

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR LITORAL

KÁTIA DUTRA SOARES

A ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA  
UFPR - LITORAL: UM OLHAR A PARTIR DOS/DAS FORMANDOS/AS 2013

MATINHOS  
2013

KÁTIA DUTRA SOARES

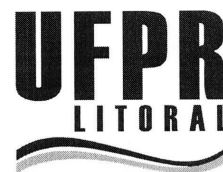
A ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA  
UFPR - LITORAL: UM OLHAR A PARTIR DOS/DAS FORMANDOS/AS 2013

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Nadia Terezinha Covolan.

MATINHOS  
2013



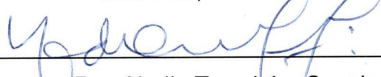
Ministério da Educação  
Universidade Federal do Paraná  
Setor Litoral  
Serviço Social



## ATA FINAL DE AVALIAÇÃO DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

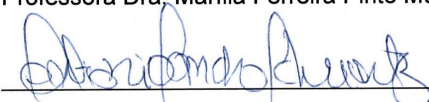
Aos oito dias do mês de novembro de 2013 na sala 35 B da UFPR Litoral reuniu-se a banca examinadora do trabalho de final de curso, constituída pelos professores: Professora Dra. Édina Mayer Vergara, Professora Dra. Marília Pinto Ferreira Murata e Professor Me. Antonio Sandro Schuartz, sob a presidência da Orientadora, Professora Dra. Nadia Terezinha Covolan. O Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Serviço Social, foi da aluna Kátia Dutra Soares, sob o título: "A Abordagem da Saúde Mental no curso de Serviço Social da UFPR – Litoral: Um olhar a Partir dos/das Formandos/as 2013". O conceito atribuído foi: Aprovado - APL. A aluna terá o prazo de 15 (quinze) dias para fazer as correções solicitadas pela banca e apresentá-las a Professora Orientadora com a finalidade de entrega definitiva do Trabalho de Conclusão de Curso.

Matinhos, 08 de novembro de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Nadia Terezinha Covolan

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Édina Mayer Vergara

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Marília Ferreira Pinto Murata

  
\_\_\_\_\_  
Professor Me. Antonio Sandro Schuartz

  
\_\_\_\_\_  
Kátia Dutra Soares

*Dedico este trabalho a meu esposo por sempre estar ao meu lado e ser um exemplo de marido, de pai e principalmente de pessoa, que não deixa esmorecer diante dos empecilhos da vida, ao contrário faz deles alicerce para a sua caminhada.*

*Obrigado Max por ter sempre acreditado em mim e nos sonhos por mim escolhidos, não me deixando nunca deles desistir, mesmo quando eu própria os achava impossíveis de serem realizados.*

**Te Amo!**

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço em primeiro lugar meus pais que sempre serão para mim um exemplo de amor, dedicação, honestidade e tantas outras qualidades que poderia citar. Hoje tenho certeza que a educação que recebi deles é a mesma que quero oferecer aos meus filhos. Minha irmã e irmãos também são peças fundamentais em minha vida. Eles podem ter certeza que estarão sempre guardados em meu coração.*

*Meu esposo Max que foi quem me deu forças quando a vontade era desistir. Mais do que isso me ofereceu compreensão, respeito, amor e cumplicidade, foi paciente com meus erros e dificuldades, me ensinou a enxergar no horizonte sempre uma luz, a ver sempre o lado bom de tudo, e esquecer o que de ruim acontecia.*

*Não posso deixar de mencionar meus amigos e amigas que me provocam sorrisos e que me acolheram sempre que os procurei. Com certeza não me esquecerei daqueles que passaram por minha vida e contribuíram para minha alegria e formação pessoal.*

*A minha grande amiga Rosangela Rodrigues, pelo apoio, carinho, sinceridade e amizade, por ter me ajudado a dar os primeiros passos em direção a ser um assistente social. A você meu carinho especial.*

*A professora Doutora NADIA TEREZINHA COVOLAN, minha orientadora, por sua sabedoria, competência, confiança e incentivo, por respeitar minhas limitações. A você meu respeito, minha sincera gratidão e profunda admiração.*

*Aos professores que me deixaram conhecimentos que certamente irão me acompanhar na vida, eu simplesmente lhes agradeço muito.*

*Em especial a professora Doutora ÉDINA MAYER VERGARA, pela acolhida e ajuda no enfrentamento de minhas dificuldades, e pela grande ajuda no meu crescimento pessoal e acadêmico.*

*Aos meus filhos peço desculpas pela minha ausência. Este trabalho, meu futuro diploma, meus esforços, enfim... tudo o que faço é para vocês e por vocês. Vocês são minha vida!*

*Todas essas pessoas que mencionei estão dentro do meu coração e contribuíram de alguma forma, com maior ou menor intensidade para que eu alcançasse mais essa conquista.*

*O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.*

*IAMAMOTO, 2005.*

## RESUMO

Este é um estudo qualitativo, onde buscamos discutir a abordagem do tema do Sofrimento / Saúde Mental no curso de Serviço Social da UFPR - Setor Litoral. Para tanto, nos embasamos nos componentes do PPC (Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social) do nosso curso, nos aportes da reforma psiquiátrica no Brasil e cotejamos essa literatura com os dados colhidos em questionário aplicado para os/as formandos/as do curso, em julho de 2013. O referido questionário foi respondido por 16 colegas, sendo 3 homens e 13 mulheres. Os resultados revelam uma carência de conhecimentos específicos na área da saúde mental, básico para a atuação dos/das profissionais; nesse sentido, apontamos a insuficiência de abordagem no curso para os novos Assistentes Sociais atenderem as demandas postas na reforma psiquiátrica. Outrossim, destacamos práticas e iniciativas criativas e pró ativas individuais, relacionando o curso de Serviço Social e seus/as egressos/as que atuam na região.

Palavras - Chave: Saúde mental, Serviço Social, Formação profissional.



## **ABSTRACT**

This is a qualitative study, where we discuss the approach to the topic of Suffering / Mental Health in Social Service course UFPR coastal sector. Therefore, the components of the embasamos PPC (Educational Project Graduation Course in Social Work) of our course, in contributions of psychiatric reform in Brazil and we compare this with literature data collected from questionnaire for / the trainees / those of course, in July 2013. This questionnaire was answered by 16 colleagues, 3 men and 13 women. The results reveal a lack of expertise in the area of mental health, basic to the work of / from professionals; accordingly, pointed out the inadequacy of the current approach to the new Social Workers meet the demands placed on psychiatric reform. Furthermore, we highlight practical and creative initiatives and pro active individual, relating the course of Social Service and its / the graduates / working in the region.

Key - Words: Mental Health, Social Services and Training.

## LISTA DE SIGLAS

AIH	-	Autorização de Internação Hospitalar
AS	-	Assistente Social
BPC	-	Benefício de Prestação Continuada
CADs	-	Centros de Atenção Diária
CAPs	-	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	-	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	-	Conselho Federal de Serviço Social
CNSS	-	Conselho Nacional de Serviço Social
DINSAN	-	Divisão Nacional de Saúde Mental
FTP	-	Fundamentos teórico-práticos
HC/UFPR	-	Hospital Clinicas da Universidade Federal do Paraná
HDs	-	Hospitais Dias
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICH	-	Interações Culturais e Humanísticas
LBA	-	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	-	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	-	Ministério do Desenvolvimento Social
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRPB	-	Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira
MTSM	-	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	-	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB	-	Norma Operacional Básica
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
ONGs	-	Organização Não Governamental
PA	-	Projeto de Aprendizado
PPC	-	Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social
PPP	-	Projeto Político Pedagógico
PSF	-	Programa Saúde da Família

SENAI	-	Serviço Nacional de Aprendizado Industrial
SESA	-	Secretaria do Estado da Saúde do Paraná
SESI	-	Serviço Social da Indústria
SNAS	-	Secretaria Nacional de Assistência Social
SRT	-	Serviço Residencial Terapêutico
SS	-	Serviço Social
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCC	-	Trabalho de Conclusão de Curso
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 CAPÍTULO I</b> .....	15
2.1 SOFRIMENTO MENTAL E SAÚDE MENTAL: CATEGORIAS POLISSÊMICAS .....	15
2.2 O SOFRIMENTO MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	17
2.3 DESMISTIFICANDO A CATEGORIA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	18
2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	19
2.5 A LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	21
2.6 REDE EXTRA – HOSPITALAR.....	23
2.7 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	23
2.8 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA .....	27
2.9 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA .....	29
2.10 BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA .....	30
2.11 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	31
<b>3 CAPÍTULO II</b> .....	32
3.1 O SERVIÇO SOCIAL E O CONTEXTO DO SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL. ....	32
3.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: APROXIMAÇÕES E DEBATES.....	38
<b>4 CAPÍTULO III</b> .....	41
4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL .....	41
4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA UFPR – SETOR LITORAL .....	45
4.3 A FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A ATUAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UMA NECESSIDADE. ....	50
<b>5 TRANÇANDO CONCLUSÕES</b> .....	58
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	60
<b>APÊNDICE</b> .....	64

## 1 INTRODUÇÃO

Abordamos neste trabalho, em um primeiro momento, e de forma não exaustiva um estudo bibliográfico e documental em pesquisas, livros, teses e dissertações, leis, portarias e decretos, a fim de reconstruir historicamente o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, onde percorremos a origem da desinstitucionalização ocorrido através dos pensamentos e ideologias de Franco Basaglia na Itália.

As discussões sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira iniciam-se no ano de 1978, oriunda do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental). O estopim desse movimento foi uma greve realizada por profissionais da saúde, que denunciavam as péssimas condições de trabalho e as condições em que se encontravam as estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. (AMARANTE, 1995). A partir daí, inicia-se a discussão sobre a atenção ao sofrimento mental, que culminou com profissionais, usuários e familiares engajados na luta para a construção do que se chamou a reforma psiquiátrica brasileira.

Um dos fatos que vêm a se consagrar como fundamental nesta caminhada é a promulgação da Lei 10.216/01, onde “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2005). Esta lei passa a ser considerada um marco na luta pela reforma psiquiátrica brasileira, passando a ser conhecida por Lei da Reforma Psiquiátrica, tornando legal a criação de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental no Brasil.

Com objetivo de reduzir os hospitais psiquiátricos a Coordenação de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, oferta diversos incentivos visando a criação de serviços extra-hospitalares de cuidados de saúde mental CAPs (Centro de Atenção Psicossocial), SRT (Serviço Residencial Terapêutico), Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Centros de Convivência, entre outros).

Recorrendo ainda ao estudo bibliográfico e documental abordamos o surgimento do Serviço Social como profissão, e sua inserção no campo da Saúde Mental.

Em um segundo momento, para atingir nosso objetivo principal, de discutir a importância dessa abordagem para a formação acadêmica dos profissionais de Serviço Social, em particular, da UFPR setor litoral, partiu do PPC (Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social), dos aportes da Reforma psiquiátrica no Brasil, cotejando dados colhidos via questionário. Aplicamos um questionário no mês de julho de 2013, com 16 colegas formandos / as do nosso curso, 13 mulheres e 3 homens. O questionário abordam questões sobre o conhecimento de temáticas como: A Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica, a atuação do profissional de Serviço Social junto aos serviços substitutivos e a formação do Assistente Social na área de Saúde Mental como podemos verificar no apêndice 1 deste trabalho. As informações coletadas através dos questionários estão expostos no capítulo 3 deste trabalho.

Assim, dividimos este trabalho, além desta introdução, em três partes e as considerações finais:

- No primeiro capítulo expomos um resgate histórico da Reforma Psiquiátrica Italiana, que inspirou posteriormente a Reforma Psiquiátrica Brasileira abarcando com isso a temática da desinstitucionalização. Onde a partir deste movimento é que surgem mecanismos que possibilitam a efetivação deste processo, mecanismos como a promulgação da Lei 10.216 e a implantação de serviços substitutivos como os CAPs (Centros de Atenção Psicossocial) e sua evolução, as Residências Terapêuticas e etc.

- No segundo capítulo abordamos o contexto histórico do surgimento do Serviço Social no Brasil, a formação das primeiras escolas de Serviço Social, onde passam a formar os primeiros Assistentes Sociais. Neste contexto acontece o surgimento das primeiras instituições que possibilitam a inserção destes profissionais no mercado de trabalho, e a trajetória de transformação da característica de ações filantrópicas para ações profissionais. Ainda neste capítulo são abordados os chamados movimentos de Reconceituação do Serviço Social e sua busca pela ruptura do conservadorismo e a aproximação do Serviço Social junto a Saúde Mental.

- No terceiro capítulo são apresentadas discussões que permeiam a formação profissional do Assistente Social, em especial na área da Saúde Mental. Também neste capítulo são apresentados elementos que fundamentam a implantação do Setor Litoral e a criação do curso de Serviço Social e seus componentes curriculares e a exposição do resultado obtidos com a aplicação do questionário junto aos/as estudantes.

Através da análise das respostas obtidas com a aplicação do questionário, buscamos traçar conclusões mediadas por reflexões embasadas pelos conhecimentos obtidos neste trabalho e a fim de balizar as futuras ações dentro do curso de Serviço Social quanto a necessidade de uma formação específica na área de Saúde Mental.

## 2 CAPITULO I

“Aqueles que não conseguem se lembrar do passado estão condenados a repeti-lo”  
(SANTAYANA).

### 2.1 SOFRIMENTO MENTAL E SAÚDE MENTAL: CATEGORIAS POLISSÊMICAS

Podemos definir a saúde mental como a condição onde o indivíduo se encontra em equilíbrio com seu meio sociocultural. Tal equilíbrio vem garantir que a pessoa participe intelectual e socialmente da construção de um bem estar que garanta um mínimo de qualidade de vida. Este tema pode ainda remeter à saúde física porém trata-se de algo de maior complexidade. Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), não há uma definição "oficial" de saúde mental. Existem vários fatores que modificam tal conceito, como a cultura, a subjetividade de julgamento e a diversidade de teorias sobre a saúde mental. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir seu estado de equilíbrio psíquico. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de doenças mentais.

Nos aportes da SESA (Secretaria da Saúde do Estado do Paraná), a saúde mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de diversas variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. Defini-se a saúde mental como estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as



desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário. Existem alguns itens que são critérios de ter saúde mental, são eles: atitudes positivas em relação a si; crescimento, desenvolvimento e autorrealização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade; e domínio ambiental e competência social. Portanto pensar em saúde mental é pensar em qualidade de vida (SESA, 2013).

Nesse contexto, sofrimento mental pode ser definido como alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Em medicina, são consideradas doenças as alterações da saúde que tem uma causa determinada, com a ocorrência de alterações físicas detectáveis. O sofrimento mental, por outro lado, é reservado para designar agrupamentos de sinais e sintomas associados a alterações de funcionamento sem origem conhecida (Amaral 2011).

Em geral resultam da soma de muitos fatores como:

- Alterações no funcionamento do cérebro;
- Fatores genéticos;
- Fatores da própria personalidade do indivíduo;
- Condições de educação;
- Ação de um grande número de estresses;
- Agressões de ordem física e psicológica;
- Perdas, decepções, frustrações e sofrimentos físicos e psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional.

Podemos então afirmar que o sofrimento mental não têm uma causa precisa, específica, mas que são formados por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Amaral 2011).

Neste trabalho, repetimos, esses termos diferentes serão utilizados juntamente, pela sua relação em vista a nosso objetivo.

## 2.2 O SOFRIMENTO MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Por anos, a relação que a sociedade manteve com as pessoas em sofrimento mental foi mais ou menos a mesma: longas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, caracterizados pelo abandono e/ou pelos atos de violência (AMARANTE, 2007). Neste contexto mundial surge o modelo de psiquiatria democrática na Itália, transformando o modo de pensar da lógica da “loucura”, dando início a uma ruptura epistemológica e metodológica entre o saber psiquiátrico e sua prática até então.

Em 1971, Basaglia iniciou um trabalho em Trieste, uma cidade de médio porte situada na Itália. Teve início, ali, a mais rica e original experiência de “transformação radical da psiquiatria contemporânea” (AMARANTE, 2007) que inspirou e inspira muitas experiências por todo o mundo e, que será referência fundamental do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Basaglia começou um projeto de desinstitucionalização, que tinha como objetivo a total desconstrução do aparato manicomial, assim como sua lógica de isolamento e exclusão. Segundo Franco Rotelli (que substituiu Franco Basaglia após seu falecimento em 1980), e Paulo Amarante (médico psiquiatra e pioneiro do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica), assim começou a demolição do aparato manicomial com a extinção dos tratamentos violentos, com a abertura dos cadeados e das grades e com a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Nesse contexto:

A negação da instituição” não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos a margem da normalidade social. (AMARANTE e ROTELLI, 1992).

O Hospital de Trieste foi fechado no ano de 1976, sendo substituído por centros externos de apoio aos pacientes e às famílias, que não contavam com serviços de internação. (ALVARENGA, 2012).

Em 1978 é aprovada a lei nº 180, também conhecida como Lei Basaglia, que estabelecia pontos importantes, entre eles a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e novas internações, a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental, a territorialização dos serviços de saúde mental e as enfermarias em hospitais gerais, a qual foi de grande ajuda para que o processo de Reforma Psiquiátrica atingisse vários países dentre eles o Brasil.

### 2.3 DESMISTIFICANDO A CATEGORIA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A ideia de desinstitucionalização surge nos Estados Unidos em virtude do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, compreendida inicialmente como uma forma de desospitalização. Essa estratégia de desinstitucionalização parte do princípio psiquiátrico tradicional, pressupondo que esta reforma se dá com a utilização do conhecimento e das técnicas psiquiátricas, ou até mesmo uma reestruturação e gestão administrativa. A desinstitucionalização, assim, passa a ser apenas uma ferramenta administrativa de retirada dos doentes dos hospitais e deixa de levar em conta a doença mental e as ações dos profissionais sobre a doença e os doentes.

Rotelli afirma que a desinstitucionalização referente a desospitalização, em países da Europa e nos Estados Unidos, se deram no intuito de incentivar a renovação e as funções terapêuticas da psiquiatria, permanecendo os paradigmas da psiquiatria como controle social, repressão e ferramenta de isolamento social. O autor chama estas experiências de “psiquiatria reformada” e afirma que desinstitucionalização era palavra de ordem central para um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos nos hospitais e resposta à crise fiscal. Sobretudo, é “com este último significado que a desinstitucionalização foi realizada, ou seja, foi praticada como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos” (ROTELLI, 2001, pág. 19).

A perspectiva italiana de desinstitucionalização é uma experiência completamente diferente. Tendo como principal representante Franco Basaglia, parte da construção de novos paradigmas, de revisões de práticas e teorias referentes a área psiquiátrica e manicomial, o que inspirou novos países, inclusive o Brasil. Trata-se, como veremos, de um pensar minucioso visando a reestruturação e a construção de uma nova maneira de ver e de lidar com a saúde mental. Os italianos compreendem que a psiquiatria deixa de ser eficiente quando separa o caráter científico representado pela doença, do ser a ser atendido ou tratado, não levando em conta que esta pessoa esta inserida em um meio social. Assim, não basta acabar com os manicômios, reduzir leitos, sem pensar em uma estrutura que abarque a demanda de forma eficiente e com uma característica humanizada.

#### 2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil foi desencadeada pela “Crise da DINSAN” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão responsável pela elaboração das políticas de saúde mental, que era composto por profissionais de quatro unidades do Rio de Janeiro: o Centro Psiquiátrico Pedro II, o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judicial Heitor Carrilho; os profissionais dessas unidades deflagraram greve, seguido da demissão de 260 estagiários e profissionais em abril de 1978. A crise se instalou a partir da denúncia pública, de três médicos bolsistas, das irregularidades e da trágica situação existente naqueles locais. Com isso, vários profissionais de outras unidades se mobilizam, se somam e constituem o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental). O MTSM constituiu, assim, um movimento formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este Movimento, mediante variados campos de luta, denuncia a

violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, e se tornam protagonistas da construção coletiva de uma crítica produtiva ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico da assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005). Assim, o MTSM conseguiu ser o primeiro movimento em saúde com a participação efetiva da população pela luta no campo da saúde mental:

O MTSM tinha o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinava informações, organizava encontros, reunia trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995).

Em 1987 ocorre um avanço nos debates, no que diz respeito à reforma psiquiátrica brasileira, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, organizada na cidade do Rio de Janeiro. Segundo a Assistente Social Camila Alvarenga (2012) indo na direção totalmente contrária aos interesses do MSTM, a conferência não abriu espaço para a participação dos movimentos sociais e usuários dos serviços de psiquiatria, mantendo um caráter tecnicista e excludente. Como resposta, o MSTM convoca o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em saúde Mental que ocorre em dezembro do mesmo ano em Bauru (São Paulo) com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, conferindo um sentido mais político ao movimento antimanicomial:

Enfim, a nova etapa consolidada no congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1995)

No mesmo ano de 1987 é inaugurado o primeiro CAPs brasileiro na cidade de São Paulo, contribuindo para o crescimento da consciência crítica sobre a situação psiquiátrica brasileira.

Nesta década ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental e começam a vigorar em todo território nacional as primeiras normas e regulamentos para a

implantação de serviços extra-hospitalares, que tiveram como base as experiências dos primeiros CAPs, NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. São criados os NAPS em Santos, SP, baseados na experiência italiana e em substituição às internações ali realizada, os NAPS foram instaurados oferecendo um serviço de 24 horas diárias para diversos tipos e transtornos mentais. (ALVARENGA, 2012).

No ano de 1992, temos a aprovação das primeiras leis estaduais que determinavam a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede de saúde mental. Também na década de 90 temos a afirmação do compromisso do Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, onde se coloca que todo “portador de transtorno mental” deve ter os direitos humanos e civis respeitados.

No ano de 2001 realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental. A importância desta conferência pode ser destacada em seu relatório final. Neste período, realizaram-se 163 Conferências Municipais e 173 Microrregionais e Regionais. É importante destacar o significativo número de pessoas que se mobilizaram desde a etapa municipal e, em particular, a consolidação da presença ativa de usuários e familiares. Estima-se a presença de 30.000 pessoas nesta primeira etapa. Na segunda etapa, os 27 estados da federação realizaram conferências estaduais, congregando cerca de 20.000 participantes. Destaca-se ainda a participação de convidados internacionais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal, Suíça e de representantes da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e da OMS (Organização Mundial de Saúde, pág. 15 e 16).

## 2.5 A LEGISLAÇÃO PERTINENTE

A Lei 10.216, sancionada em abril de 2001, vem para regulamentar as internações psiquiátricas e com isso promover mudanças no modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental:

A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005, pág. 55 e 56).

A lei tem como principal objetivo a humanização do tratamento, de modo que a internação só venha a ocorrer em último caso. Como descrito em seu Art. 4º:

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Essa proposta vem com o intuito de se preservar a convivência coma a família. Com isto tanto a família como a sociedade são chamados a assumir suas responsabilidades, se conscientizando que a pessoa em sofrimento mental tem condições de superação maior de sua dificuldade se mantiver o vínculo familiar e social. Com o processo de desinstitucionalização nesse viés, passamos a ter políticas publicas e uma serie de normatizações do Ministério da Saúde. Para Rotelli:

A desinstitucionalização é um processo que acontece de dentro para fora, aonde os mecanismos internos das instituições se reciclam e conseguem, aos poucos, externalizar as mudanças conquistadas (Rotelli, 1990). É por causa deste fenômeno que este processo não acaba arbitrariamente com os manicômios, mas oferece serviços substitutivos de qualidade, fazendo

com que, gradativamente, a sociedade não tenha mais a necessidade de enclausurar a loucura (ALVARENGA, 2012).

A partir da luta antimanicomial implementada pelo MSTM e da aprovação da lei 10.026 surgem vários serviços de atendimentos extra-hospitalares, dentre os quais destacamos: NAPS; Centros de Atendimentos Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); CADs (Centros de Atenção Diária); HD (Hospital Dia); Centros de Convivência e Cultura, bem como alguns programas como o programa de Volta Para Casa e o SRT. Dado a importância desses serviços, abordaremos abaixo, cada qual, brevemente.

## 2.6 REDE EXTRA – HOSPITALAR

A construção de uma rede extra-hospitalar é condição para consolidar a reforma psiquiátrica; com serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos poderemos constituir um conjunto concreto de apoio e acolhimento a pessoa em sofrimento mental. Nesse contexto, é fundamental a participação de instituições, associações e cooperativas entre outros, para formação de uma rede de apoio e base comunitária, base indispensável para a emancipação das pessoas em sofrimento mental e de apoio aos familiares e cuidadores.

## 2.7 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Segundo a Secretaria de atenção a saúde mental do SUS (Sistema Único de Saúde), os CAPs assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, e fazem o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos



Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Os CAPs têm como principal função o atendimento clínico diário, evitando com isso as internações, e promovendo a inserção social das pessoas em sofrimento mental, regulando também a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dando suporte a atenção a saúde mental na rede básica. Os CAPs vieram para substituir e não complementar os hospitais psiquiátricos, com isso cabe a eles o acolhimento e a atenção às pessoas em sofrimento mental grave e persistente, mantendo e preservando os laços sociais dos usuários. (Saúde Mental no SUS, 2004, pág.12).

As portarias ministeriais 189/91 E 224/92 instituíram as CAPs bem como vários outros serviços dentre os quais os hospitais-dia e as oficinas terapêuticas, que foram reestruturadas pelas portarias nº 336/2 e 189/2 estabelecendo várias modalidades de CAPs.

Segundo a Secretaria de Atenção a Saúde Mental do SUS, os CAPs visam prestar atendimento em regime de atenção diária, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, dar suporte e supervisionar a atenção a saúde na rede básica e programa saúde da família, manter atualizada a lista dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental. (Saúde Mental no SUS, 2004, pág.13). Ainda segundo a secretaria, os CAPs devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (o CAPs deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes. As práticas realizadas nos CAPs se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade,

sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (Saúde Mental no SUS, 2004, pág.14). Os CAPs funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª feira). Seu horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de CAPs:

- CAPs I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona durante cinco dias da semana, com uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e tema capacidade de acompanhamento de 240 pessoas /mês.

- CAPs II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona cinco dias da semana, com uma equipe de no mínimo 12 profissionais, com capacidade de atendimento de 360 pessoas/mês.

- CAPs III – municípios com população acima de 200.000 habitantes funcionam 24 horas por dia todos os dias da semana inclusive feriados, com no máximo cinco leitos realiza acolhimento noturno com internações curtas de horas e no máximo sete dias, com uma equipe mínima de 16 profissionais, com um atendimento de 450 pessoas/ mês.

- CAPsi – municípios com população acima de 200.000 habitantes funcionam cinco dias da semana, atendimento de crianças e adolescentes, com uma equipe mínima de 11 profissionais, atendendo 180 crianças e adolescentes/ mês.

- CAPsad – municípios com população acima de 100.000 habitante, ou em cidades que por sua localização necessitem deste serviço para dar uma resposta efetiva as demandas (municípios de fronteiras, ou parte de rota de trafico de drogas), funciona cinco dias da semana, com uma equipe mínima de 13 profissionais, atendendo 240 pessoas/mês.

TABELA 1: TABELA COM A EVOLUÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE CAPs NO BRASIL.

ANO	CAPs I	CAPs II	CAPs III	CAPsi	CAPsad	CAPsad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

FONTE: COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/DAPES/SAS/MS.

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPs e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises surjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPs, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

A portaria 336/02 do Ministério da Saúde dimensiona as equipes técnicas para cada tipo de CAPs. De acordo com esta portaria, os CAPs II deverá ter sua equipe técnica mínima composta por 01 (um) médico psiquiatra, 01 (um enfermeiro em formação em saúde mental), 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Os serviços de atenção psicossocial devem contar com profissionais de diversas áreas, atuando assim como uma equipe multidisciplinar e também interdisciplinar, que não inclui somente profissionais ligados a área da saúde, mas também profissionais de outras categorias “externas”, como: músicos, artistas plásticos, artesões, dentre outras, dependendo da particularidade de cada serviço que será ofertado bem como de cada região ou cidade onde estarão sendo aplicados (Brasil, 2004, pág. 15 e 16).

Outrossim, esses serviços devem buscar desenvolver relações com os recursos da própria comunidade, o desafio está na possibilidade de encontrar esses espaços como associações, entidades comerciais, ONGs (Organização Não Governamental), empresas públicas, cooperativas, entidades filantrópicas, etc., que possam colaborar com esta proposta na criação de estratégias. Para compreendermos a ideia de Rede de Atenção a Saúde Mental tal como entendida pelo Ministério da Saúde, mas que pode ser mais ampla e complexa, de acordo com as possibilidades e a criatividade de cada serviço ou equipe o autor nos coloca uma figura. (FIGURA 1).

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

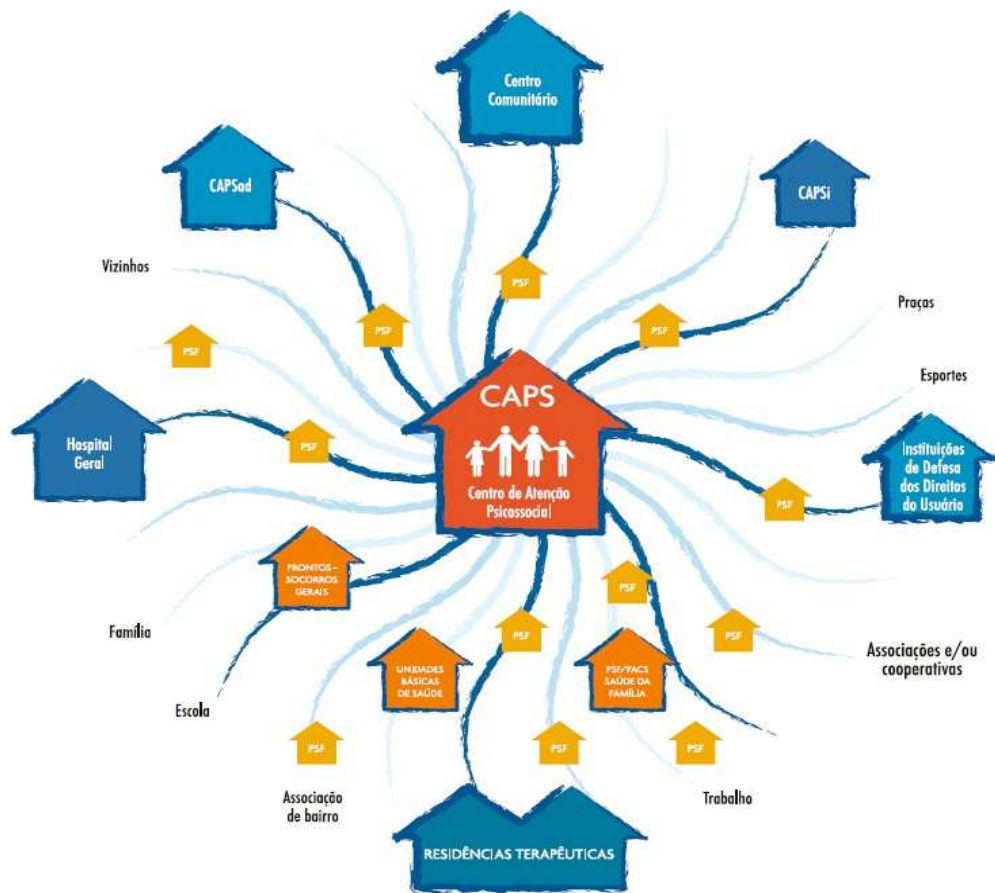


FIGURA 1 - REDE PRECONIZADA PELA COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE MENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 FONTE: ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.

### 2.8 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Através da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, O Ministério da Saúde insere os SRTs ao SUS, numa tentativa de superar o até então modelo de atendimento voltado para o hospital psiquiátrico.

**Art. 1º** Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

**Parágrafo único.** 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.

**Art. 2º** Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

**Art. 3º** Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

**a)** garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

**b)** atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

**c)** promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

**Art. 4º** Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

**a)** ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;

**b)** ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização

de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

**c)** respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Esta política de assistência traz consigo uma possibilidade de moradia a uma grande parcela de pessoas que ficaram por longos períodos internadas em hospitais psiquiátricos por vezes por terem perdido totalmente o vínculo familiar, lhes permitindo o acesso a uma política de reabilitação psicossocial, fornecendo-lhes uma qualidade de vida digna, e fazendo com que assim diminua as internações em hospitais psiquiátricos.

## 2.9 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

O Programa de Volta para Casa é facilmente identificado sob a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

**Art. 1º** Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

**Parágrafo único.** O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

O Programa visa inserir socialmente as pessoas em sofrimento psíquico com um histórico de internações psiquiátricas de dois ou mais anos, e tem em sua essência incentivar a organização de uma gama variada de recursos assistenciais onde também acaba por fazer a regulamentação de benefícios.

## 2.10 BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Nesse contexto, o profissional de SS atua para garantir os direitos das pessoas com sofrimento mental e seus familiares, acessando as políticas públicas pertinentes. O usuário de Saúde Mental pode acessar não apenas o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa de Volta para Casa bem como o BPC (Benefício de Prestação) Continuada da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), Lei Federal nº. 8.742 de 1993.

**Art. 1º** A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

**Art. 2º** A assistência social tem por objetivos:

**I** - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

**II** - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

**III** - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

**IV** - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

**V** - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

**Parágrafo único.** A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

**Art. 20º** O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

Os programas, bem como os benefícios estão presentes no processo de Reforma Psiquiátrica, permitindo resgatar a cidadania; possibilitando a progressiva diminuição dos leitos psiquiátricos; ampliar a rede extra-hospitalar as quais podemos citar o: CAPs, SRT, e incluir as ações da saúde mental na atenção básica e Saúde da Família.

## 2.11 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Recentemente, o Ministério da Saúde vem implementando ações na atenção básica, em especial ligadas ao PSF (Programa Saúde da Família), voltadas ao público adolescente e às questões mais comuns da saúde mental. Normas e estímulos possibilitam aos municípios com menos de vinte mil habitantes, que hoje representam 70% dos municípios brasileiros, que a atenção a saúde mental seja estruturada a partir da Atenção Básica. A estruturação se dá através de micro equipes de saúde mental que apoiam a atenção básica e estas, importam para a solidificação da reforma psiquiátrica brasileira e do SUS.

Nesse contexto, o profissional de serviço social pode articular os recursos existentes, incrementar a Rede de Atenção à Saúde Mental, promover ações em serviços de atenção psicossociais, residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, na Estratégia Saúde da Família. O SS, enquanto profissão interventiva que atua especialmente na articulação dos usuários, famílias e políticas públicas, não pode ter sua atuação e prática e protagonismo, invisibilizada. Dessa forma, abordaremos no próximo capítulo, o SS nesse contexto.



### 3 CAPITULO II

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas. Que já tem a forma do nosso corpo. E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la. Teremos ficado para sempre À margem de nós mesmos. (Autor Desconhecido).

#### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL E A ATUAÇÃO FRENTE A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

O Serviço Social surge no Brasil na década de 30, conhecida como a era “Getúlio Vargas”, como uma alternativa profissionalizante às suas atividades de apostolado social, num momento de profundas transformações sociais e políticas. A Ação Social e a Ação Católica logo se tornam uma das fontes preferenciais de recrutamento desses profissionais. A profissão não se caracteriza apenas como uma nova forma de exercer a caridade, mas como forma de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, com base na atividade assistencial; seus efeitos são essencialmente políticos; o enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçam a colaboração entre capital e trabalho. (IAMAMOTO E CARVALHO, 2005, pág.23).

Com o forte aumento da industrialização, aumenta também em mesma proporção da classe operária composta por homens, mulheres e crianças, população que vive de forma precária e insalubre nos centros urbanos e próximos às indústrias onde trabalhavam. A Revolução de 30 já encontrou um clima favorável para uma legislação social no Brasil, o que vinha se esboçando desde a década anterior e que se reafirmou na criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio pelo decreto n.º 19.433, de 26 de novembro de 1930; este teria sobre sua responsabilidade os estudos e ações relacionadas ao trabalho vinculado à indústria e ao comércio, deixando assim as questões sociais de serem tratadas como caso de polícia para se tornarem responsabilidade de um órgão oficial, cujo dever seria cuidar dos direitos e

interesses dos trabalhadores. Desta maneira o governo consolida a ideia do Estado protetor, paternalista, e de uma população submissa, que até os dias atuais permanece na maneira de pensar da população brasileira e orienta as relações entre o trabalho e o estado. Iamamoto afirma assim, que a noção fantasiosa de direitos, está presente na política varguista, tem como objetivo dificultar o entendimento dos mesmos para a classe operária, impedindo-a de perceber a outra face da legislação social, o fato de que representa um elo a mais na cadeia que acorrenta o trabalho ao capital, legitimando sua dominação. (IAMAMOTO E CARVALHO, 2005, pág. 244).

Concomitantemente, em 1936 é fundada a primeira Escola de Serviço Social em São Paulo, e em 1937 a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro pela Igreja Católica, com o objetivo de formar jovens baseadas na doutrina social da igreja católica para atuar em uma linha de justiça social e de caridade cristã. Para o ingresso na escola as jovens deveriam preencher os requisitos que eram estabelecidos em uma perspectiva conservadora onde: "O Assistente Social deveria, assim: ser uma pessoa da mais íntegra formação moral, que a um sólido preparo técnico alie o desinteresse pessoal, uma grande capacidade de devotamento e sentimento de amor ao próximo; deve ser realmente solicitado pela situação penosa de seus irmãos, pelas injustiças sociais, pela ignorância, pela miséria, e a esta solicitação devem corresponder as qualidades pessoais de inteligência e vontade. Deve ser dotado de outras tantas qualidades inatas, cuja enumeração é bastante longa: devotamento, critério, senso prático, desprendimento, modéstia, simplicidade, comunicatividade, bom humor, calma, sociabilidade, trato fácil e espontâneo, saber conquistar a simpatia, saber influenciar e convencer". (IAMAMOTO E CARVALHO, 2005, pág. 227).

A década de 40 marca o começo do Estado Novo, onde fora considerado um período político ditatorial, uma vez que o mesmo fecha o Congresso Nacional e cria uma nova Constituição que tem como principal característica a antidemocracia, fazendo uso também de censuras e de um regime populista. Contudo houve avanços na economia, graças a modernização na infraestrutura industrial, avançando também no campo dos direitos trabalhistas onde se implantou, por exemplo, jornadas máximas de 8 horas diárias de trabalho e estabelecendo a idade

mínima para o trabalho de 14 anos. Em 1942, devido ao engajamento do país na Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de prestar apoio as famílias cujos homens haviam sido enviados para a guerra, foi criada a LBA (Legião Brasileira de Assistência). A conjuntura da época favoreceu a sua criação já que nesta época ocorreu a diminuição da renda familiar da classe trabalhadora e também da classe burguesa urbana. Mesmo possuindo pessoal qualificado para assumir as funções, a entidade sempre esteve sob o comando das Primeiras Damas tendo assim sempre característica de entidade filantrópica, com ações clientelistas obedecendo a interesses dos governos vigentes. O período de 1946 a 1964 foi marcado pela inércia no tange o campo das instituições de assistência, pois o Estado manteve suas ações de controle nas relações existentes, e utilizou-se das demandas sociais para focar os trabalhos em disputas eleitorais. Nesse sentido, Pereira (2007) destaca algumas instituições importantes para o SS: a) Fundação Leão XIII: Criada em 1946 pelo governo federal a partir do objetivo de atuar especificamente juntos aos moradores de favelas, concentrados nos grandes centros urbanos. Provem da articulação entre Estado e a hierarquia católica; b) SESI (Serviço Social da Indústria): Criado em 1946, no pós-guerra visando atuar no bem-estar do trabalhador na indústria. Nesse período o empresariado, se insere na política de controle social. No entanto o investimento do empresariado nesta ação é mínimo, sendo que o Estado prove com recursos públicos as políticas sociais voltados para os trabalhadores. (PEREIRA, 2007. pág. 35)

Coimbra (2010) refere essas instituições citadas será a porta de entrada para a empregabilidade dos Assistentes Sociais, que deixam de trabalhar na caridade promovida pela Igreja Católica e passam a ser empregados pelas instituições públicas e privadas. Conforme a Autora, as práticas dos/das Assistentes Sociais eram absorvidas em grande intensidade pelas características das instituições, tais como o CNSS (Conselho Nacional de Serviço Social - 1938), a LBA - (1942), o SENAI (Serviço Nacional de Aprendizado Industrial - 1942), o SESI - 1946 e a Fundação Leão XIII - 1946, que tinham dentre seus objetivos comuns proporcionar benefícios assistenciais indiretos aos trabalhadores urbanos e a aqueles totalmente esgotados pelo sistema (COIMBRA, 2010).

Na década de 60, o Brasil obteve um significativo crescimento econômico e estabilidade política. Crescimento este devido a investimentos estrangeiros no setor de bens de consumo duráveis, impulsionando o país à modernidade capitalista. Iamamoto ressalta que no decorrer desses anos, a profissão sofrerá sua mais acentuada transformação, “modernizando-se” tanto o agente como o corpo teórico, métodos e técnicas por ele utilizados. Há, também, uma significativa ampliação das funções exercidas por Assistentes Sociais, em rumo as tarefas, por exemplo, de coordenação e planejamento, que evidenciam uma evolução no status técnico da profissão. Assumem técnicas e metodologias mais intensivas do Serviço Social de Grupo e, especialmente da comunidade (IAMAMOTO E CARVALHO, 2005, pag. 345 e 346).

A partir de 1964, devido à ditadura militar, reduziu-se drasticamente os recursos/investimentos para as instituições. Neste período há um aumento significativo na inserção de profissionais no mercado de trabalho e um avanço nos debates referentes às metodologias e técnicas utilizadas dando uma qualidade maior a profissão visando uma modernização, com características científica e tecnicista. Esse foi o que se chamou de Movimento de Reconceituação do Serviço Social de 1965. A partir desta direção sugeriam-se novas possibilidades teóricas e ideológicas. No dizer de José Paulo Netto:

A renovação se inicia mediante ação organizadora de uma entidade que aglutina profissionais e docentes, em seguida tem o seu centro de gravitação transferido para o interior das agências de formação e, enfim, espalha-se desses núcleos para organismos de clara funcionalidade na imediata representação da categoria profissional. (2007, pág. 153)

O saber do Serviço Social se manteve baseando nas Ciências Sociais de extração positivistas e pensamentos conservadores e o cenário se manteve inalterado, tendo uma nova perspectiva a partir de 1979 com o III CBAS (Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais), em São Paulo, conhecido como “congresso da virada”. Este período foi de intensa importância dada às transformações que passava o Brasil motivado pelo fim da ditadura militar; fortes mobilizações e manifestações populares resultaram em uma nova Constituição da República

Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”. Na década de 80 o Serviço Social passa a incorporar as teorias sociais de KARL MARX no pensar a profissão. Nesta nova matriz são aceitos que os acontecimentos devem ser analisados histórica e socialmente, fundamentando uma análise do conjunto para possíveis intervenções. Esses novos conceitos da profissão do Serviço Social no Brasil, serão frutos das ações formativas dos assistentes sociais - mediante modernização do currículo de 1982 e das diretrizes curriculares - dos eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa das e dos profissionais; também influenciaram diretamente as discussões ocorridas em Convenções, Congressos, Encontros e Seminários. Neste contexto, ocorre a regulamentação legal do exercício profissional e do seu Código de Ética, a partir dos quais, os e as profissionais do serviço social buscam se posicionar criticamente frente ao tratamento conservador da questão social.

Ao longo da década de 90, ocorreu a extinção da LBA. No ano de 1995 deu-se a criação do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), ligado a SNAS (Secretaria Nacional de Assistência Social) que passa a assumir o papel da LBA. Também no ano de 1995 acontece em Brasília a 1ª Conferência Nacional de Assistência Social onde se obteve uma significativa participação da sociedade e com isso a Política de Assistência dá seus primeiros passos como direito, deixando para traz seu caráter exclusivamente assistencialista.

Ainda na década de 90, houve avanços para o serviço social, onde se destaca a criação do projeto ético-político da categoria, o Código de Ética do Assistente Social, a Lei n. 8.662 de 13/março/1993 que regulamenta o exercício profissional e as Diretrizes Curriculares para a formação acadêmica. A partir do ano de 1996 passa a ser implantada a LOAS (Lei Orgânica de Assistência) devido aos diversos benefícios fornecidos a variados seguimentos, os idosos, portadores de necessidades especiais, criança e adolescentes. Neste período o MDS (Ministério do Desenvolvimento Social) unifica os programas sociais dispersos em diversos ministérios, onde também aprova a Política Nacional de Assistência Social e a NOB (Norma Operacional Básica). Outrossim, mediante a Constituição Federal de 1988, a Assistência Social passa a ser considerada como uma política de Seguridade Social,

deixando seu status de caridade realizada pelo Estado ou pelas instituições filantrópicas, para assumir o viés de direitos e de cidadania. Em que pese a Constituição de 1988, apenas em 1993 serão regulamentados os artigos relacionados às instituições de assistência, o que demonstra a luta das e dos profissionais contra os interesses do capital na manutenção da assistência social com sua característica de clientelismo político e filantrópico. Assim, é posto para a profissão novos desafios, onde são trazidos novos questionamentos problemáticas bem como questões como o desemprego, o trabalho infantil, a violência doméstica as pessoas em sofrimento mental o envelhecimento sem recurso, as discriminações por questões de gênero e etnia, bem como outras questões excludentes.

Segundo Maria Carmelita Yazbek (2009) professora da Pós Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo ao longo da década a profissão se coloca diante destas e de outras questões. Destacam-se como alguns dos eixos articuladores do debate profissional e que tem rebatimentos em sua ação e produção:

- A Seguridade Social, em construção no país, após a Carta Constitucional de 1988, que afirma o direito dos cidadãos brasileiros a um conjunto de direitos no âmbito das políticas sociais, (Saúde, Previdência e Assistência Social). A noção de Seguridade supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de certezas e seguranças que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais. Essa cobertura é social e não depende do custeio individual direto. A inserção do Serviço Social brasileiro nos debates sobre essa cobertura social marcou a década;

- A Assistência Social, qualificada como política pública, de Proteção Social, constitutiva da Seguridade Social, constituiu-se em tema de estudos, pesquisas e campo de interlocução do Serviço Social com amplos movimentos da sociedade civil que envolveu fóruns políticos, entidades assistenciais e representativas dos usuários de serviços assistenciais;

- A questão da municipalização e da descentralização das políticas sociais públicas e outros aspectos daí decorrentes, seja na ótica da racionalização de recursos, humanos e sociais com vistas a seus efetivos resultados, tanto na

perspectiva de aproximar a gestão destas políticas dos cidadãos. Notável é desde os anos 1990, em todo o território nacional a presença e o protagonismo do assistente social em fóruns e conselhos vinculados às políticas de saúde, de assistência social, da criança e do adolescente, entre outras, participando ativamente na defesa de direitos e no controle social das políticas públicas. (YAZBEK, 2009)

É importante demonstrar que as diversas transformações sofridas pela sociedade encontraram dentro do Serviço Social uma bagagem sólida e segura, onde demonstram todo o acúmulo de conhecimento trazido ressaltando suas escolhas metodológicas e teóricas seus ideais e enfatizando a participação ativa da categoria, concretizada a partir de seu projeto ético político profissional.

A partir de então todas as ações da profissão se darão em consonância com o Código de Ética de 1993, pelas Diretrizes Curriculares de 1996 e pela Legislação que regulamenta o exercício profissional (Lei nº8662/93). Desta forma, a profissão atravessa a década de 90 desafiada a consolidar o novo projeto ético político, teórico metodológico e operativo. Norteada não somente por teorias marxistas, mas também pelas oriundas de diversas vertentes com valores na sociedade, valores conquistados ao longo do tempo modernizando o pensar social. Neste sentido o Serviço Social chega ao final da década com maturidade considerável, refletida pelos diversos centros de formação de profissionais de assistência social, inúmeros programas de pós-graduação responsáveis pela formação de profissionais altamente capacitados a atuar no Serviço Social e de produzir conhecimento na área (YAZBEK, 2009).

### 3.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: APROXIMAÇÕES E DEBATES

A atuação do Serviço Social com ações voltadas à saúde mental no Brasil possui seu início na década de 40, na mesma época em que os primeiros AS (Assistente Social) adentram o campo de trabalho no Brasil. Estes assistentes sociais eram formados para a atuação em instituições psiquiátricas. Nesta época a atuação do assistente social tinha como principal característica a subordinação aos

médicos, e atuavam predominantemente nas ações burocráticas, investigavam os aspectos socioeconômicos da vida do “paciente” e da sua família, produziam diagnósticos sociais. Essas ações eram essencialmente assistenciais, onde os/as Assistentes Sociais agiam apenas como subordinados, deixando de contribuir através de ações efetivas. (BISNETO, 2009)

O atendimento das pessoas em sofrimento mental não visava atender as necessidades dos tratamentos, apenas tratava-se de, mediante ações conservadoras, o controle social em áreas consideradas críticas. Conforme Bisneto nos coloca:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura. Era pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária. O Assistente Social veio ‘viabilizar’ o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos ‘necessitados’. (BISNETO, 2009, pág. 25).

Assim, entre as décadas de 40 e 60 a atuação do AS teve como característica ações baseadas nos modelos higienistas e moralistas onde buscavam enquadrar e controlar os indivíduos e as famílias. A partir da década de 70 o Serviço Social passa a incorporar novas teorias, críticas das práticas conservadoras da profissão, no que tange o campo da saúde mental. A desinstitucionalização veio abrir caminho para novas proposições e encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o AS intervir de forma efetiva nas refrações da questão social na área de Saúde Mental (BISNETO, 2009, pág. 40).

Uma nova forma de se pensar o tratamento das pessoas em sofrimento mental surge, então, a partir do movimento da reforma psiquiátrica, com uma atenção mais humanizado na preservação da convivência familiar a partir de serviços substitutivos e de bases comunitárias, como os CAPs, que contam com uma equipe multiprofissional e que compreende um “conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na



unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (BRASIL, 2004, pág. 16).

A reformulação do Serviço Social na saúde mental deu-se em consonância com as transformações da sociedade com o passar dos anos. Na atualização de suas influências teórico-metodológicos e seus ideais, enfatizando a participação ativa da categoria. Nesse contexto são apontados grandes desafios para o Serviço Social, em um país cada vez mais capitalista, globalizado e com as mais diversas problemáticas no que tange a cenário político social. Tendo em vista esse cenário, abordaremos a seguir, o tema sofrimento / saúde mental no curso de Serviço Social, locado na UFPR Setor Litoral.

## 4 CAPITULO III

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”. (EDUARDO GALEANO).

### 4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL

O Assistente Social deve possuir em sua formação profissional habilidades e competências que lhe proporcionem condições para atuar em todas as áreas. Uma área com grande potencial de atuação para o profissional de Serviço Social é a da Saúde Mental. Em que pese desta área ser uma das primeiras áreas de atuação da profissão, existem ainda muitas discussões por parte da categoria no que tange o campo, denominado Serviço Social Clínico. O CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), através do Parecer Jurídico 16/08, argumenta que:

A formação generalista do assistente social já permite à este diversificar a sua atuação profissional, conforme suas possibilidades e necessidades do meio, para atender e incorporar as atividades que lhes são próprias nas áreas que atua: na escola, no hospital, no judiciário, na empresa, onde quer que sua presença seja reclamada. (CFESS, 2008, pág.11).

Outros estudos produzidos pelo CFESS, intitulado “Práticas Terapêuticas no Âmbito do Serviço Social: Subsídios para Aprofundamento do Estudo” demonstram que muitos profissionais do Serviço Social que possuem em sua formação a especialização na área de psicoterapia, reivindicam um maior espaço nos grupos de trabalho de práticas terapêuticas, usando de diversos argumentos para isso, tais como a defesa do pluralismo na profissão, onde os locais de atuação possam estar em contato direto com o político e o exercício profissional do Assistente Social possa ser reconhecido como terapêutico.

Este mesmo documento reconhece a abrangência diante da atuação do Assistente Social em grupos de práticas terapêuticas expondo as diversas práticas por eles efetuadas, onde o Serviço Social passa a adotar uma nova forma de agir, fugindo do modelo conservacionista. Segundo o trabalho, “as chamadas práticas terapêuticas, ao englobarem valores, metodologia e prática voltada para a perspectiva pessoa-situação-ambiente, utilizam instrumentais técnico-operativos como diagnóstico, plano de tratamento psicossocial, atendimento individualizado, anamnese social, acompanhamento, visitas domiciliares, hospitalares e institucionais, anotações em prontuários, entrevistas, testes específicos, relatórios, grupo, oficinas terapêuticas, supervisão clínica, encaminhamentos para especialistas, terapia comunitária, terapia de orientação sistêmica, estudo trigeracional, utilização de vivências (danças, exercícios, caminhadas, relaxamento, etc.). Vistos desse modo, não se pode depreender que isso lhe confere por si só uma perspectiva conservadora, uma vez que o uso dos instrumentais não pode ser analisado fora de toda a estatura teórico-conceitual e ético-política que lhes envolve e direciona” (CFESS, 2008, pág. 12 e 13).

A atuação do Assistente Social na Saúde Mental pode ser demonstrada, tomando como base as palavras do texto Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde onde coloca que o profissional de Serviço Social Assistente Social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nesta direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao Assistente Social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios. (CFESS, 2009, pág. 23)

As Práticas Terapêuticas no Serviço Social exercem um elevado grau de importância junto as mais variadas demandas familiares, auxiliando na busca pelo

objetivo destas práticas, mesmo quando não haja a intenção da atuação como especialista em Práticas Terapêuticas. Para isso o Assistente Social procura estar se qualificando, capacitando e elaborando ferramentas para uma atuação mais eficiente junto aqueles que buscam o serviço, tornando-o assim peça fundamental junto aos Programas de Políticas Públicas de Assistência.

Corroborando com o exposto acima, Bisneto (2009), afirma que o Assistente Social que atua no campo da Saúde mental é de fundamental importância, pois é um profissional capacitado a analisar de forma ampla e crítica as conjunturas presentes interpretando as relações sócias em contraposto a “loucura”, podendo: intervir num amplo escopo da prática social, usando sua visão nas mais diversas análises e ações:

- Participação na formulação de políticas sociais públicas em Saúde Mental no campo da seguridade social;
- Participação em planejamento social para montagem de serviços, estratégias de intervenção e modelos assistenciais no atendimento a usuários de serviços psiquiátricos;
- Montagem de análises de conjuntura em Saúde Mental e política social;
- Criação de articulações teóricas e práticas entre cidadania e loucura;
- Análise dos ‘processos de trabalho’ e suas implicações em Saúde Mental;
- Construção de dispositivos de avaliação de redes assistenciais para portadores de transtornos mentais;
- Análise crítica do financiamento das políticas públicas em Saúde Mental e construção de formas alternativas para redes assistenciais na perspectiva da Reforma Psiquiátrica;
- Contribuição na análise crítica da articulação entre os problemas sociais e o desencadeamento de processos psicopatológicos;
- Análise das relações entre os transtornos mentais e suas consequências no funcionamento social de seus portadores;

- Contribuição para o avanço da análise teórico-metodológica das relações entre as diversas formas de alienação social e o sofrimento mental (BISNETO, 2009, pág. 202 e 203).

O Assistente Social que atua junto às equipes multiprofissionais realiza trabalhos de cunho interventivo e de investigação da realidade social. Desta maneira o faz nos serviços substitutivos, contribuindo para realização efetiva de um tratamento mais digno à pessoa em sofrimento mental, aumentando com isso uma maior interação sócio-familiar e da garantia da dignidade destas pessoas perante a sociedade.

Apesar de a família estar no foco das ações do Serviço Social desde surgimento da profissão, esta prática veio a demandar uma maior atenção apenas anos mais tarde, com o crescimento da classe operária ocasionada pela mudança no mundo do trabalho, onde o trabalhador por sua vez, passou a ser substituído por um ambiente mais mecânico, perdendo o seu posto de trabalho para as máquinas, processo esse advindo de um período de industrialização onde resultou em um movimento de exaltação do capitalismo e o desfavorecimento da classe operária.

É a partir deste que o Assistente social passa a exercer suas ações no intuito de intervir junto ao cumprimento das funções básicas, funções estas que encontram-se afetadas graças as condições financeiras, as diversas formas de violências, ao abandono e a fragilidade físico/psíquico que atingem estas famílias, demandando por inúmeros serviços sociais.

Segundo Silva, Rosa e Prazeres ao se apropriar do referencial teórico metodológico, o Assistente Social passa a compreender a realidade sobre uma lógica de totalidade e a partir disso construir ações que permeiam o comprometimento das práticas profissionais e os limitadores ofertados pela realidade de atuação. (SILVA, ROSA e PRAZERES 2004, pág.63)

A atuação do Assistente Social na área da Saúde Mental também tem como foco as ações voltadas a família, cuja ação se fazem necessário graças a necessidade de atendimento de demandas causada pela exclusão social, política e cultura e as mais diversas formas de preconceito sofridas pelas pessoas em sofrimento mental, e que acabam por estender a família.

Assim os Assistentes Sociais que atuam na Saúde Mental, tem como grande desafio consolidar o modelo de Reforma Psiquiátrica, onde sua atuação seja eficiente junto ao usuário e seus familiares trazendo-os para o centro do tratamento, permitindo assim que estes consigam lidar com o momento que estão passando, com isso obtendo uma evolução na relação intra e extrafamiliar.

#### 4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA UFPR – SETOR LITORAL

Por uma iniciativa de professores, técnicos e estudantes no início do século XXI, com intuito de contribuir com a construção de uma nova forma de educação superior onde convergia ao desenvolvimento sustentável de uma região carente, a região litorânea do Paraná, implantou-se no seio da UFPR a semente de um projeto inovador, o qual teve sua consolidação no ano de 2005. Carregando em sua essência princípios como: Universidade pública, gratuita, de qualidade e comprometida socialmente; Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; Liberdade na construção e autonomia na disseminação do conhecimento; Respeito a todas as instâncias da sociedade organizada.

Este projeto inovador vem ao encontro com a missão da UFPR de “Fomentar, construir e disseminar o conhecimento, contribuindo para a formação do cidadão e desenvolvimento humano sustentável do Paraná e do Brasil” (PPC, pág. 06).

A UFPR - Setor Litoral através de um projeto firmado em parceria com os três níveis de governo (Municipal, Estadual e Federal), busca intervir na realidade local, propondo ações para a mudança e melhorias, com construção de espaços para ações coletivas, visando incentivar os debates em todos os níveis, e por meio do protagonismo da comunidade acadêmica, buscar construir um desenvolvimento sustentável para região. Segundo o Lukács “o homem se forma em seu trabalho e através de seu trabalho. O homem social novo se forma ao mesmo tempo em que constrói a nova sociedade” (LESSA, 2007, pág. 63). Corroborando, o PPC nos traz

que, será nesse movimento onde o sujeito irá construir e fazer emergir uma nova consciência, uma nova posição em face da relação: Estado - economia. E para que haja uma mudança onde possa dar início a um desenvolvimento sustentável, é necessário que os integrantes destas comunidades assumam o estado de sujeito trazendo para si as discussões da realidade local tornando-o ator de seu próprio desenvolvimento (PPC, 2010 pág. 07).

No intuito de somar esforços para o desenvolvimento sustentável da região, implantou-se no ano de 2006 o curso de Graduação em Serviço Social, objetivando suprir científica e tecnicamente pessoas para atuarem no contexto de desigualdade social da região, apesar desta região ter sido a primeira a ser colonizada.

O litoral do Paraná possui como principais atividades econômicas o turismo, a agropecuária, a pesca e o extrativismo vegetal. Destacamos também a atividade portuária, onde o município de Paranaguá abriga um dos maiores portos do Brasil e o maior exportador de grãos da América do Sul.

Apesar de possuir uma gama variada de possibilidades de geração de renda, a região se encontra em uma situação de grande pobreza, em especial o município de Guaraqueçaba, que segundo o PPC (2010 pág. 14), as condições de rendimento da população do litoral paranaense caracterizam o quadro de desigualdade e denunciam a precariedade em que vivem essa população. Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) referente ao índice de pobreza que levam em conta informações coletadas no ano de 2010 mostram uma grande parcela da população do litoral do Paraná vivendo em situação de pobreza (GRÁFICO 1).

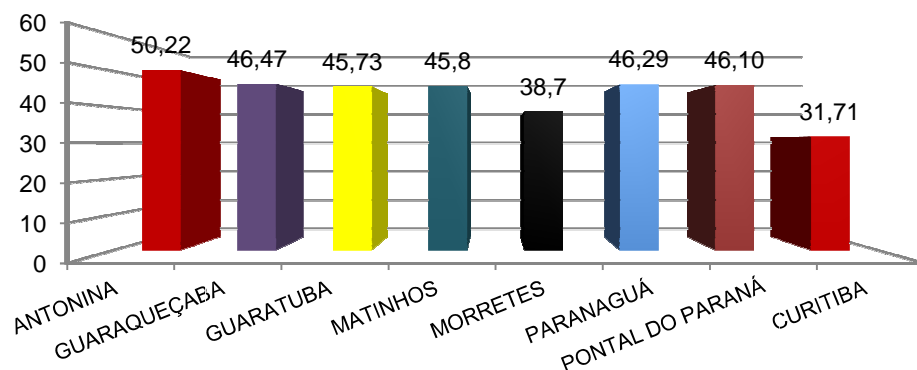
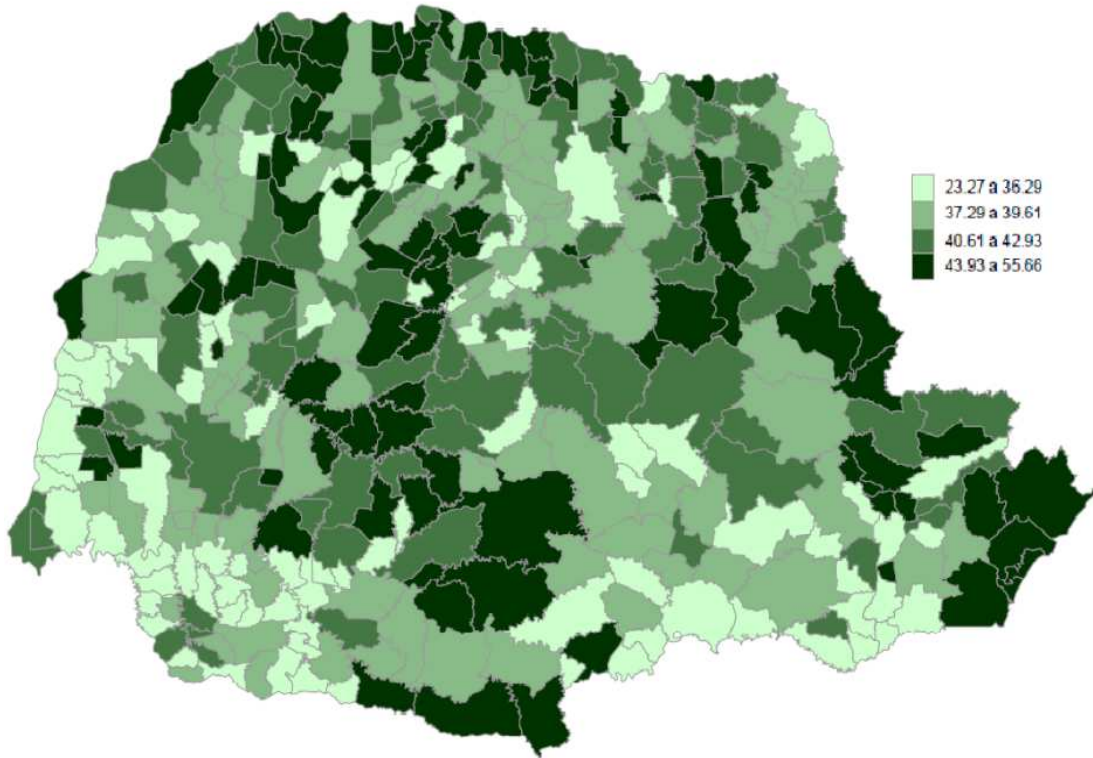


GRÁFICO 1- PERCENTUAL DE POBREZA NO LITORAL DO PARANÁ E CURITIBA  
 FONTE: IBGE, ANO BASE DE 2003.

Através do mapa disponibilizado pelo IBGE, com levantamentos feitos no ano de 2010 podemos visualizar os índices de desigualdade e pobreza dos municípios do Estado do Paraná em porcentagem (MAPA1).



MAPA 1- MAPA DA POBREZA E DESIGUALDADE SOCIAL DO ESTADO DO PARANÁ  
FONTE: IBGE, ANO BASE DE 2003.

A grande sazonalidade característica da região ocasiona grande impacto econômico, pois as cidades litorâneas dependem exclusivamente do turismo. No verão possuem sua economia fortemente aquecida, contrapondo-se as outras épocas do ano quando enfrenta um quadro de instabilidade e precariedade econômica e social. Este quadro vem fortalecer a necessidade da presença do campo do Serviço Social na região, contribuindo com ações de investigação e intervenção junto a esta realidade, galgando alternativas para a melhoria da qualidade de vida desta população e buscando garantir o acesso às políticas públicas e sociais.

A UFPR - Setor Litoral instalou-se na região cercado-se de alguns cuidados, como a criação de cursos que pudessem auxiliar na construção de um desenvolvimento sustentável, que dialoguem com a realidade local, ajudando no



levantamento das demandas necessária e intervindo junto as desafios sociais, econômicos, culturais e ambientais do Litoral do Paraná.

Devido a grande complexidade dos temas abordados acima, o curso de Graduação em Serviço Social busca contemplar em grade curricular os Núcleos de Fundamentos previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais inseridos nos eixos de FTP (Fundamentos teórico-práticos), ICH (Interações Culturais e Humanísticas) e PA (Projeto de Aprendizado).

Para atender este desafio, segundo o PPC os cursos são formados por câmaras interdisciplinares. As Câmaras Interdisciplinares dos Cursos são as subunidades administrativas, que em termos pedagógicos e metodológicos, são a consciência participativa conforme o PPP da UFPR - Setor Litoral. As Câmaras são constituídas por docentes, secretariado por um servidor técnico e representantes discentes por turma. No Curso de Serviço Social, a câmara fomenta e constrói dinamicamente o processo interativo dos Eixos de FTP, ICH e PA, além de atividades formativas de ensino, pesquisa e extensão conforme as diretrizes curriculares da profissão e respeitando a autonomia da UFPR e do projeto político-pedagógico da UFPR – Setor Litoral. A coordenação da câmara de curso é exercida por professor, escolhida entre os seus integrantes, em sistema de rodízio anual conforme deliberação do Conselho Diretivo em 2008 (PPC, pág. 11 e 12)

Os componentes curriculares do Curso de Serviço Social encontram-se divididos em três etapas, conforme o PPC. A Primeira etapa - conhecer e compreender: através do eixo de FTP, são apresentados os saberes relativos ao reconhecimento da realidade local, do mundo universitário, de aproximação à profissão de Serviço Social, mediados pelos conhecimentos das áreas de sociologia, economia, ciência política, história, psicologia e antropologia.

Dentre os componentes na primeira etapa do eixo de FTP do curso, acreditávamos que a Psicologia pudesse contemplar, em seu conteúdo programático, alguns elementos referentes à saúde mental e à reforma psiquiátrica, o que não ocorreu. O objetivo deste componente junto ao plano do curso era ofertar elementos teóricos que possibilitassem uma compreensão geral acerca do desenvolvimento humano. No que diz respeito a aproximação com a profissão de

Serviço Social, também não encontramos nenhuma discussão acerca da saúde mental e da reforma psiquiátrica, o conteúdo nos remete aos elementos constitutivos do processo de trabalho do Assistente Social na atualidade.

Segunda etapa - compreender e propor: o eixo de FTP é constituído da articulação dos saberes anteriormente mencionado aos conhecimentos específicos e aplicados na área profissional, tais quais, políticas sociais de previdência, assistência social, saúde, educação, habitação, meio ambiente, étnico-raciais e demais políticas dirigidas a família, crianças e adolescentes, idosos, mulheres, pessoas com deficiência, comunidades tradicionais, dentre outros. Também compõem esta fase os conteúdos teóricos, técnico-operativos e éticos do Serviço Social.

Nos componentes da segunda etapa do eixo de FTP do curso, destacamos os conhecimentos relacionados a área da saúde, no qual pudemos observar historicamente a criação da política de saúde, porém, como anteriormente constatado na primeira etapa, não vislumbramos uma abordagem correlacionada à saúde mental, em que pese sua ementa traz os temas seguridade social, a política de saúde: história da política de saúde no Brasil e o SUS e as demais políticas de proteção social.

Terceira etapa - propor e agir: encontram-se os saberes relativos à execução de planos, programas, projetos e serviços nas distintas políticas sociais públicas mencionadas anteriormente, bem como o conhecimento e instrumentalização para a participação social, exercício do controle social na gestão pública; proposição e execução do projeto de intervenção do estágio supervisionado e a produção do conhecimento via elaboração do trabalho de conclusão de curso. (PPC, pág. 22).

Como na primeira e na segunda etapa, também não identificamos nenhuma referencia a saúde mental e a reforma psiquiátrica. Acreditamos ser importante o registro que é nesta etapa do curso onde os alunos dão início ao estágio curricular e que muitos optaram por estagiar na Saúde Mental, assim como escrever o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) no tema.

Corroborando com o exposto acima sobre a importância do Serviço Social no campo da Saúde Mental, Bisneto coloca que se faz necessário ao Assistente

Social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente no campo da Saúde Mental. O profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia; a universidade deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências, entre outros. (BISNETO, 2009, pág. 145).

#### 4.3 A FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A ATUAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UMA NECESSIDADE.

Para que possamos demonstrar os resultados encontrados em nossa pesquisa, é de fundamental importância ressaltar que cada vez mais a rede de atenção psicossocial vem sendo ampliada, o que conseqüentemente propicia ao Assistente Social novas perspectivas de inserção junto a essas áreas. Os profissionais de Serviço Social estão à frente de direções de vários serviços substitutivos, como coordenações de CAPs, (Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, BRASIL, 2004).

É de suma importância aqui registrarmos, que nosso estágio curricular em Serviço Social, que realizamos na área de Saúde Mental, no instigou para a busca por mais conhecimento da área, e propiciou o contato enriquecedor junto um mundo aparentemente muito distante de nossas realidades, mais que na verdade está presente no cotidiano de todos. Essa área foi um desafio quanto diante da complexidade da prática do Assistente Social na sua atuação junto a Saúde Mental. Assim nossa preocupação com a forma que se dará a formação dos profissionais e sua atuação junto ao campo de saúde mental, onde e como estarão atuando, e baseado em que dar-se-ão suas ações junto a esta área de enorme complexidade.

Para que possamos mensurar os conhecimentos a cerca dos temas abordados neste trabalho, realizamos a aplicação de um questionário semiestruturado com os alunos concluintes do curso de Serviço Social 2013, que

identificaremos pela letra C e um posterior número que representa o questionário entregue por ordem cronológica.

Para a maioria quando questionados sobre o que compreendiam por saúde mental, observamos que não possuíam um conhecimento aprofundado a respeito do tema, assim conforme o gráfico abaixo: (GRÁFICO 2)

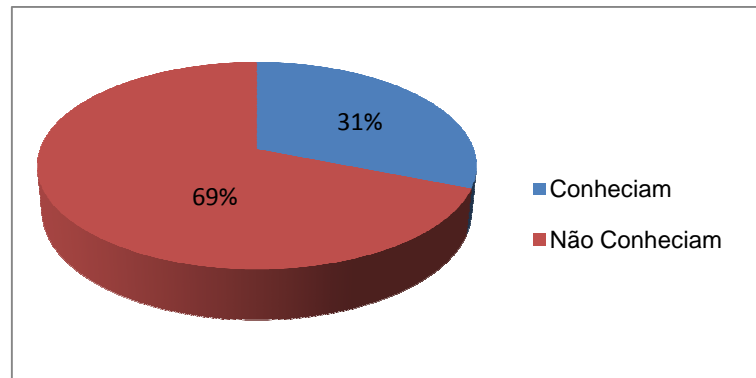


GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE FORMANDOS QUE NÃO POSSUÍAM CONHECIMENTO APROFUNDADO SOBRE SAÚDE MENTAL  
 FONTE: A Autora (2013)

Destacamos algumas falas sobre o que compreendiam sobre Saúde Mental:

Uma forma de buscar alternativas para melhorar a qualidade de vida de pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental e seus familiares (C. 01).

A uma política de saúde mental busca implantar mecanismos para tratar ou amenizar os prejuízos (sofrimentos) que as doenças mentais causam nos indivíduos(C. 12).

Entendo por saúde mental, o tratamento e prevenção de doenças que atingem o emocional e cognitivo (C. 10).

Amarante (2007) refere que a saúde mental perpassa a simples ausência de doença mental. Ele nos expõe que “saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia, ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, pág. 16).

O conceito de saúde mental pode ser compreendido de diferentes formas. Compreende o estado mental do indivíduo e todo seu entorno, o meio em que este vive, e sua relação com este. Por vezes é compreendido apenas como uma condição mental livre de patógenos, no entanto a saúde mental compreende o

individuo em sua totalidade. Para que se possa compreender a Saúde Mental é necessário levar em conta as diferenças culturais e sociais, buscar o que há de mais íntimo ao indivíduo, e as variadas teorias e metodologias para a construção deste conceito.

Ao questionarmos os alunos com relação ao conhecimento sobre a reforma psiquiátrica, obtidas no curso identificamos que 83% apenas havia ouvido falar sobre o tema, conforme podemos observar no gráfico: (GRÁFICO 3)

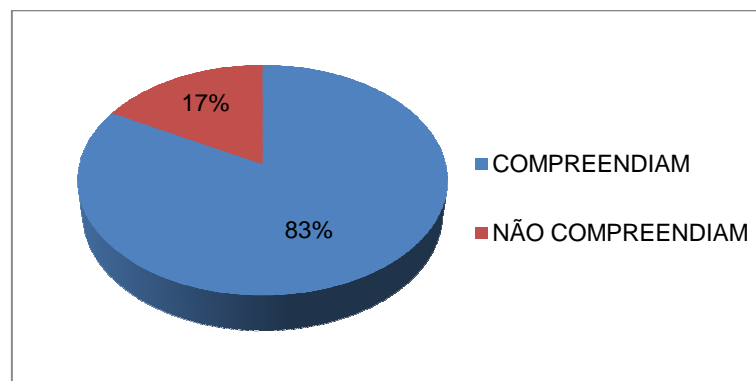


GRÁFICO 3 - PERCENTUAL DE ALUNOS QUE OUVIRAM FALAR SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA  
 FONTE: A Autora (2013)

Apesar de grande parte dos pesquisados terem ouvido falar sobre a Reforma Psiquiátrica, identificamos um conhecimento muito vago e uma associação apenas como uma “nova forma de tratamento”, e o fim dos hospitais psiquiátricos, como podemos observar através das respostas abaixo:

É um processo de tratamento ao doente de saúde mental mais humanizado (C. 11).

Nunca li e me interessei pelo assunto pois meu estágio não foi nessa área, então ACHO que a reforma psiquiátrica se trate de uma nova forma de tratamento das enfermidades mentais , emocionais e cognitivas (C. 10).

É a pretensão de garantia de direitos, e o respeito ao indivíduo, a reforma traz consigo a mudança gradual do atendimento exclusivo de internos de hospital psiquiátrico para o atendimento psicossocial (C. 06).

Uma nova garantia para o doente mental (C. 05).

Concordamos assim com Amarante (2008) que os profissionais que atuam junto à área de saúde mental poderiam receber, em suas formações, reflexões mais amplas, mais problematizadoras, inclusive sobre a complexidade da existência humana. Nossa pesquisa demonstra uma carência teórica e metodológica no que diz respeito a complexidade do tema abordado. Identificamos um déficit de discussões e debates sobre o tema Saúde Mental e políticas respectivas, e a falta de articulação entre a formação profissional e as áreas de atuação do Assistente Social.

Assim, Amarante coloca que os profissionais de saúde necessitam compreender que a luta antimanicomial não é apenas ideológica, mas provém de estudos que questionaram metodologias onde os indivíduos eram dominados e anulados. Assim os profissionais da saúde acabam por refletir um histórico de negligência junto a atenção à saúde mental, como observados nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE 2008).

Quando questionados sobre a atuação do profissional de Serviço Social junto aos CAPs, percebemos que boa parte responderam que sabiam como se dá está atuação, porém quando solicitado que discorressem sobre o assunto notamos que seus conhecimentos se dão de forma muito superficial, como podemos identificar nas respostas abaixo:

Bem basicamente sei qual é o público alvo dos CAPs, e já li e ouvi relatos de quem estagiou em CAPs (C. 10).

Bem pouco, o que sei foi através de uma colega que estagiou no CAPs (C. 05).

Durante o período de meu estágio conheci uma Assistente Social que realizava este trabalho, ela trabalhava com uma psicóloga onde faziam visitas e orientações as famílias, também apuravam denúncias de maus tratos (C. 01).

O profissional de Assistente Social realiza aconselhamentos, também realiza encaminhamentos para consultas e retiradas de remédios, elabora relatórios e pareceres sócio econômicos (C.03)

Acredito que seja na promoção da universalização dos direitos sociais dos usuários e na intervenção da realidade do usuário para identificar as vulnerabilidade sociais e integra-lo em atividades sociais e laborais como uma forma de buscar mudanças e melhoras na situação social do usuário (C.08)

A entrevistada que fez estágio na área refere que: O profissional do Serviço Social atuante no CAPs responsável por demandas individuais e coletivas

no que diz respeito ao atendimento a necessidades vinculadas ao permanecimento do paciente no tratamento, a questões burocráticas relacionadas a benefícios sociais, elaborar e desempenhar trabalhos nos grupos a fim de contribuir para o projeto terapêutico individual da pessoa, estabelecer vínculo com as famílias e facilitar o acesso aos direitos deste grupo já fragilizado pela situação que se encontra (C. 04).

A forma como os pesquisados colocam que estes conhecimentos foram adquiridos, pode ser conferido no gráfico: (GRÁFICO 4)

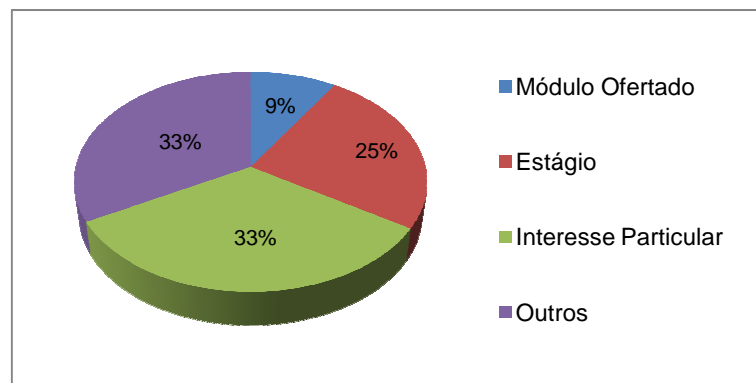


GRÁFICO 4 - PERCENTUAL CORRESPONDENTE A FORMA DE OBTENÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPs  
 FONTE: A Autora (2013)

Levando em conta que a atuação do profissional de Serviço Social busca garantir os direitos sociais e de cidadania, a falta de conhecimento dos pesquisados no que se refere aos instrumentos que objetivam estas garantias tornam o processo formativo na área da saúde mental um processo fragilizado.

Com a Reforma Psiquiátrica vieram inúmeras transformações no campo da saúde mental, tais transformações modificaram conceitos, trouxeram avanços no campo social, ético, jurídico e institucional junto às ações psiquiátricas no Brasil. Com isso criaram-se novas perspectivas, com ações inovadoras e voltadas para a inclusão social e a defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental, algumas destas ações são conhecidas como serviços substitutivos, onde seu objetivo principal é atender uma demanda gerada pela ruptura com o modelo antigo substituindo os hospitais psiquiátricos.

Segundo Brasil (2005), uma das principais ferramentas criadas junto a Reforma Psiquiátrica brasileira é o CAPs, e que possibilita organizar uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao Hospital Psiquiátrico.

Ao perguntarmos para os alunos se os mesmos conheciam os chamados Serviços Substitutivos, apenas 40% responderam positivamente, como demonstrado no gráfico: (GRÁFICO 5)

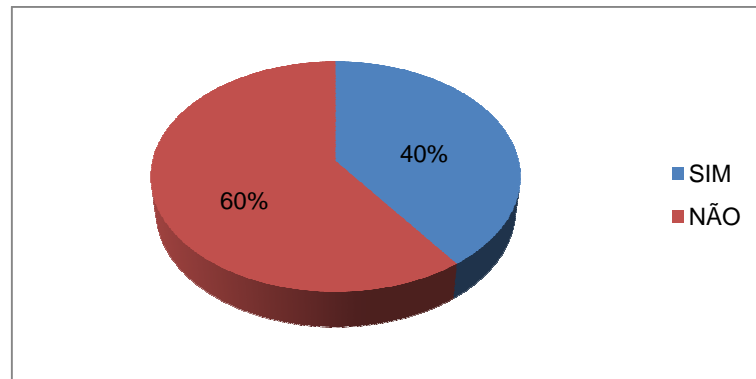


GRÁFICO 5 - PERCENTUAL CORRESPONDENTE AO CONHECIMENTO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS  
 FONTE: A Autora (2013)

Porém, podemos notar que ao solicitarmos que discorra a cerca do que são e quais são os serviços substitutivos identificamos a falta de conhecimento e compreensão destes serviços, aqueles que demonstram conhecer algo, apontam apenas o CAPs conforme demonstramos através da transcrição das respostas:

Não tenho muito conhecimento do assunto, mas acredito ser, pelo pouco que estudei. Que seja ruptura do antigo processo de hospital psiquiátrico (C. 02).

Os CAPs apresentam uma possibilidade de substituição dos hospitais psiquiátricos, na tentativa de evitar estes internamentos (C. 06).

CAPs, para as várias facetas da doença e idades em que ela se apresenta; distribuição de remédios e consultas, outros não sei se tem (C.12)

Seria mudar a forma de tratamento clínico do doente evitando a internação e passando o acompanhamento contínuo do mesmo aos CAPs, acho que é mais ou menos isso (C. 01).

A falta de conhecimento destes serviços é algo que preocupa, uma vez que estes são referencia no processo de desinstitucionalização, sendo um setor significativo na atuação do Serviço Social, um espaço de trabalho e intervenção. Costa (2009) nos coloca que:

Os novos moldes da assistência psiquiátrica necessitam de equipes multiprofissionais que deem conta das demandas em todos os seus níveis e



especificidades. Dentro dessas novas modalidades de serviços de saúde mental encontra-se o CAPs (Centro de Atenção Psicossocial), que se configura num espaço de atuação do Serviço Social. (COSTA, 2009, pág.10).

Ao analisar a prática dos Assistentes Sociais na Saúde Mental, Bisneto (2009) ressalta que no processo terapêutico, o médico psiquiatra não é capaz de sanar todas as exigências impostas pela complexidade no tratamento de pessoas em sofrimento mental e que para a obtenção de um tratamento eficiente faz-se necessário a atuação de vários outros profissionais, entre eles o Assistente Social. É nesse contexto que surgem os serviços substitutivos e por vezes é onde estão inseridas as ações do Assistente Social e que dar conta do olhar totalitário do ser humano, um olhar social, e que escapa ao plano biológico ou psicológico (BISNETO, 2009, pág. 117).

Ainda nos serviços substitutivos, que é demonstrada as imensas possibilidades de intervenção do profissional de Serviço Social. São através destes espaços que o Assistente Social interage com maior veemência com as famílias, intervindo junto a gerações de trabalho e renda, resgatando a dignidade e intermediando os usuários e seus direitos, aproximando-os de outros serviços que até então lhes pareciam tão distantes.

Segundo Vergara (2011), existem atualmente discussões entre a UFPR e os municípios do Litoral do Paraná, para a construção urgente de espaços alternativos de apoio em Saúde Mental e Educação Inclusiva, em especial na implantação dos CAPs 1, previstos desde 2002 pela portaria 336/MS para implantação nacional, onde a autora acredita que tais intentos possuem possibilidade de materialização pela legitimidade e autoridade do Projeto Político Pedagógico da UFPR – Setor Litoral, que desde sua implantação em 2005 visa impactar a região a partir da Educação Pública nos seus diferentes níveis. Ainda conforme a autora o saber acadêmico, debatido com os gestores municipais e profissionais que implementam as biopolíticas, tem mobilizado novos desenhos também para a Saúde Mental e para a inclusão escolar; estes diferentes tempos, o da barbárie em especial na operação da Saúde Mental nesta região e o tempo da sociedade das políticas bem escritas (antimanicomial e de inclusão escolar), têm gerado descompassos de tempo, de

espaço, de pensamento, de intervenção, tais biopolíticas e sua materialização estão separados por séculos nesta Região.

Seguindo este viés, e entendendo a importância do saber acadêmico e sua efetiva relação na consolidação destas políticas, questionamos os formando quanto a sua formação acadêmica, se acreditavam que a mesma havia lhes proporcionado um contato com informações suficientes para atuar junto a área de Saúde Mental. 100% dos pesquisados afirmaram que não possuíam formação suficiente para tal. Ainda na pesquisa requisitamos que sugerissem formas para aumentar o contato com o tema e que poderia estar auxiliando na disseminação deste conhecimento, não necessariamente limitando-se a apenas uma opção. Podemos conferir o resultado através do gráfico: (GRÁFICO 6)

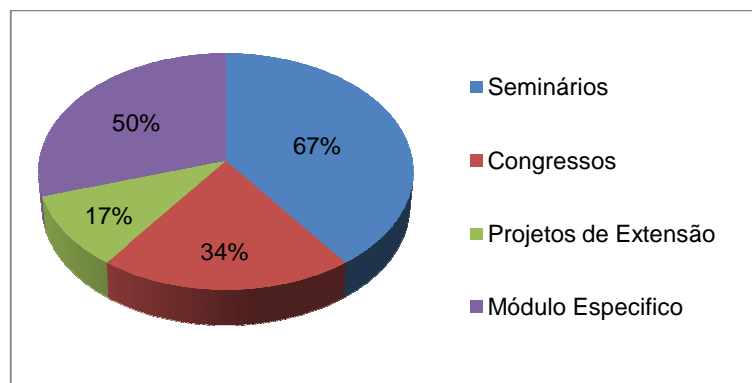


GRÁFICO 6 - PERCENTUAL CORRESPONDENTE A SUJESTÕES PARA A FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL  
 FONTE: A Autora (2013)

Assim afirmamos que o Assistente Social, principalmente aquele formado em um contexto voltado para o desenvolvimento de regiões fragilizadas e carentes de serviços na área social, necessita de um instrumental específico para sua atuação, capaz de aproximar o histórico da política de saúde mental, que inclui a reforma psiquiátrica e os fatores sociais, culturais e políticos, e que formam a atual conjuntura da realidade local, podendo assim qualifica-los de forma eficaz para ações reais e concretas pautadas sempre no projeto ético-político da profissão, fazendo com que seu espaço junto aos serviços substitutivos esteja sempre garantido de forma legal e legítima, abrindo também novas possibilidades para o futuro.

## 5 TRANÇANDO CONCLUSÕES

A partir da experiência por nós vivenciada através do estágio no Hospital de Clínicas da UFPR, despertou o interesse acerca do tema Saúde Mental. Tema esse que a princípio nos parecia simples, de fácil entendimento e que aos poucos foi se mostrando fascinante, e ao mesmo tempo complexo. Ao adentrarmos este mundo, nos deparamos primeiramente com nossos “medos e preconceitos”, e para tal faz-se necessário à quebra de paradigmas e busca pela compreensão.

Evidenciamos, nesse trabalho, os caminhos percorridos pelo movimento psiquiátrico liderado por Franco Basaglia, na Itália em 1971, que culminaria a inspirar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este movimento originou a desconstrução de toda uma maneira de pensar e tratar as pessoas em sofrimento mental, que passaram a receber um tratamento/cuidado mais digno, onde o ser humano passa a ser compreendido em sua totalidade.

Proveniente da luta antimanicomial, praticada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a discussão trazida pela Reforma Psiquiátrica e a promulgação da lei 10.026, possibilitou o surgimento de serviços substitutivos, os quais foram implementados para substituir os hospitais psiquiátricos.

É neste contexto que o assistente social ganha visibilidade, com a abertura de um enorme campo de atuação, onde através portaria 336/02 do Ministério da Saúde o profissionais de Serviço Social passa a atuar junto às equipes multiprofissionais e inclusive na direção de vários serviços substitutivos.

Ao compreendermos o quanto grande é a importância do profissional de serviço social junto a estes serviços, na busca de implementações de políticas públicas, a materialização dos direitos do usuário, e a transformação das práticas profissionais na perspectiva da desinstitucionalização, vislumbramos a necessidade de uma formação específica em saúde mental para o assistente social.

A partir da pesquisa junto ao PPC, buscando levantar dados relativos à formação em saúde mental para a turma concluinte 2013, em momento algum é notória a existência de conteúdo específico sobre o tema. O fato de não encontrarmos nenhum conteúdo específico sobre saúde mental junto à grade

curricular nos remeteu ao seguinte questionamento. Quanto preparados estão os futuros profissionais que atuarão junto aos serviços de atenção a saúde mental?

A atuação do Assistente Social frente à Saúde Mental é fascinante, porém um enorme desafio, e para uma efetiva consolidação é necessário que haja a articulação entre políticas de Saúde Mental a Universidade os Órgãos do Poder Público e a Comunidade.

Assim, mais do que demonstrarmos a importância da Reforma Psiquiátrica é evidenciarmos neste trabalho a necessidade de uma abordagem específica acerca da Saúde Mental em sua totalidade, possibilitando a todos os alunos, não só aqueles grupos de sujeitos que por algum motivo em particular se interessam pelo tema. Faz-se necessário compreender o ensino superior como um processo totalitário, enfrentando a fragmentação do saber, construindo sujeitos críticos, protagonistas e capazes de compreender suas limitações e possibilidades frente a sua atuação profissional.

## BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

\_\_\_\_\_. e ROTELLI, Franco. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Benilton Bezerra e Paulo Amarante (org.). – Rio de Janeiro: Relume: Dumará, 1992, pág. 41-56.

AMARAL, O.L. **Transtornos Mentais**. Instituto de Estudos e Orientação da Família. Água Branca SP, 2011. Disponível em <<http://www.psicopatia.com.br/transtornos.php>>. Acessado em 09 de setembro de 2013.

ALVARENGA, Camila. **A Influência e a atuação do serviço social na ONG Inverso**. Trabalho de conclusão de curso. Brasília, 2012.

BISNETO, Jose Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2 ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CFESS. **Práticas Terapêuticas no Âmbito do Serviço Social:** subsídios para aprofundamento do estudo. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde,** Brasília, 2009.

COIMBRA, Christiane Varela. **As Origens do Serviço Social no Brasil.** XVI SEMINÁRIO DE PESQUISA DO CCSA. 2010. Disponível em <<http://ccsa.ufrn.br/seminario2010/anais/artigos/gt2-11.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

COSTA, Ana Paula de Oliveira et al. **Serviço Social e saúde mental:** uma análise da prática profissional no CPAS Liberdade 24h Dr. Wilson Rocha em Aracajú - SE. 2009. Disponível em: <<http://www.proed.unit.br/professor/mariaione/arquivos/textos>> Acesso em: 10 jun. 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórica – metodológica. 17. ed. - São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELARS, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mapa da Pobreza e Desigualdade Social do Estado do Paraná.** Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/7DSJ>. Acesso em 10 de Agosto de 2013.

LEI N.º 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993 - **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social,** já com a alteração trazida pela Lei N.º 12.317, de 26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.cressdf.org.br/legislacoes>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

LEI N.º 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 – **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acessado em 15 de Maio de 2013.

LEI N.º 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003 - **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acessado em 15 de Maio de 2013.

LEI N.º 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993 - **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acessado em 15 de Maio de 2013.

LESSA, Sérgio. **Para compreender a ontologia de Lukács**. Unijuí, Ijuí, 2007.

NETTO, José Paulo. **Ditadura Militar e Serviço Social: uma análise do Serviço Socialismo no Brasil pós 64**. 11. ed. - São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, Cristiane de Barros. **Assistência social em territórios estigmatizados: um estudo da atuação da Fundação Leão XIII em Vila Ipiranga, Niterói**. 2007.

Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde 189/91 (D.O.U. 11/12/91) e 224/92 (D.O.U. 30/01/92). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208iicnsmr.pdf>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000. Disponível em: PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000. Acessado em 15 de Maio de 2013.

ROTELLI, Franco LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SESA - Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Definição de Saúde Mental**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em 10 de julho de 2013.

SILVA; ROSA; PRAZERES, J. C., K. T. & G. G. S. **Metodologias de atendimento à família: o fazer do Assistente Social.** Maringá, v. 26, nº. 1, p ág. 61-70, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – SETOR LITORAL. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social.** Matinhos, 2010.

VERGARA, Édina Mayer. **A In/Visibilidade do Sofrimento Psíquico nas Bio/Políticas de Educação Inclusiva e de Saúde Mental.** São Leopoldo, 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade.** Texto Escrito Para O Curso de Especialização Lato Sensu em Serviço Social: Direitos Sociais E Competências Profissionais. Cfess/Abepss 2009.



## **APÊNDICE**

**APÊNDICE 01** - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS ALUNOS CONCLUINTEs DE SERVIÇO SOCIAL DA UFPR – SETOR LITORAL DO ANO DE 2013.

APÊNDICE - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS ALUNOS CONCLUINTES DE SERVIÇO SOCIAL DA UFPR – SETOR LITORAL DO ANO DE 2013.

Este questionário tem a finalidade de coletar dados referentes a formação acadêmica ofertada no curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, especificamente com os discentes concluintes, sobre a formação acadêmica voltada para a atuação do Assistente Social na área da saúde mental, para contribuir junto a construção do trabalho de conclusão de curso intitulado “**A Abordagem da Saúde Mental no curso de Serviço Social da UFPR - litoral: Um Olhar a Partir dos/das Formandos/as 2013**”, que visa contribuir para a consolidação de uma formação profissional crítica, com um viés emancipatório, capaz de problematizar as condições em que a formação profissional se apresenta, diante de uma política específica como as que perpassam a questão da saúde mental para o assistente social.

1. O que você entende sobre saúde mental?

---



---

2. Você acredita ser importante a abordagem do tema Saúde Mental em sua formação acadêmica?

( ) Sim      ( ) Não

3. O que você compreende sobre a **REFORMA PSIQUIATRICA**?

---



---



---

4. Você possui conhecimento sobre a atuação efetuada pelo profissional de Serviço Social junto aos CAPs?

( ) Sim      ( ) Não

Fale Sobre: \_\_\_\_\_

5. Se Sim, este conhecimento se deu por:

Módulo Ofertado                       Estágio                       Interesse particular

Outros : \_\_\_\_\_

6. Você possui conhecimento acerca do que são e quais são os serviços substitutivos propostos na reforma psiquiátrica?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Você acredita que em sua formação acadêmica você receba informações suficientes para atuar junto a área de saúde mental?

Sim       Não

8- Se não, qual ações você acredita que poderia estar sanando esta deficiência?

Seminários     Congressos     Projetos de Extensão     Módulo Especifico

Outros : \_\_\_\_\_