social estava condicionado à sua possibilidade de adaptação às regras do social. (AMARANTE, 1994)

Implícito nesse modelo está à necessidade, para o crescimento do país, a expansão de mão de obra. Deste modo pensava-se que o indivíduo estaria curado a partir do momento em tivesse condições de retornar a conviver com seu meio social de forma produtiva.

Atualmente o tratamento químico é predominante nos serviços de atendimento em saúde mental. A descoberta dos medicamentos antipsicóticos data dos anos de 1950. As camisas de força dão lugar às pílulas e ao mesmo tempo em que se evidencia um avanço incontestável no tratamento destinado as pessoas com transtorno mental, com a condenação dos tratamentos torturantes, se percebe que o que realmente mudou foi à forma de contensão dos indivíduos que passa a ser química e não mais, necessariamente, física.

Nesse período houve um aumento no número dos hospícios no Brasil devido “[...] as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico.” (BISNETO, 2011, p. 23). Esse fato contribuiu para a inserção dos assistentes sociais na área da saúde mental.

Segue abaixo um quadro que apresenta as normativas de saúde mental publicadas no Brasil.

Tabela 2

Normativas relacionadas à saúde mental publicadas no Brasil

Ano	Legislação	Sobre o que estabelece
1935	Decreto nº 301	Regula a operação de crédito destinada a melhorar as instalações de Assistência a Psicopatas.
1941	Decreto-Lei nº 3171	Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde e cria o Serviço Nacional de Doenças Mentais que substitui a Divisão de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal.
1941	Decreto-Lei nº 3.497	Cria o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil no recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais
1944	Decreto-Lei nº 7.055	Cria o Centro Psiquiátrico Nacional, ao

		extinguir o Conselho de Proteção aos Psicopatas.
1953	Lei nº 1.920	Desintegra o MS e o Ministério da Educação.
1953	Decreto nº 34.596	Aprova o regulamento do MS.
1954	Lei nº 2.312	Dispõe sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde, sendo posteriormente revogada pela Lei orgânica da saúde nº 8.080/1990.
1955	Decreto nº 37.990	Altera o nome do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que passou a ser denominado Heitor Carrilho em homenagem ao psiquiatra forense e professor da Universidade Federal Fluminense.
1961	Decreto nº 49.974-A	Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312/54.
1961	Decreto nº 51.169	Institui a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço Nacional de Doenças Mentais.
1967	Decreto nº 60.252	Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental.
1970	Decreto nº 66.623	Dispõe sobre a organização administrativa do MS e cria a Divisão Nacional de Saúde Mental com a finalidade de planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de Assistência e reabilitação de psicopatas e de higiene mental.
1974	Portaria nº 32-BSB	Dispõe sobre a elaboração e execução dos Programas de Saúde Mental.
1979	Portaria Interministerial nº 1.369	Estabelece as diretrizes para a execução da Política de Saúde Mental.
1983	Portaria nº 3.235	Disciplina o processo de curatela e pagamento de proventos dos servidores da Previdência Social acometidos de alienação mental. Define que quando a Junta Médica concluir que, em consequência de alienação mental, o servidor está incapacitado para os atos da vida civil, serão providenciadas as ações de interdição e nomeação de um curador para o servidor
1988	Resolução nº 6	Implanta o uso das técnicas alternativas nos serviços de Saúde Mental, consideradas recursos terapêuticos que podem auxiliar a prática clínica e recomendadas pela OMS.
1989	Projeto de Lei nº 3.657	Propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outros serviços assistenciais extra-hospitalares.

1991	Portaria nº 189	Aprova a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico e geral e o tratamento em hospital-dia inclui novos procedimentos de atenção à saúde mental: atendimento em grupo executados por profissional de nível superior e nível médio, Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas, visita domiciliar realizada por profissional de nível superior e Psicodiagnóstico.
1992	Portaria nº 224	Estabelece diretrizes e normas que regulamentam os serviços ambulatorial e hospitalar para o tratamento psiquiátrico.
1992	Portaria nº 407	Dispõe sobre a criação de um grupo de procedimento transitório, denominado Internação em Psiquiatria III.
1992	Portaria nº 408	Inclui grupos de procedimento Internação em Psiquiatria III e Internação em Psiquiatria IV no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.
1993	Portaria nº 088	Estabelece critérios para o processo de credenciamento dos hospitais psiquiátricos no código de procedimento Internação em Psiquiatria IV.
1993	Resolução nº 093	Cria a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica para avaliar e definir estratégias para esse processo em curso.
1994	Resolução nº 1.407	Estabelece princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.
1994	Portaria nº 145	Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência de saúde mental em estabelecimentos credenciados no SUS em todo o território nacional.
1994.	Portaria nº 147	Exige a apresentação escrita pela instituição, de um projeto terapêutico
1995	Portaria nº 149	Estabelece normas referentes à conduta dos hospitais psiquiátricos acerca da internação de pacientes grabatários.
1998	Resolução nº 11	Dispõe sobre a cobertura obrigatória de tratamentos nos níveis ambulatorial e hospitalar.
1999	Portaria nº 1.077	Implanta o Programa de Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental.
1999	Lei nº 9.867	Dispõe sobre a criação de cooperativas

		sociais
1999	Resolução nº 298	Constitui Comissão de Saúde Mental que objetiva auxiliar na formulação de políticas de saúde mental.
2000	Portaria nº 106	Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do SUS.
2000	Portaria nº 799	Institui o Programa Permanente para Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
2001	Portaria nº 175	Complementa a Portaria 106/00 acerca da assistência nos SRTs.
2001	Lei nº 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

Fonte: GUIMARÃES, 2010.

Por meio da análise das normativas expostas no quadro é possível compreender o processo histórico dos atendimentos destinados aos usuários dos serviços de saúde mental. Identificar tais legislações e o período em que se constituíram é importante, pois permite entender o contexto atual de forma mais abrangente, fazendo o uso dos mecanismos previstos nas legislações com maior apropriação.

3.1 O Serviço Social e a saúde mental

A partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, que instiga a busca por novas práticas, ampliando o olhar para novos saberes e concepções, ganha destaque os serviços psiquiátricos alternativos. Ampliaram-se os serviços extra-hospitalares às pessoas com transtorno mental. Sobre estes atendimentos Bisneto (2011, p.37) destaca que a “[...] participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação, o que está permitido o emprego, desde os anos 1990, de assistentes sociais em Saúde Mental, numa espécie de nova “onda” de contratações similar à produzida nos anos 1970 pelas resoluções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)”.

Verifica-se como um obstáculo, na inserção do assistente social na saúde mental, o despreparo dos profissionais para atuar na área. Isto é, a formação não proporcionava uma capacitação para a intervenção junto aos usuários dos serviços

de saúde mental. Desta forma as intervenções eram realizadas conforme os moldes estabelecidos pelas instituições, não atingindo as demandas dos usuários em sua totalidade, se configurando como um atendimento imediatista realizado sobre as necessidades da instituição. O Assistente Social intervém

[...] na ocorrência de qualquer fato que interfira no planejamento do atendimento psiquiátrico e que seja considerado como fenômeno social ou contextual, o assistente social é convocado a recolocar o paciente no processo de trabalho organizacional considerado “normal” pelo estabelecimento psiquiátrico. (BISNETO, 2011, p.125)

O profissional não tinha definido explicitamente suas atribuições nas instituições de saúde mental, deste modo as atribuições e competências do Assistente Social, em tais espaços, eram designadas pelos gestores.

Atualmente pode-se dizer que cabe ao assistente social integrar as pessoas com transtorno mental “[...] na racionalidade do tratamento psiquiátrico, tradicional ou renovado, oferecido pela organização institucional dentro da lógica do sistema de seguridade social brasileiro [...]” (BISNETO, 2011, p.135-136) assim como na lógica societária.

4 O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL IVAN GOULART

O Hospital Ivan Goulart está localizado no município de São Borja-RS, atende também os municípios de Garruchos e Maçambará, é um hospital filantrópico, mantido pela Fundação Ivan Goulart, fundação esta que foi criada pela Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência – LBA, presidida no período pela Primeira Dama do Estado Neuza Goulart Brizola. A Instituição Ivan Goulart foi criada com a finalidade de ser a mantenedora do Hospital Ivan Goulart o qual foi inaugurado em 21 de novembro de 1962 pelo então Presidente da República João Belchior Marques Goulart.

O Hospital Ivan Goulart é uma instituição beneficente, com fins não econômicos, de direito privado e interesse público. Os recursos da instituição são provenientes do Governo Federal e Estadual, Programa Estruturante da Secretaria Estadual de Saúde e demais convênios.

A instituição tem como objetivo ser reconhecida como centro de referência de baixa e média complexidade em saúde na região, promover a saúde com eficiência e primor através de profissionais qualificados e recursos tecnológicos modernos no âmbito local e regional, atendendo as necessidades físicas, emocionais de seus clientes.

Na instituição são realizados atendimentos a nível Hospitalar e Ambulatorial de baixa e média complexidade nas quatro principais Clínicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica, dispondo ainda de um Centro de Tratamento Intensivo. A maior parte dos serviços prestados pela instituição é por meio do SUS, dentre os leitos disponíveis 68% são destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Hospital Ivan Goulart dispõe de uma unidade específica destinada para atender os usuários dos serviços de saúde mental, denominada Ala Recomeçar. A Ala, até o presente momento, conta com 09 leitos sendo 07 destes financiados pelo estado e 02 pelo Ministério da Saúde. O trabalho realizado na Ala Recomeçar visa:

Proporcionar atendimento/assistência integral visando à promoção a saúde, preservação da vida, tratamento e redução dos riscos e danos aos pacientes de saúde mental estabilizando o quadro na internação e posteriormente encaminhando para rede de atenção psicossocial de acordo com cada necessidade individualmente analisada por equipe multidisciplinar. (LERSCH, 2013a, p.8)

A equipe que intervém junto aos usuários dos serviços de saúde mental na instituição hospitalar é composta por assistente social, médico clínico, psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, professor de educação física, professor de informática. O trabalho em rede é indispensável para a efetividade dos atendimentos, a articulação entre os serviços de saúde do município, Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, Estratégia da Saúde da Família – ESF, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e demais serviços garante aos usuários o acesso aos seus direitos assim como um atendimento humanizado.

O acesso dos usuários aos processos de atendimento prestados pela Ala Recomeçar se dá por meio do encaminhamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Estratégia Saúde da Família - ESF, rede de atenção em saúde mental, do atendimento realizado no plantão de urgência e emergência do hospital, assim como via judicial.

O Art. 6º da Lei 10.216 esclarece que a internação involuntária, da pessoa com transtorno mental, só pode ser realizada a partir da apresentação de um laudo médico que especifique os motivos pelos quais está sendo solicitada a internação tendo em vista que esta é a última alternativa, cogitada após os recursos extra-hospitalares serem descartados. Também são exemplificados na lei os tipos de internação psiquiátrica classificados como internação voluntária, na qual há o consentimento do usuário, internação involuntária na qual não há o consentimento do usuário e é solicitada a pedido de terceiros, e internação compulsória que é determinada pela justiça.

4.1 A experiência da prática de estágio

Entre as disciplinas curriculares obrigatórias para a graduação em Serviço Social está o estágio supervisionado I e II. O estágio é desenvolvido com base nos fundamentos que norteiam a profissão, Lei de Regulamentação, Código de Ética, Diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social, Resolução nº 533, que trata sobre a supervisão direta de estágio. Entende-se que

o estágio tem por finalidade proporcionar aos acadêmicos do Curso de Serviço Social aprendizagem teórica e prática visando efetivação de seu processo de formação profissional para compreensão, análise e intervenção na realidade social de forma crítica e propositiva. (UNIPAMPA, 2010)

O Serviço Social foi instituído no Hospital Ivan Goulart no ano de 2004 com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários da instituição e seus familiares. No período em que se iniciou o processo de estágio a instituição contava com duas profissionais de Serviço Social que atuavam em turnos diferentes.

O estágio no Hospital Ivan Goulart pode ser dividido em dois períodos distintos, além das modalidades de estágio I e II, isto porque o estágio aconteceu sobre a supervisão de duas profissionais. Em meio ao estágio I a assistente social supervisora de campo, que atuava na instituição a mais ou menos três anos, pediu demissão alegando precisar dedicar mais tempo para si mesmo, pois esta além de atuar como assistente social no Hospital no horário inverso trabalhava em uma instituição asilar. A contratação de uma nova profissional foi imediata isto devido ao grande fluxo de demandas direcionadas ao serviço social que não poderiam ficar estagnadas.

A instituição conta com a atuação de duas profissionais do serviço social que atuam em turnos inversos. No Hospital Ivan Goulart a assistente social é chamado a intervir em várias situações de violação de direitos tais como: abandono e negligência dos sujeitos mais vulnerabilizados, violência, interlocução com a rede de saúde e assistência, entre outras atribuições. O profissional executa diversas ações como orientações, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, etc. Entretanto é junto aos usuários dos serviços de saúde mental que o Serviço Social executa cotidianamente sua prática.

A instituição possui uma área destinada exclusivamente para atender as pessoas com transtorno mental, denominada Ala Recomeçar. As formas de acesso aos serviços são por via judicial, involuntária ou voluntária.

O processo de internação se inicia com o cadastramento do usuário no Hospital logo depois é explicado a ele como funciona o tratamento, este primeiro contato geralmente fica a cargo da assistente social. O sujeito é informado que não poderá permanecer com objetos pessoais, documentos, os quais devem ser deixados no serviço social. Também não é admitido que o usuário leve para a Ala lâminas de barbear, perfume, desodorante aerossol, tênis ou qualquer outro tipo de

sapato. As roupas dos também devem ficar guardadas no serviço social, pois durante a internação os sujeitos usam uniforme, camiseta e bermuda, cedido pela instituição.

Os sujeitos internados na Ala permanecem separados dos demais internos do hospital, convivendo apenas entre si durante o período da internação que dura, em média, entre 20 a 30 dias.

Depois que o indivíduo já tiver sido encaminhado para a Ala, quem o acompanhou nesse processo (na maioria das vezes é um membro da família) é direcionado ao serviço social para o esclarecimento sobre os serviços de saúde mental prestados na instituição. Neste atendimento será preenchida uma ficha com os dados e informações consideradas relevantes para formular estratégias de intervenção. O acompanhante é comunicado que para poder visitar o usuário durante a internação deve participar do grupo de apoio as famílias⁷, realizado semanalmente no auditório da instituição.

Considerando que a Ala Recomeçar só comporta usuários do gênero masculino, no caso de internação de usuários do gênero feminino é utilizado o quarto 52. Porém o quarto 52 é usado com maior frequência para isolar os sujeitos que demonstram alguma agressividade, resistência, inadequação, durante o período de internação hospitalar.

O quarto 52⁸ ficou conhecido em todo o Hospital como o “quarto dos loucos”. A princípio é um quarto aparentemente normal com banheiro, cama, seria como os demais se não fosse o fato de possuir uma porta que permanece trancada por fechaduras e cadeados com uma pequena janela aparentando, para quem olha de fora, ser uma espécie de jaula.

O serviço social, junto com outros profissionais, faz parte do Projeto Visitar que tem por objetivo orientar e prestar atendimentos aos usuários após a alta hospitalar. O serviço social também atua no Projeto Renascer que tem como propósito intervir junto aos apenados com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas.

A sala destinada ao serviço social, no início do estágio, localizava-se em um ambiente que garantia um atendimento sigiloso, cujo espaço comportava

⁷ Devido às reformas que vem ocorrendo na instituição, no momento, os grupos não estão sendo realizados, pois não há espaço físico disponível para isso.

⁸ O quarto 52 foi extinto recentemente, em Outubro de 2014.

comodamente os usuários. Porém, devido às reformas que vem acontecendo no Hospital desde 2013, a sala do serviço social foi transferida para um novo local, um ambiente pequeno com espaço que comporta, no máximo, três pessoas, localizado próximo a um corredor de intensa movimentação, que compromete o sigilo dos atendimentos.

O contato com os usuários com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas possibilitou um aprendizado que ultrapassa os limites acadêmicos.

A oportunidade de acompanhar alguns indivíduos em sua caminhada ao enfrentamento da realidade em que se encontravam, reconhecer as expressões da questão social transformando a história de sujeitos fragilizados pelas disparidades de um modelo de produção excludente, ensejou o desejo de realizar reflexões, de buscar alternativas, mecanismos de superação, que contribuam para a ampliação do acesso aos direitos.

5 REFLEXÃO CRÍTICA DO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

O assistente social na instituição realiza um trabalho de grande importância para o funcionamento do hospital, pois atua como mediador entre os usuários e os gestores, amenizando conflitos e buscando alternativas que atendam os interesses de ambos. No entanto o profissional não é reconhecido pelo trabalho que realiza sendo habitualmente tratado como inferior as demais profissões. Desconheço a razão de tal tratamento, mas há de se considerar como determinante desta situação o processo histórico da instituição.

O assistente social que se encontra inserido em uma instituição que mercantiliza serviços, neste caso específico serviços de saúde, precisa fazer uso de um olhar crítico para evitar que os princípios que norteiam a profissão assim como, sua função na divisão sociotécnica do trabalho não sejam postos de lado. As instituições possuem seus próprios objetivos frente a isso o assistente social deve estar atento para não confundir suas finalidades enquanto profissional com os da instituição em que se encontra.

A assistente social supervisora de campo, do primeiro período de estágio⁹, atuava na instituição há mais ou menos três anos e mantinha uma rotina automática nos atendimentos. As ações eram executadas de forma superficial e rápida de modo que permitisse realizar mais atendimentos em pequeno espaço de tempo. Com base em Santos (2011, p.76) constata-se que a profissional não tinha “[...] consciência da finalidade de sua ação [...]” e assim não havia como projetar, de forma apropriada, suas ações. Conforme Santos (2011) a finalidade

[...] é posta sobre um objeto – a causalidade espontânea – que pode ser uma matéria orgânica ou inorgânica ou o próprio homem ou a sociedade. Ao mesmo tempo em que o pensamento, mesmo que inconscientemente, estabelece a finalidade de sua ação, ele articula a busca dos meios necessários para se alcançar aquela finalidade, para transformar as causalidades espontâneas – ou seja, as condições já encontradas – em causalidades postas. A busca dos meios tem, assim, um papel fundamental no alcance dos fins, porém, é a finalidade que tem o papel de dirigir o pôr teleológico. (SANTOS, 2011, p. 56)

⁹ O estágio no Hospital foi supervisionado por duas assistentes sociais, em períodos distintos. Deste modo, será utilizado a expressão “primeiro período de estágio” e “segundo período de estágio” para identificar as diferenças observadas na execução da prática.

Assim entende-se que, no momento que as ações são executadas de forma automática, alienada, sem que o profissional analise a historicidade das demandas assim como sua atribuição frente a elas, não se estabelece a finalidade de tal ação.

O fato da assistente social possuir uma carga horária excessiva, superior a trinta horas, e desempenhar suas funções em duas instituições prejudica o exercício da prática. Atender a duas instituições diferentes, com demandas intensas e com tempo cronometrado prejudica tanto o profissional, que pode ficar com sua saúde mental fragilizar, quanto aos usuários que não obtém um atendimento eficaz.

Outra questão que abala a qualidade dos serviços é a delegação de funções ao serviço social que não corresponde à categoria executar. Nestas situações, o profissional deve ter competência

[...] para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projeto de trabalho. (IAMAMOTO, 2009, p. 25)

Para Bisneto (2009, p.131) somente a história do estabelecimento pode explicar o porquê de atribuir ao assistente social diversas funções que não cabe a ele realizar. Com o intuito de tornar a profissão reconhecida na instituição, esclarecer suas competências e atribuições, o assistente social deve articular com os gestores para apresentar o trabalho realizado pelo serviço social, a importância de sua intervenção junto à instituição, apontar os projetos que vem sendo ou virão a ser executados, evidenciando a indispensabilidade da profissão. Cabe ressaltar que a visibilidade dada para a profissão depende, entre outros elementos, da imagem que o profissional transmite desta.

Ao decorrer do estágio foi possível presenciar as mais diversas situações que caracterizam o cotidiano do assistente social na área hospitalar. Um acontecimento corriqueiro no dia-a-dia do serviço social na instituição é o fluxo de profissionais na sala do serviço social. O que não seria um problema, porém esses profissionais interrompiam os atendimentos, entrava na sala sem ao menos avisar causando constrangimento o usuário.

Nota-se neste caso a ausência de ética por parte de alguns profissionais que violavam o direito dos usuários a um atendimento privado e sigiloso. Sá (2005,

p.215) diz parecer “[...] inalcançável a maioria absoluta de convivência ética ideal quanto a colegas [...]”, porém afirma que está “[...] predisposta a um cordial e eficaz tratamento”.

Do mesmo modo como afirma Sá (2005), a assistente social buscou por meio do diálogo “tratar” os colegas profissionais que tinham tais atitudes para evitar que estas situações constrangedoras voltassem a acontecer. Romper com ações que vem acontecendo a um longo período exige paciência, pois não é simples convencer as pessoas de que atitudes que tinham a muito tempo não são corretas. Algumas mudanças foram percebidas apenas no segundo período do estágio, quando a assistente social começou a fazer uso de placas na porta as quais indicavam que o profissional estava em atendimento. Aos poucos esses episódios foram se tornando raros.

Há um projeto na instituição chamado Visitar que visa, por meio de visitas domiciliares, verificar se os atendimentos em saúde propostos antes da alta hospitalar estão sendo efetivados. As visitas são realizadas duas vezes na semana e contribuem para que o vínculo com o profissional de Serviço Social não seja rompido.

A visita domiciliar permite ao profissional se aproximar da realidade dos sujeitos assim como compreender o contexto em que se encontram, obtendo informações que não seriam captadas em outras formas de atendimento. Amaro (2003, p.38) afirma que “[...] tudo na visita fala” e o assistente social deve orientar

“[...] seus sentidos para ouvir não apenas as palavras ditas, como as não-ditas. Ver no movimento dos corpos, nos gestos realizados ou bloqueados, na tonalização ou silenciamento da voz, na queda das lágrimas, nas relações físicas de afago e repulsa, o que esses atos-mensagens contam de medos, ciúmes, afetos, proteções e maus-tratos.”

A aproximação com a realidade do usuário, por meio da visita domiciliar, proporciona a compreensão do que foi transmitido durante os demais atendimentos. Ao ver, ouvir, presenciar o que o sujeito vivencia cotidianamente o profissional será capaz de se apropriar da demanda em sua totalidade e, junto com o usuário, pensar em mecanismos para a superação desta.

Conforme a proposta do projeto as visitas domiciliares deveriam ser realizadas pelo assistente social juntamente com um enfermeiro, mas isso não acontece. Um dos possíveis motivos para a não participação do enfermeiro nas

visitas pode ser a falta de profissionais disponíveis e o desinteresse dos gestores em designar profissionais para essa ação. Deste modo o projeto não se efetiva como o previsto.

Outro projeto da instituição que o serviço social atua é o Projeto Renascer¹⁰. O Projeto Renascer foi instituído no Presídio Estadual de São Borja, em 2011, por meio de uma parceria entre Ministério Público, Judiciário, Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE e Hospital Ivan Goulart. Compete ao assistente social, no Projeto Renascer, realizava atendimentos em grupo, orientações sobre os serviços de saúde mental decorrentes do uso, abuso, dependência de drogas. O referido projeto foi implementado com base no programa Justiça Terapêutica:

[...] um programa de atenção integral ao infrator envolvido com drogas. Este programa busca encaminhar os infratores que cometem crimes de menor potencial ofensivo - sob o efeito de substâncias entorpecentes ou para sustentarem seu vício - para a rede de saúde a fim de tratar seu abuso ou dependência de drogas. (FENSTERSEIFER, 2006, p.13)

É inegável a importância de haver leitos disponíveis em hospitais gerais destinados aos usuários dos serviços de saúde mental de modo a fortalecer a rede de atendimentos, porém esta forma de atendimento não deve ser considerada como primeira alternativa em saúde mental e sim a última.

A Ala Recomeçar, no Hospital Ivan Goulart, evidencia, nitidamente, o modelo de atendimento em saúde mental anterior ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Tal afirmação pode ser confirmada ao observar a estrutura física da Ala, onde as janelas e as portas possuem grades, o quarto 52, usado como isolamento, entre outros fatores facilmente identificados.

Ao ver os sujeitos trancados dentro da Ala, imediatamente vem a imagem dos antigos hospitais psiquiátricos. Dentro da Ala há uma área aberta, entretanto só é permitido aos usuários desfrutarem desse ambiente com a supervisão de um profissional isso por que, com certa frequência, os muros que cercam o espaço são usados como caminho para fuga. Considerando que a maioria das internações se dá por via judicial, não havendo interesse do indivíduo em estar ali, a vontade de fugir é natural.

¹⁰ Até a finalização desse trabalho as ações executadas pelo projeto estavam temporariamente inativas, devido a uma rebelião que aconteceu na instituição penitenciária.

A intervenção do serviço social junto aos usuários da Ala Recomeçar tem por objetivo resgatar os vínculos rompidos, devido à consequências sociais do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas, criar mecanismos para o acesso a garantia dos direitos dos usuários e seus familiares.

O assistente social realiza atendimentos com as famílias dos usuários, que se encontram na Ala Recomeçar, estes atendimentos se baseiam em orientar as famílias sobre os serviços de saúde mental, acesso a benefícios, dando informações sobre seus direitos. Esses atendimentos acontecem tanto na sala do serviço social, individualmente, quanto nos grupos de apoio às famílias. A participação nos grupos é requisito para fazer visita aos usuários.

Durante o estágio as visitas aconteciam no último domingo do mês onde dois familiares de cada usuário poderiam entrar na Ala. Atualmente as visitas não ocorrem mais desta forma. Após completar um determinado tempo de internação, com a autorização da psiquiatra, é questionado ao usuário se deseja receber visitas e a partir deste retorno a família é contatada. As visitas acontecem na sala do serviço social, pois não há outro espaço disponível.

Os grupos de apoio a família são reuniões semanais que visam trabalhar com as famílias de modo a fortalecê-las enquanto sujeitos capazes de transformar a própria realidade. Participavam das reuniões pessoas completamente diferentes umas das outras, contudo naquele momento estavam unidas por uma causa em comum. Aquele era o espaço em que trocavam experiências, se divertiam, tiravam dúvidas, se fortaleciam, afirmavam que aquele momento lhes fazia bem.

Acompanhar as famílias permitiu enxergar o desespero estampando nos olhos, visíveis nos gestos, ouvido nas vozes tremula dos familiares e amigos das pessoas com transtorno mental decorrente do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas. Percebia-se que estes sujeitos não possuíam mais expectativas e demonstravam estar conformados com as consequências sociais¹¹ vivenciadas cotidianamente.

Recordo-me de uma senhora que tinha o costume, no final dos encontros, de agradecer e mesmo ao dizer que não era preciso, pois aquele momento era um direito deles, ela continuava a agradecer. Gestos como este demonstram que o

¹¹ As consequências sociais mencionadas se referem às produzidas pelo uso, abuso, dependência de drogas como: prática de atos infracionais, violência intra e extrafamiliar, rompimento dos vínculos familiares, entre outras.

trabalho realizado, naquele momento, de algum modo, está atingindo seus propósitos.

Entende-se que “a relação dos seres humanos com a droga é histórica, determinada socialmente e culturalmente, e que envolve questões inclusive ligadas ao capital” (BRITES, 2015). Deste modo o atendimento aos usuários com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas deve analisar a historicidade do sujeito para identificar os pontos que levaram a esta manifestação da questão social.

A culpabilização das pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas é evidenciada na fala de alguns profissionais, inclusive na fala de assistentes sociais os quais reproduzem as falas e as práticas da década de 1960.

Tive o desprazer de ouvir uma assistente social falar para o familiar de um usuário, que se encontrava internado na Ala, que não era necessário levar o que ele pedia, pois quando tinha não valorizou e aquele era o momento para ele repensar suas atitudes. A intenção de privar os sujeitos de terem acesso a bens como forma de castigo, faz parecer que retrocedemos no tempo.

Atitudes como esta demonstram a permanência até os dias atuais de uma prática culpabilizadora, que não reconhece o uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas como uma manifestação da questão social em forma de rebeldia.

Os usuários dos serviços de saúde mental da instituição vêm de um contexto de privação de acesso a bens e a serviços, no qual vivenciaram as mais variadas formas de violência, oriundas das disparidades de um sistema de produção excludente. A historicidade do usuário refletiu na fragilização da sua saúde mental sendo o uso, abuso, dependência do álcool e outras drogas o mecanismo de fuga encontrado.

Na análise de determinadas falas, de profissionais do serviço social, se evidencia a ruptura com o Projeto Ético-Político e a importância da capacitação continuada.

Nos dias atuais, em que “[...] o preconceito é estimulado mediante a competitividade e a crença na superioridade de um indivíduo perante outro incentivado por motivos econômicos, políticos, sociais e culturais” (LERSCH, 2013b, p.5), o assistente social deve estar munido com um arsenal teórico-metodológico que permitam a ele intervir nessa realidade.

Segundo Lersch (2013b, p.8) a forma de ingresso dos usuários “[...] de crack que cumpriram desintoxicação na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart: foram em 90% internações compulsórias e 10% voluntárias”. Esta constatação nos faz refletir sobre a necessidade de outros serviços para as pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas, pois a Ala psiquiátrica do Hospital não está atendendo as demandas de forma eficaz, visto que o atendimento é pautado no modelo anterior a Reforma Psiquiátrica.

A política de redução de danos representa um novo olhar aos transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas isso por que

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excluyente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. (BRASIL, 2003, p.10-11)

A referida proposta permite estabelecer uma aproximação com os usuários, mostrar os serviços de atendimento em saúde mental para transtornos decorrentes do uso, abuso, dependência de álcool e outras drogas para que, ao desejar, o usuário saiba aonde procurar tais serviços. Essa forma de atendimento que vai até o usuário, respeitando sua autonomia, é uma forma de chegar a uma população que não possui mais vínculos familiares, desconhecem seus direitos e estão desassistidos por todas as políticas, inclusive a de saúde. Brites (2013) frisa que “[...] é preciso ter equipes de atendimento que não esperem os usuários de drogas chegarem até a porta da instituição, mas que criem a possibilidade de atenção à saúde no ambiente em que acontece o uso de drogas.”

Com a finalidade de melhorar a qualidade dos atendimentos, está em fase de implantação uma nova ficha de atendimento. A ficha utilizada anteriormente não comportava todos os dados do usuário ficando informações importantes de fora. Como a ficha era preenchida a caneta e nem sempre a letra da assistente social era legível, a compreensão dos dados ficava comprometida. Ao fim do mês as fichas eram armazenadas em caixas, entretanto as fichas não ficavam organizadas de forma acessível, no caso de ser preciso achar alguma ficha era preciso revisar as do ano inteiro.

Ao analisar a atuação das assistentes sociais supervisoras de campo, foi possível notar a diferença na materialização das ações. Ambas atendiam as demandas dos usuários, porém faziam uso de métodos e mecanismos diferentes para isto. Com a chegada da nova assistente social à instituição houve uma reformulação na prática do serviço social, isto por que cada profissional imprime em seu trabalho sua identidade pessoal, exterioriza característica que diferencia um atendimento do outro.

Um fato que merece ser comentado é a questão dos usuários usarem uniforme durante o período de internação na Ala. A ideia que os gestores desejam transmitir é que desta forma será transmitida a noção de que todos são iguais e recebem o mesmo tratamento. Porém, há de se ponderar que os serviços de saúde mental visão fortalecer os indivíduos para o enfrentamento da questão social, fortalecê-los como sujeitos transformadores da realidade, mas ao tirar deles o que possuem de mais íntimo, sua identidade, há um retrocesso para a efetivação desse objetivo.

Diariamente, a equipe que atua na Ala Recomeçar, faz reuniões para discutir assuntos referentes aos usuários, cada profissional compartilha as ações que desempenhou junto aos sujeitos. As reuniões não eram longas, porém era o momento que a equipe tinha disponível para analisar a historicidade dos sujeitos e criar estratégias de intervenção.

Em relação às assistentes sociais verifica-se uma dificuldade de articulação, o que se configura como uma limitação à prática do serviço social. As assistentes sociais trabalham em turnos inversos e não é sempre que se encontram na instituição, o que prejudica o atendimento as demandas dos usuários. Cabe ressaltar que as assistentes sociais focam suas intervenções em pontos distintos, enquanto uma se encarrega da parte burocrática, da intervenção junto aos usuários do Projeto Renascer, ministrando palestras sobre saúde mental, uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas em escolas a outra profissional intervém com os usuários da Ala e em demais situações diretamente ligas as pessoas que fazem uso dos serviços da instituição.

Com a finalidade de criar uma alternativa, que contribuísse para a comunicação das assistentes sociais, foi criado um caderno de recados. Ao final das práticas diárias as profissionais transferem para o caderno as informações mais relevantes sobre os atendimentos, deixam avisos e lembretes. Essa medida deixa a

desejar, pois não há como descrever todos os atendimentos e nem expressar as reações dos sujeitos de maneira condizente com a realidade.

Práticas que, no primeiro período do estágio, eram atribuídas ao Serviço Social como, por exemplo, a transferência de usuários para outras instituições hospitalares passou, gradualmente, a não ser mais percebida como atribuição do Serviço Social. A articulação com profissionais da área de enfermagem e medicina sobre como a materialização desta demanda seria mais eficiente se fosse realizada por eles, agilizando o processo de transferência, fez com que os profissionais refletissem e compreendessem a veracidade de tal argumentação.

Fraga (2010, p. 57) argumenta que a falta de tempo é um dos grandes empecilhos para o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar assim como “[...] a sobrecarga de trabalho que demarca esse período em que se vive e a falta de oportunidades para planejamentos em equipe, surgindo, assim, a internet como alternativa para trabalhar conjuntamente, de maneira virtual.” A autora ainda pontua que

[...] a ação do assistente social precisa ser norteada pela equação a seguir: postura investigativa + intervenção profissional + interdisciplinaridade= ação profissional com alcance social, que, por sua vez, será mediada pela intervenção nas diversas manifestações da questão social. (FRAGA, 2010, p.60)

Para garantir aos usuários um atendimento eficaz, que corresponda e aja nas demandas expressas por estes, o profissional de Serviço Social deve apropriar-se de conhecimentos diversos.

O assistente social em Saúde Mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para atender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. (BISNETO, 2011, p.52)

A interação com os demais profissionais permite a troca de saberes e também a apropriação das demandas dos usuários de forma mais complexa. A constante capacitação e busca por conhecimento deve se tornar rotina no cotidiano dos profissionais de Serviço Social.

A competição caracteriza do modo de produção capitalista, apresenta-se como uma barreira na troca de conhecimentos, pois a necessidade de se afirmar como detentor de um saber, além de alimentar o ego dos sujeitos, é uma garantia para a inserção na divisão sócio-técnica do trabalho.

A essencialidade de organizar os serviços de saúde mental sobre os ideais expressos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica está no fato deste modelo considerar “[...] a questão social como um dos determinantes do sofrimento mental [...]” (ROCHA, 2012, p. 48).

Entre as limitações para a implementação do modelo da Reforma Psiquiátrica, neste caso referente à internação de usuários dos serviços de saúde mental em hospitais gerais, identifica-se as atitudes dos demais sujeitos internados na instituição que, na maioria das vezes, desconhecem o funcionamento de tais atendimentos e podem vir a se espantar ao presenciarem, por exemplo, um usuário em crise de abstinência¹².

Outra limitação é o despreparo dos profissionais para intervir junto a estes usuários. Neste caso a capacitação de profissionais solucionaria a questão, porém nem sempre é de interesse dos gestores investirem na capacitação profissional deste modo procuram-se alternativas que demonstrem aos gestores a importância de tal investimento para a instituição.

Contudo nota-se que as vantagens da internação dos usuários dos serviços de saúde mental se sobressaem ao limites. Considero uma das principais vantagens a diminuição do estigma atribuído as pessoas com transtorno mental, visto que o afastamento do “louco” do convívio social só fez aumentar o preconceito e as idéias equivocadas. O conhecimento e a informação contribuem para a extinção das concepções errôneas.

¹² Refere-se às alterações no comportamento que ocorrem durante o período de desintoxicação de álcool e outras drogas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, identifica-se que trabalhar em prol do fortalecimento da autonomia dos sujeitos deve ser um dos focos centrais da atuação do assistente social, pois nesta época em que competitividade rege a vida dos sujeitos

[...] na disputa pelo emprego, pela forma física, pela aparência, pela performance. Nesse contexto de guerra interindividual, o fortalecimento do sujeito na prática profissional significa a intervenção na capitalização do sujeito, enquanto enriquecimento da vida individual/coletivamente para que se possa enfrentar essa condição de perda do poder, de perda de “capitais”, de patrimônios afetivos, familiares, culturais, econômicos, para enfrentar as mudanças de relações/trajetórias da vida (*lifecourse*), no tempo histórico e social desta sociedade determinada. (FALEIROS, 2011a, p.23)

Ao trabalhar para o fortalecimento dos usuários o assistente social está empoderando os sujeitos, munindo-os de conhecimento, informações, autonomia, permitindo assim que estes se reconheçam como sujeitos transformadores da própria realidade, compreendam seus direitos e os meios para efetivá-los. De acordo com Vasconcelos (2013, p.177) há diferentes perspectivas de abordagens que visam trabalhar o empoderamento as quais dependem “do objetivo e do contexto das relações interpessoais, institucionais e sociais nas quais se inserem” o autor ainda exemplifica que:

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

Na área da saúde mental trabalhar o empoderamento dos usuários permite garantir a esses indivíduos, dentro do possível, o controle de suas próprias vidas que, na maior parte das vezes, é perdido devido aos tratamentos e atendimentos realizados. Ações simples e cotidianas como instruir os usuários sobre seus direitos e como defendê-los, retificar a importância da participação em conferências, eventos, conselhos de deliberação, são algumas das formas de empoderamento.

As consequências do modo de produção capitalista podem ser evidenciadas na saúde mental dos sujeitos, que é diretamente atingida pelas exigências e disparidades oriundas deste modelo. O desemprego, a carga horária excessiva, a

má distribuição de renda, são alguns exemplos facilmente perceptíveis na sociedade que podem vir a atingir a saúde mental dos indivíduos.

Em vista disso o assistente social deve apropriar-se de conhecimentos diversos para deste modo atingir as demandas em seu cerne. A capacitação continuada e a busca por conhecimento deve se tornar rotina no cotidiano do profissional.

O assistente social em Saúde Mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para atender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. (BISNETO, 2011, p.52)

Os assistentes sociais devem atentar para a fragilização da sua própria saúde mental. Ao se dedicarem ao desvencilhamento das demandas os profissionais vivenciam agressões aos direitos humanos, percebem-se, em determinadas situações, impossibilitados de intervir junto ao usuário, de forma a colaborar para o enfrentamento de suas demandas, por não disporem de meios para isso ou simplesmente por não haver alternativas, como no caso de usuários sem possibilidade de cura. Visto que o assistente social também está inserido em um contexto de “guerra interindividual” e deve criar mecanismo de enfrentamento e superação da realidade para si mesmo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e filosofia: das origens à Araxá**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

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

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

BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde mental**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 82, jun. 2006.

_____. _____. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BLEICHER, Taís. Viana, Terezinha de Camargo. **Continuidades e descontinuidades do tratamento moral em modelos de tratamento para toxicômanos**. In: Revista de Psicologia, 2012. Disponível em <http://www.revistapsicologia.ufc.br/>. Acesso em: 03 dez. 2014.

BRASIL. Decreto-Lei nº 525, de 1º de Julho de 1938. Institui o Conselho Nacional de Serviço Social e fixa as bases da organização do serviço social em todo o país.

_____. Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957. Regulamenta a profissão de Serviço Social em todo território nacional.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre as normas para o atendimento em saúde mental, classificação e especificações sobre os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e hospitais dia.

_____. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997. Reconhece, entre outras categorias de nível superior, o Assistente Social como profissional de saúde.

_____. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Resolução nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Trata sobre os CAPS e suas modalidades estabelecendo novas formas de atendimento em saúde mental.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Resolução nº 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no serviço social.

_____. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

_____. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994. 10. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete... [et tal],(orgs) Serviço Social e saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BREDOW, Suleima Gomes. DRAVANZ, Glória Maria. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental**: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. In: Textos & Contextos. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass> . Acesso em: 15 dez. 2014.

BRITES, Cristina. **O serviço social tem alternativas à internação compulsória**. CFESS, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>. Acesso em: 13 Jan. 2015.

BULLA, Leonia Capaverde. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro**. In: Revista Virtual Textos & Contextos. Porto Alegre. n. 2, dez. 2003.

CIRQUEIRA, Orlando Souza. **Tempos loucos aqueles... Do manicômio para a casa**. 2013. Disponível em: <http://www.recantodasletras.com.br/artigos/4514012>. Acesso em: 14 Jan. 2015.

COHN, Amélia. **Caminhos da reforma sanitária**. In: Lua nova: Revista de Cultura e Política. São Paulo: CEDEC, n. 19, mar.1989.

DEVERA, Disete. COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. In:

Revista de Psicologia da UNESP. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/index>. Acesso em: 15 de dez. de 2014.

ESTEVIÃO, Ana Maria Ramos. **O que é serviço social**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio. **Justiça Terapêutica**: Uma breve investigação sobre sua aplicabilidade no direito brasileiro. 2006. 91f. Monografia (Bacharel em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FALEIRO, Vicente de Paula. **Reconceituação do Serviço Social no Brasil**: uma questão em movimento?. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 84, nov. 2005.

_____, _____. **Estratégias em Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

_____, _____. **Saber profissional e poder institucional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 101, jan/mar 2010.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. FOGAÇA, Marina Marques. BORBA, Letícia de Oliveira. PAES, Marcio Roberto. LAROCCA, Liliana Müller. MAFTUM, Mariluci Alves. **O tratamento ao portador de transtorno mental**: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). In: Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis. n.19, abr/jun 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____, _____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In: Serviço Social e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2010.

LERSCH, Cíntia Saldanha. **Plano terapêutico da Ala Recomeçar no Hospital Ivan Goulart.** São Borja, 2013a.

_____, _____. **A violência estrutural e a dependência do crack.** 21f. Artigo (Especialização em políticas e intervenção em violência intrafamiliar) – Universidade Federal do Pampa, São Borja, 2013b.

MACHADO, Ednéia Maria. **Questão Social: Objeto do Serviço Social?.** In: Serviço Social em revista. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, nº 1, jul./dez. 1999.

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

MATHES, Priscilla Gomes. **Criminalização da loucura e medicalização do crime: trajetórias e tendências da psiquiatria forense.** 2010. 139f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã: crítica da mais recentefilosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846).** São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista.** 10. ed. São Paulo: Global, 2006.

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

NETTO, José Paulo. **A construção do Projeto ético-Político do Serviço Social.** In: Motta, Ana Elizabeth etall. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____, _____. **O movimento de reconceituação 40 anos depois.** In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 84, nov. 2005.

PEREIRA, Cristiane de Barros. **Assistência Social em Territórios Estigmatizados.** Um estudo da atuação da Fundação Leão XIII em Vila Ipiranga, Niterói. 2007. 86f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do Assistente Social.** 2003. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais:** limites, desafios e possibilidades. 2012. 73f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012.

SÁ, Antonio Lopes de. **Ética profissional.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos técnicas no serviço social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SANT'ANA, Raquel Santos. **O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social.** In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XXI, nº62, Março de 2000. SILVA. Maria Ozanira da Silva. O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SODRÉ. Francis. **Serviço Social e o campo da saúde:** para além de plantões e encaminhamentos. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 103, jul/set 2010.

TORRES, Iraildes Caldas. **As primeiras-damas e a assistência social:** relações de gênero e poder. São Paulo: Cortez, 2002.

UNIPAMPA, **Regulamento interno de estágio supervisionado do curso de Serviço Social da UNIPAMPA.** São Borja, 2010.

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

VASCONSELOS. Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

WADI, Yonisa Marmitt. **Palácio para guardar doidos:** Uma historia das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.