

FRANCISCA ALDA SALES BARBOSA

**A CONCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL SOBRE A  
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Monografia apresentada à Coordenação da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc. Ana Lúcia do Nascimento Pereira

MOSSORÓ/RN  
2010

**FRANCISCA ALDA SALES BARBOSA**

**A CONCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL SOBRE A REFORMA  
PSIQUIÁTRICA**

Monografia apresentada pela aluna Francisca Alda Sales Barbosa, do curso de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.MSc. Ana Lúcia do Nascimento Pereira – FACENE/PB**

---

**Prof. MSc. Edson Peixoto de Vasconcellos Neto - FACENE/PB**

---

**Prof. Msc. Vilma Felipe Costa - FACENE/PB**

Aos meus pais, Odilon e Antonia (In  
memorian),

Ao meu esposo José Roberto,

Aos meus filhos Lucas e Sofia.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado força e tranqüilidade para superar as dificuldades.

A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN, por ter nos dado esta oportunidade tão importante na formação profissional.

A Coordenação do Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria pelo apoio dispensado.

A minha querida orientadora Ana Lúcia do Nascimento Pereira, por suas valiosas orientações, por sua dedicação e compreensão, contribuindo assim para a concretização deste trabalho.

As professoras Gigliola Pinon, Fernanda Guimarães, Rosa Rita Marques, Allynne Mendonça, Sandra Almeida, Ana Luiza, Mônica Dias, Vilma Felipe. A vocês devo a minha gratidão em especial, por terem contribuído nessa fase tão importante da minha vida.

Aos funcionários da FACENE/RN.

A Dr<sup>a</sup> Fátima Trajano, Coordenadora de Saúde Mental do Município de Mossoró, por ter contribuído para a realização desta pesquisa.

As profissionais assistentes sociais que fizeram parte deste trabalho, participando com carinho, meus sinceros agradecimentos.

As minhas companheiras e amigas de turma: Nara, Leninha, Luzia, Zuguímaria, Kátalyn.

A minha sogra que tanto me ajudou, cuidando dos meus filhos nos finais de semana, quando precisei assistir às aulas.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

**Ser Doido-Alegre, que Maior Ventura!**

Ser doido-alegre, que maior ventura!  
Morrer vivendo p'ra além da verdade.  
É tão feliz quem goza tal loucura  
Que nem na morte crê, que felicidade!

Encara, rindo, a vida que o tortura,  
Sem ver na esmola, a falsa caridade,  
Que bem no fundo é só vaidade pura,  
Se acaso houver pureza na vaidade.

Já que não tenho, tal como preciso,  
A felicidade que esse doido tem  
De ver no purgatório um paraíso...

Direi, ao contemplar o seu sorriso,  
Ai quem me dera ser doido também  
P'ra suportar melhor quem tem juízo.

*António Aleixo, in "Este Livro que Vos Deixo..."*

## **RESUMO**

A reforma psiquiátrica constitui-se em um conjunto de iniciativas políticas, sociais, e jurídicas que visam à substituição gradativa do modelo de atendimento hospitalocêntrico, para um modelo centrado em serviços substitutivos. No Brasil, a reforma teve início no ano de 1978, no contexto da redemocratização, e no surgimento dos principais movimentos sociais, entre eles o MTSM. A inserção do assistente social, na reforma psiquiátrica, deu-se nesse contexto de lutas e conquistas. Objetivamos com esta pesquisa analisar o posicionamento do assistente social sobre a reforma psiquiátrica; identificar a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira; compreender a inserção do assistente social na saúde mental e na reforma psiquiátrica. Realizamos uma pesquisa Descritiva, com natureza qualitativa-interpretativista. O instrumento para coleta de dados foi um questionário com 10 (dez) perguntas abertas. A população foi constituída por assistentes sociais que atuam na área de Saúde Mental, com uma amostra de 10 (dez) profissionais. A pesquisa demonstrou que, para as assistentes sociais, a reforma psiquiátrica significa um avanço para saúde mental. É um novo olhar para os usuários em sofrimento mental e faz parte do processo de redemocratização e ampliação da noção de direitos referentes à saúde. As profissionais entendem a reforma psiquiátrica sob a perspectiva dos direitos dos pacientes, e aprovam o novo modelo de atenção na saúde mental, ressaltando que ainda existem desafios a serem superados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviço Social, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

Brazilian psychiatric reformation is constituted by a set of political, social, and juridical initiatives that intend to substitute gradually the hospital-centered attendance model. In Brazil, this reformation was initiated in 1978, in a redemocratization process, and many social movements, among them the Labors' Movement for Mental Health (LMMH). The social assistant insertion, in psychiatric reformation, occurred in a context of struggles and achievements. We intend, with this research, to analyze social assistants' position related to this psychiatric reformation; identifying Brazilian psychiatric reformation route and comprehending, at the same time, social assistants' insertion in mental health and psychiatric reformation. We achieved a descriptive research with a qualitative and interpretative method. In order to collect data, we applied a questionnaire, with 10 (ten) open questions. The sample was constituted by social assistants that work in Mental Health area. The research has shown that, for social assistants, the psychiatric reformation has been an advance for mental health. For them, it represents a new perspective for users and, as part of a redemocratization process, an extension of health rights. Those professionals comprehend psychiatric reformation in its relation to sick people rights and defend this new model for mental health service, clearing up that there are still many challenges to be overcome.

**KEYWORDS:** Social Service, Mental Health, Psychiatric Reformation.

## **LISTA DE SIGLAS**

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.....	13
SUS – Sistema Único de Saúde.....	13
OMS – Organização Mundial de Saúde.....	18
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.....	22
LOS – Lei Orgânica da Saúde.....	23
SRT – Serviço Residencial Terapêutico.....	24
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social.....	28
HMSCL – Hospital Municipal São Camilo de Lelis.....	30
UISAM – Unidade Integrada de Saúde Mental.....	30
UCIM – Unidade de Cuidado Intensivo Masculino.....	30
UCIF – Unidade de Cuidado Intensivo Feminino.....	30
UCM – Unidade de Cuidado Masculino.....	30
UCF – Unidade de Cuidado Feminino.....	31
TOR – Terapia Ocupacional e Recreativa.....	31
A.A – Alcoólicos Anônimos.....	32
AIH – Autorização para Internação Hospitalar.....	32
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.....	32
CNS – Conselho Nacional de Saúde.....	37
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.....	39

## **LISTA DE QUADROS**

1 O motivo da inserção do profissional na saúde mental.....	38
2 A concepção sobre a reforma psiquiátrica.....	39
3 Mudanças significativas na saúde mental.....	40
4 Posicionamento sobre os serviços prestados pelo CAPS.....	41
5 Extinção do hospital psiquiátrico relacionado com a expansão da reforma.....	42
6 Credibilidade na total implantação da Lei 10.216/01.....	43
7 Avaliação dos assistentes sociais sobre sua atuação na saúde mental.....	44

## **LISTA DE GRÁFICOS**

1 Tempo de atuação na saúde mental.....	37
2 Avaliação sobre os serviços prestados na saúde mental no município.....	43

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO I – Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.....	55
ANEXO II – Declaração de Caracas.....	58

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 COMEÇANDO COM A HISTÓRIA DA LOUCURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO MUNDIAL: AS PRINCIPAIS TENDÊNCIAS.....	17
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: INÍCIO DA REESTRUTURAÇÃO NA SAÚDE MENTAL.....	21
<b>3 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>24</b>
3.1 SERVIÇO SOCIAL RECONCEITUADO E SAÚDE MENTAL.....	25
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>29</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	29
4.2.1 HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO DE LÉLIS-HMSCL.....	29
4.2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS II.....	31
4.2.3 UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE MENTAL-UISAM.....	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
4.5 COLETA DE DADOS.....	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4.8 FINANCIAMENTO.....	36
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>54</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A reforma psiquiátrica constitui-se em um conjunto de iniciativas políticas, sociais, e jurídicas que visam a substituição gradativa do modelo de atendimento hospitalocêntrico, para um modelo centrado em serviços substitutivos. (BRASIL, 2005).

No Brasil, a reforma teve início no ano de 1978, no contexto da redemocratização, e no surgimento dos principais movimentos sociais e importantes encontros e congressos na área de saúde mental. Dentre eles, destaca-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse surge a partir de um forte questionamento das políticas do modelo psiquiátrico clássico, constatados na prática das instituições psiquiátricas.

Esse Movimento não só procura entender a função social da psiquiatria e suas instituições, como também constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão no modelo vigente, a partir do conceito de desinstitucionalização.

O MTSM denuncia a violência dos manicômios; direciona sua luta por melhores condições de trabalho nos hospitais e reivindica a contratação de profissionais capacitados.

No início de 1980, o processo de “Co-Gestão”, em sua inter-relação com o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, permitiu a abertura de um importante espaço político para lideranças do MTSM, preparando a implementação futura e gradativa em todo país do modelo sanitário das chamadas “Ações Integradas de Saúde” que se consolidaram posteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS, 2002).

Nesse contexto de lutas, destacam-se os principais objetivos da base política do MTSM: a não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos; a regionalização das ações em saúde mental; o controle das internações na rede conveniada e a expansão da rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais.

É nessa época que o serviço social se insere no movimento de reforma psiquiátrica. Por já ter passado pelo Movimento de Reconceituação (movimento tipicamente latino-americano, que objetivou o rompimento com a metodologia tradicional do serviço social norte-americano), e consolidado sua aproximação com a produção teórica marxista clássica, representada por Marilda Yamamoto, ver-se agora desafiado e instigado a se adequar aos novos tempos. Desenvolver sua capacidade de criatividade, para decifrar a realidade e propor alternativas de ação para atender as novas demandas.

Diante dessa nova conjuntura, o assistente social respondeu às expectativas de uma prática voltada para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Inseriu-se no processo de mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo desinstitucionalizado.

Com o objetivo de compreender a concepção do assistente social sobre a reforma psiquiátrica, realizamos um tipo de pesquisa Descritiva, com natureza qualitativa-interpretativista. Para atingirmos os objetivos propostos em relação o surgimento da reforma psiquiátrica e a inserção do assistente social na saúde mental, fizemos um levantamento bibliográfico com os autores que trabalham com o tema.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: na primeira parte fizemos a contextualização da loucura, traçamos o trajeto da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil e suas principais tendências. Destacamos os principais acontecimentos que influenciaram o início da reestruturação na saúde mental brasileira.

Na segunda parte discorremos sobre a saúde mental e o serviço social. Damos ênfase ao surgimento do serviço social brasileiro tradicional com suas metodologias de ação: caso, grupo e de comunidade. Finalizamos esta parte com o serviço social reconceituado, que marca uma nova era na formação e atuação dos assistentes sociais, inclusive os inseridos na saúde mental.

Na terceira parte tratamos dos procedimentos metodológicos e da caracterização das instituições que fizeram parte desta pesquisa.

Na quarta parte apresentamos e analisamos os dados da pesquisa orientados pela análise de conteúdo de Bardin.

Por fim as considerações finais, onde avaliamos o modelo de atendimento proposto pela reforma, comentamos a visão das assistentes sociais, consideramos os desafios da rede de saúde mental no contexto local e fazemos as últimas recomendações.

## **2 COMEÇANDO COM A HISTÓRIA DA LOUCURA**

Tendo em vista as transformações instauradas na saúde mental e, por conseguinte, no ambiente hospitalar psiquiátrico, é importante entender como a loucura tornou-se, ao longo da história, objeto do saber.

Em sua obra, *A História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault ressalta que: num primeiro momento, faz-se uma análise da loucura e do confinamento no contexto medieval, por volta do século XV, levando em consideração o desaparecimento da lepra, que ele afirma não ter relação com a cura exercida pelas práticas médicas, e sim com uma ruptura que ocorreu no modo de ver e relacionar a doença e o confinamento.

Na passagem desse contexto, a loucura entra em cena, trazendo consigo as mesmas noções de valores e imagem atribuída ao personagem e o sentido produzido pela exclusão no seu grupo social. Da mesma forma como os leprosos eram levados para longe da cidade, agora, os loucos, na passagem imaginária da Renascença, eram transportados, na Nau dos Loucos, em busca da revelação dos seus destinos e de suas verdades. Essa viagem simbolizava uma intranquilidade em relação ao final da Idade Média.

No século XVI, Foucault, através do estudo da formação, do desenvolvimento e da transformação das formas de experiência, focaliza o estudo na reflexão crítica sobre a loucura. Ele considera duas importantes questões para se entender a loucura no Classicismo. Primeiro, ela passa a ser considerada e entendida somente em relação à razão. Segundo, a loucura só passa a ter sentido no próprio campo da razão:

É que agora a verdade da loucura faz uma só e mesma coisa com a vitória da razão e seu definitivo domínio, pois a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma (FOUCAULT, 2005, p.36).

A ligação entre a loucura e internamento só acontece na metade do século XVII, e Foucault destaca duas razões que considera importante: inicialmente, o internamento torna-se uma estrutura visível da experiência da loucura. Depois, porque provocará escândalo quando essa desaparecerá da cultura européia no século XIX.

Para Foucault, o internamento veio a substituir a forma de exclusão enfrentada pelos leprosos durante a Idade Média, e trouxe em sua origem complexa, significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. Essa segregação está relacionada com a forma de reagir aos problemas sócio-econômicos e a uma nova ética do trabalho.

A loucura no contexto da miséria, não era mais vista no sentido positivo místico, mas torna-se um obstáculo contra o progresso do Estado. E diante disso, o internamento se tornou um aprisionamento para condenação da ociosidade, e estabeleceu uma relação de obrigações e aceitação da coação física e moral do sistema.

No século XVIII surge uma nova reflexão no que se refere à loucura que é animada por relações entre a doença e a vegetação. É nessas novas normas médicas que a loucura se integra e o espaço dessa classificação se abre, sem problemas, para a sua análise.

Será somente com o tratamento e o estudo das doenças nervosas que a medicina se tornará uma técnica privilegiada e que, enfim, estabelecerá uma ligação com a loucura, tão recusada pelo domínio de internamento. Serão com essas curas que nascerá uma possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico. Com o aparecimento dessas normas médicas, surgem doenças distintas e completamente estranhas à era Clássica, que são as doenças físicas, psicológicas ou morais.

Nasce nesse momento a Psicologia, não por um movimento que revela a verdade da loucura, mas por um movimento que dissocia a unidade tão característica ao Classicismo entre a loucura e o desatino. Foucault, não buscou a origem do conhecimento da Psicologia, mas procurou mostrar as condições que tornaram possível a emergência de um saber que, por movimento violento de dissociação e segregação confiscou a loucura, separando-a do desatino.

Logo após a metade do Século XVIII, associa-se um sentimento de medo em relação à Casa de internamento. Ela “não é mais apenas o leprosário afastado das cidades: é a própria lepra diante da cidade” (FOUCAULT, 2005, p. 353).

Esse novo medo do Século XVIII faz emergir, portanto, uma nova loucura, questionando toda a racionalidade que o internamento possuía na era Clássica. Em meados desse mesmo século, criaram-se casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos, fato esse que fez com que o número de loucos diminuísse dentro dos asilos antigos. Porém, foi no Século XIX, que então, se uniram os conceitos de teoria médica e os espaços do internamento, nascendo assim essa relação, posteriormente dada como natural, porém, naturalmente estranha ao Classicismo, entre a medicina e internamento, possibilitando o surgimento da Psiquiatria positiva ainda no Século XIX. Segundo Foucault, essa psiquiatria, não libertou os loucos da confusão da era Clássica que homogeneizava desatino e loucura e nem a transformou em “humana”.

O internamento, da forma como foi concebido, no decorrer do Século XVII e XVIII, passa por uma grande crise. No final do Século XVIII ele já não é mais eficaz nas estruturas econômicas porque não consegue resolver uma crise de desemprego e nem interagir sobre os preços, visto que o internamento está ligado a um todo horizonte econômico e social. Por isso, o internamento, durante o Século XVIII é criticado exatamente porque ele produzia um grave erro econômico quando acreditava que se acabaria com a miséria colocando a população pobre fora do circuito de produção e mantendo-a pela caridade, “como se a população indigente fosse incapaz de lidar com as suas próprias necessidades” (FOUCAULT, 2005, p.407).

De acordo com Foucault, a prática do internamento é reduzida cada vez mais ao âmbito das faltas morais, dos conflitos familiares e da libertinagem. Ela permanece ativa exclusivamente para os loucos. Nesse momento, a loucura assume a posse do internamento, ao mesmo tempo em que ele se desagrega de suas outras formas de utilização. É diante disso que no final do Século XVIII unem-se duas figuras que durante muito tempo foram bastante distintas, que é o pensamento médico e a prática do internamento. Essa aproximação não se deu devido a uma tomada de consciência de que os internos eram doentes, mas devido a um trabalho violento realizado através de um defrontamento entre o velho espaço de exclusão, homogêneo e uniforme e esse espaço social da assistência fragmentada do Século XVIII.

Foucault, ao tentar fazer história do louco, fez a história daquilo que tornou possível ao próprio aparecimento de uma psicologia, atentando para os mecanismos e as práticas que produziram o objeto, ou seja, o louco. Com o nascimento da Psicologia, construiu-se, então, um espaço de possibilidades de tratar o louco e interná-lo, ajudando-o, assim, a alcançar, decifrar e revelar suas verdades ocultas.

## 2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO MUNDIAL: AS PRINCIPAIS TENDÊNCIAS

É preciso, neste primeiro momento, que se faça uma reflexão a respeito do que é a saúde mental. Amarante (2007) coloca que é necessário que o profissional conheça e identifique a saúde mental como um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas de saúde. E que essa não está, exclusivamente, ligada só à Psiquiatria, que não se reduz apenas ao estudo e tratamento das doenças mentais. A saúde mental está relacionada a uma complexa rede de saberes como a neurologia, a psicologia, filosofia, psicanálise, fisiologia, antropologia, sociologia, história e geografia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que “saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas, a ausência de doenças” (AMARANTE, 2007, p. 18). Existe ainda uma dificuldade de definir o que é doença. Há um paradoxo em dizer que “doença é ausência de saúde” e que saúde “é ausência de doença”. Diante dessa dificuldade encontrada na literatura, a saúde mental depara-se com o impasse em saber o que é normal e o que ser anormal (louco).

Retomando a proposta de resgate histórico das tendências da reforma, ainda baseando em Amarante, partiremos da transformação do hospital (instituição de caridade, criada na idade média para abrigar, alimentar e dar assistência aos pobres, mendigos e doentes), ocorrida na Revolução Francesa e das contribuições de Philippe Pinel, médico que ficou conhecido como pai da psiquiatria.

O hospital na sua origem não tinha um caráter de espaço do conhecimento médico, ele tinha a função de instituição de caridade. Com o passar tempo, mais precisamente no século XVII, ele se transformou num espaço com uma função de ordem social e política. Isso ocorreu em 1656, quando o Rei da França criou o Hospital Geral, que definiu o novo ‘lugar social’ para o louco na sociedade ocidental, que antes viviam nas ruas, florestas, e igrejas.

A instituição hospitalar passou a ser um espaço de repressão e assumiu funções políticas e sociais, pois muitas das internações eram determinadas por autoridades reais e jurídicas. O Hospital Geral também conhecido como “O Grande Enclausuramento”, tornou-se um espaço que exercia a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação destinados a um segmento da sociedade, os pobres.

Diante desse contexto de transição e da Revolução Francesa, sob o lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, muitos médicos foram atuar nestas instituições no sentido de humanizá-las e adequá-las ao novo espírito moderno. Dessa forma o hospital passou a ser objeto de mudanças significativas. Primeiro, os pacientes que haviam sido internados no Antigo Regime, foram libertados. Segundo foram criadas novas instituições como: orfanatos, reformatórios, casas de correção e centros de reabilitação, para dar conta da demanda egressa dos hospitais. Assim o hospital assumiu uma nova finalidade: a de tratar os enfermos.

Com a medicalização dos hospitais o médico, que antes era chamado para intervir só em casos mais graves, agora é personagem principal, como detentor máximo do poder hospitalar. É assim que o médico Philippe Pinel iniciou sua grande obra de medicalização do Hospital Geral de Paris. Ele ficou conhecido como pai da psiquiatria e

também como um dos responsáveis pela clínica médica moderna. Participou do grupo dos ideólogos, que “buscavam a base verdadeira científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como referência principal o modelo da História Natural.” (AMARANTE, 2007, p.28).

Pinel também lançou as bases da “síntese alienista”, destacando a elaboração da primeira classificação das enfermidades mentais, definição de alienação mental e da profissão de alienista, fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, e determinou o princípio do isolamento como modelo de tratamento.

Inspirados nas idéias de Locke, que pressupunha uma natureza absolutamente livre e independente dos homens, Pinel propõe a liberdade dos loucos das correntes, embora ainda submetidos a um tratamento asilar. Pois acreditava que, se a causa da alienação estava no meio social, o isolamento do mundo exterior, como forma de princípio terapêutico, ajudaria o indivíduo enfermo, e não mais prejudicariam.

Para Pinel, a recuperação dos pacientes estava apoiada em questões de ordem técnica e a cura da loucura só seria possível através da reeducação da mente a partir de um tratamento moral e do isolamento, vistos como parte do tratamento. Desta forma o pensamento peneliano se tornou paradoxal, pois se por um lado ele acreditava que a libertação das correntes ajudava na recuperação, por outro defendia que os pacientes continuassem na instituição hospitalar num sistema de isolamento social como tratamento terapêutico.

A prática do internamento, desde então predominou na forma de tratar a loucura ganhando assim um espaço próprio: o asilo. O hospital agora como instituição disciplinar, que impunha regras, neste momento aspirava uma função terapêutica de reorganizar os sentimentos descontrolados do alienado (louco). Esse tratamento moral “consistia na soma de princípios e medidas que imposta aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade”. (AMARANTE, 2007, p.33).

O que de início parecia uma libertação dos alienados do poder da instituição hospitalar, o que se viu foi a institucionalização destes. O enclausuramento agora era determinado não mais como um gesto filantrópico ou de assistência social, mais como um imperativo terapêutico.

Nos primeiros anos de experiência o hospital psiquiátrico foi visto como um princípio de tratamento para a loucura, no entanto com o passar do tempo a segurança do paciente e de seus familiares assumiu papel de destaque em relação às funções terapêuticas.

O pensamento peneliano foi propagado por todo o mundo. Os princípios libertários, republicanos, democráticos e igualitários que contextualizaram a Revolução Francesa, influenciaram vários países e em pouco tempo muitos hospitais de alienados foram criados, reproduzindo os princípios e as estratégias adotadas por Philippe Pinel.

No decorrer dos anos foi visível a não-eficácia da mudança no tratamento proposto por Pinel. O isolamento social e o tratamento moral não mostraram os resultados esperados. Todas as práticas e tentativas de ruptura com o meio social, cultural e político não obtiveram bons resultados no quadro geral dos pacientes.

A credibilidade do hospital psiquiátrico foi colocada em baixo nível. Os primeiros asilos foram rapidamente superlotados, e as dificuldades começaram a surgir em grande escala. Havia dificuldade em distinguir a sanidade da loucura; os hospitais evidenciavam a segregação de segmentos marginalizados da população e as constantes denúncias de violência contra os internos, fizeram com que surgissem as primeiras idéias de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica.

A primeira tentativa ocorreu com a proposta das ‘colônias de alienados’, localizadas em “grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico” (AMARANTE, 2005, p.39). A idéia das colônias mostrou eficácia por algum tempo, pois os adeptos, inclusive Waldemar de Almeida, alienista brasileiro do início do séc.XX, consideravam que o trabalho poderia “estimular a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer os vestígios do delírio” (2005, p.39). Infelizmente em pouco tempo as colônias se mostraram iguais aos asilos já existentes, a diferença estava no método de recuperação: o trabalho.

Segundo Amarante (2007) após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana e volta seu olhar para os asilos, descobrindo que as condições eram as mesmas dos campos de concentração, nascendo assim, as primeiras idéias de reforma psiquiátrica. Essas experiências aconteceram em vários países e destacaremos as principais e reconhecidas ainda hoje, por influenciarem as experiências contemporâneas.

As principais idéias de reforma estão divididas em três grupos: o primeiro, denominado *Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional*, ocorreu na Inglaterra por volta de 1948, destacou que o fracasso asilar estava na forma de gestão e do próprio hospital. Em 1959, Maxwell Jones sistematizou e organizou “grupos de discussão” e “grupos operativos” com os jovens soldados que voltaram doentes da guerra com problemas emocionais.

O segundo grupo ficou principalmente representado pela *psiquiatria de setor* no contexto francês, com François Tosquelles e pela *Psiquiatria Preventiva* no contexto norte-americano com Gerald Caplan. Essas experiências acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado e que deveria ser desmontado a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificar o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental e outras), ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico.

No último grupo, está à experiência *Antipsiquiátrica*, contextualizada na Inglaterra no final dos anos 50 e mais expressiva nos anos 60, representada por Ronald Laing e David Cooper, e a *Psiquiatria Democrática*, no contexto italiano, no início dos anos 60, representada principalmente por Franco Basaglia que formulou suas idéias de pensamento e prática institucional a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, voltados para a desconstrução e superação do aparato manicomial. Essas experiências consideravam que a questão mesmo estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais.

## 2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: O INÍCIO DA REESTRUTURAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

No Brasil, a reforma teve início no ano de 1978, no contexto da redemocratização, e no surgimento dos principais movimentos sociais e importantes encontros e congressos na área de saúde mental. Dentre eles, destaca-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse surge a partir de um forte questionamento das políticas do modelo psiquiátrico clássico, constatados na prática das instituições psiquiátricas. (VASCONCELOS, 2002).

Esse Movimento não só procura entender a função social da psiquiatria e suas instituições, como também constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão no modelo vigente, a partir do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

O MTSM, inspirado nos ideais da psiquiatria crítica, representando principalmente por Franco Basaglia, denuncia a violência dos manicômios; a mercantilização da loucura; hegemonia de uma rede privada de assistência; direciona sua luta por melhores

condições de trabalho nos hospitais e reivindica a contratação de profissionais capacitados (BRASIL, 2005).

Conforme Vasconcelos (2002), no início de 1980, o processo de “Co-Gestão”, em sua inter-relação com o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, permitiu a abertura de um importante espaço político para lideranças do MTSM, preparando a implementação futura e gradativa em todo país do modelo sanitaria das chamadas “Ações Integradas de Saúde” que se consolidaram posteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Constituição Federal de 1988.

Em 1987, acontece o II Congresso Nacional de MTSM em Bauru (SP), e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, dando início as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Nesse mesmo período é importante destacar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, e o início de um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, denunciado por maus-tratos e morte de pacientes.

Este acontecimento teve repercussão nacional e foi o ponto de partida que possibilitou a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutivo ao hospital psiquiátrico. Em Santos (SP), são implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial, cooperativas, e residências para egressos do hospital.

O início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica no legislativo e no normativo se deu em 1989, com o Projeto de Lei nº 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado (PT-MG) no Congresso Nacional, com propósito de regulamentar os direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Inspirados nesse Projeto, os movimentos sociais, conseguiram aprovar as primeiras leis que determinaram a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. Avanços democráticos como a Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde-LOS em 1990 contribuíram bastante para consolidação da luta antimanicomial. Também neste mesmo ano, houve a realização da Conferência de Caracas “que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica” (VASCONCELOS, 2002, p.26) e que originou a Declaração de Caracas (ANEXO II).

Em todo o país houve uma ampla discussão sobre a nova estratégia na saúde mental. Em todos os níveis de gestão as conferências participativas abriram um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica: a II Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 1992.

A década de 90 passa então, ser palco das transformações ocorridas no Brasil, das primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços substitutivos de atenção diária.

Em 1992, embora os novos serviços estivessem regulamentados, houve uma descontinuidade no processo de implantação. Ainda não estava previsto como seria a fiscalização, e como funcionaria o mecanismo sistemático para redução dos leitos. “Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 90% dos recursos do Ministério da Saúde para Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005).

Com a aprovação da Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001 (ANEXO I), e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em Brasília, o país avançou e ganhou maior sustentação para retomar o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica (referenciada na experiência na Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Baságli). Esta, como dito anteriormente, está baseada na proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico para serviços substitutivos abertos, formado por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, e Hospitais Gerais.

### 3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Para entender a inserção do serviço social na Saúde Mental, propomos primeiro um breve resgate histórico do surgimento da profissão no contexto brasileiro.

O serviço social como profissão, segundo Manrique (1984), deve ser entendida no desenvolvimento das relações sociais e de produção capitalistas particulares a cada país, onde o surgimento das Escolas de Serviço Social e o ingresso no âmbito universitário, apresentam mudanças na história da profissão.

Se antes a aliança entre a Igreja-Serviço Social era o alicerce para a assistência social, relegado ao caráter caritativo e empenhado nas políticas, relações e doutrinas católicas para recuperar e manter a superioridade ideológica da Igreja, com o novo espaço acadêmico o serviço social tomou-se mais técnico e recebeu impulso para uma prática com os problemas de organização-popular.

Segundo Lima (1975), as implicações teórico-metodológicas para o serviço social trabalhar na perspectiva de questões sociais fora embasadas num ecletismo ideológico pertencente às ciências sociais, do qual emergiram com maior presença as teorias positivistas e funcionalistas. Nessa fase o Serviço Social caminhava passivamente pelo conservadorismo positivista, adotando uma postura asséptica, de neutralidade ideológica, sem questionamentos sobre a sua identidade instrumental, realizando uma ruptura entre teoria e prática, trabalhando somente o que era aparente e imediato e operando para uma coesão e harmonia social. A profissão embasada no positivismo é vista como técnica de intervenção num sistema social acabado e a realidade estática, o profissional trataria problemas particulares de ajuste psicossocial dos indivíduos à realidade posta.

Ainda segundo autor, a primeira metodologia de ação é o *serviço social de caso*, trabalhando numa linha psicossocial junto a indivíduos com disfunções sociais que precisavam ser tratados e ajustados ao sistema vigente.

A transferência dessa visão particular e individualista para um campo mais abrangente origina o *serviço social de grupo*, que trata os problemas que os tais grupos tinham em comum, habilitando-os a funcionarem para o desenvolvimento próprio, adequando-os ao sistema e contribuindo para os objetivos capitalistas. Aqui a função do assistente social é promover a interação do grupo ajudando-os a atingir as metas desejadas. Esse método é realizado primeiro pela coleta de dados para checar a situação; segundo pelo

diagnóstico, onde se obtém um resultado prévio de como o grupo se desenvolve, e terceiro o tratamento, numa ação sócio-educativa habitando o grupo a atingir seus próprios objetivos.

A terceira metodologia de ação é *serviço social de comunidade* que na realidade brasileira deixou a prática norte-americana, que trabalhava nesse ponto somente a Organização de Comunidade, e por fatores de contexto nacional desenvolvimentista, no Brasil consolidou-se em Desenvolvimento e Organização de Comunidade. Esse método caracteriza-se por experiências isoladas em pequenas áreas com a finalidade imediata de melhorar as condições de vida, sem apoio do aparato político. Tem por objetivo definir metas para o desenvolvimento diante de estruturas problemáticas e criar mecanismos de participação popular nesse processo, integrando a comunidade no desenvolvimento social global através de uma ação organizada, para o atendimento de suas necessidades, fazendo-a crescer e reciprocamente contribuir para o desenvolvimento do país.

Entretanto, esses métodos e as influências teóricas que os embasa, apesar de notório o progresso de trabalho do indivíduo a grupos de indivíduos, a percepção sobre os fenômenos sociais continuam superficiais e individualistas, prendendo-se mais a dados quantitativos. Porém esses métodos já apresentam mudanças na concepção de ação na profissão, desconsiderando o domínio condicionante das relações sociais de produção sobre as demais dimensões sociais e considerando todo o sistema social responsável pelos desajustes na estrutura social. Contudo, as mudanças mais sensíveis ocorrerão mais fortemente com uma revisão crítica ao tradicionalismo do Serviço Social, enunciado como o Movimento de Reconceituação Profissional.

### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL RECONCEITUADO E SAÚDE MENTAL

O Movimento de Reconceituação, fenômeno tipicamente latino-americano, surge como resposta à sensibilidade dos desafios da prática social e como forma de nova construção profissional, na busca de identificar-se com sua própria história, questionando desta forma toda prática tradicional importada dos Estados Unidos num contexto latino-americano marcado pelo desenvolvimento relacionado com os centros avançados do capitalismo.

Embora o Movimento de Reconceituação em sua base maior seja uma busca de rompimento com a metodologia tradicional, foi também um movimento marcado pela

diversidade. Tanto em função de suas origens sociais distintas, “(...) quanto em razão da vinculação intelectual política por parte de seus protagonistas a matrizes teóricas societárias também diversas” (IAMAMOTO, 1999, p.207).

O processo histórico brasileiro permitiu ao Serviço Social, criar os suportes histórico-sociais que consolidou a erosão do Serviço Social tradicional, notadamente em crise a partir da segunda metade da década de cinqüenta. A expressão mais acentuada desse processo erosivo foi a que se explicitou na América Latina a partir de 1965 com o chamado Movimento de Reconceituação, em cujo cerne estava a semente do ponto de partida para a renovação do Serviço Social.

Por consequência do contexto sócio-político, a metodologia tradicional do Serviço Social não estava mais dando conta da realidade vigente, e necessitava assim de um redimensionamento da profissão. Em meio regime militar, o Brasil sedia em 1965 o I Seminário Latino-Americano de Serviço Social, que se realiza em Porto Alegre (RS), com uma proposta assumida por uma vanguarda de profissionais que inicia a tentativa de negação do Serviço Social tradicional, revisando criticamente os elementos que o caracteriza, buscando assim mudar os pressupostos filosóficos e científicos, dos conceitos metodológicos e da prática profissional do Serviço Social, na tentativa de adequar as mesmas às exigências da realidade posta. Logo, com o amadurecimento do movimento, surge a necessidade de romper com o desenvolvimentismo num momento em que cresce a luta dos movimentos populares, fracassa a Aliança para o Progresso e a Igreja posiciona-se.

O movimento, surgido no contexto do desenvolvimentismo, onde o Serviço Social de comunidade é implantado para desenvolver e organizar a comunidade, contribuindo assim para o desenvolvimento do Brasil, não abria possibilidades para haver uma ruptura com o Serviço Social tradicional, pois o próprio país vivia uma forte repressão, não oferecendo assim condições para um avanço mais significativo. O Serviço Social nesse momento irá concentrar-se na tarefa de qualificar e aperfeiçoar tecnicamente o profissional para atender às exigências institucionalizadas do Estado. O Movimento de Reconceituação por não ser um movimento homogêneo, e existir várias tendências ideológicas, encaminha-se para outra direção, numa perspectiva de integração, sendo-lhe dado uma nova forma, modernizando a meta proposta.

Embora a literatura registre o início do serviço social em saúde mental no Brasil, como sendo em 1946, e as primeiras práticas dos assistentes sociais terem se dado nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), é no contexto pós-

reconceituado que o assistente social é efetivamente inserido no sistema da Saúde Mental. Obedecendo “a mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo no Brasil após 1964: a modernização conservadora dos aparatos do estado” (BISNETO, 2007, p.26).

Consolidado o processo de rompimento com o serviço social tradicional, juntamente com o processo de implantação da reforma psiquiátrica, que exigiu maior quantidade de diferentes categorias profissionais, houve uma abertura muito grande para a atuação do serviço social na saúde mental.

O Serviço Social é colocado, mais uma vez, para enfrentar a questão social que nesse momento de repressão, se manifestou através do agravamento dos problemas mentais, como diz Bisneto:

(...) grande número de operários caindo em crise mental, como provável expressão das péssimas condições de trabalho durante a fase de expansão capitalista; muitos trabalhadores recorreram ao recebimento de pensões, aposentadorias e auxílios previdenciários por motivo de padecimento mental para fugir ao agravamento do desemprego; ao abuso das clínicas privadas credenciadas nos gastos com internações duvidosas. (2007, p.27)

Para reforçar a idéia de racionalização das ações do serviço saúde-previdência, foi criado em 1974 a DATAPREV, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social. Tinha os mesmos objetivos do sistema previdenciário: racionalização institucional, controle de custos organizacionais, controle dos atores sociais, aparência de modernização, imitação de modelos do Primeiro Mundo, controle das internações indiscriminadas entre outros.

O grande desafio posto ao assistente social, também na saúde mental, é o desenvolvimento da capacidade de interpretar a própria realidade e de construir novas propostas a uma demanda emergente. O profissional deve ter em mente que essa demanda, segundo Bisneto, é mesclada de três posições analíticas:

- a) por parte dos usuários, devido à penúria em que se encontram e à necessidade de assistência social conjugada à assistência psiquiátrica, como por exemplo, a atenção e à família e a concessão de benefícios previdenciários;
- b) por parte dos profissionais de saúde Mental que aderiram ao movimento de Reforma Psiquiátrica, que vêem o problema social dos transtornos mentais como fundamental no processo de desinstitucionalização;
- c) Por parte dos donos e dirigentes de hospitais psiquiátricos ou serviços alternativos, que vêem o Serviço Social como benéfico em termos de lucratividade ou redução de custos (2007, p.60).

No contexto da redemocratização e do surgimento dos movimentos sociais de 1978, o assistente social acolheu uma perspectiva histórica e crítica da realidade imposta pelo sistema capitalista. Agora, dentro do contexto da reforma psiquiátrica, não deve ser apenas o profissional do cuidado, mas o técnico que pode desenvolver metodologias e avançar na análise da sociedade, concebendo assim mediação para intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO, 2007).

Na saúde mental o assistente social, no processo de atendimento dos usuários, trabalha na perspectiva inter e multiprofissional dando orientações, contando com o apoio da família, melhorando assim o nível de conhecimento do usuário sobre seu tratamento e orientação sobre a melhor forma de ajudar o paciente na sua recuperação, bem como orientações sobre seus direitos e encaminhamentos a outros profissionais.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Para compreender a concepção do assistente social sobre a reforma psiquiátrica, realizamos um tipo de pesquisa Descritiva, com natureza qualitativa-interpretativista. O pressuposto teórico da pesquisa põe foco na percepção que os participantes têm da sua prática profissional no contexto institucional no qual estão inseridos (MINAYO, 1994). Para atingirmos os objetivos propostos em relação o surgimento da reforma psiquiátrica e a inserção do assistente social na saúde mental, fizemos um levantamento bibliográfico com os autores que trabalham com o tema.

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal São Camilo de Lélis (HMSCL), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), e na Unidade Integrada de Saúde Mental (UISAM) em Mossoró-RN. Todos integrados no Sistema Único de Saúde – SUS. A escolha do local da pesquisa se justifica por se tratarem de três serviços distintos de atendimento em saúde mental. Um serviço hospitalar (HMSCL), um serviço substitutivo (CAPS) e por último, um serviço ambulatorial (UISAM).

#### **4.2.1 HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO DE LÉLIS - HMSCL**

Em Mossoró-RN, o atendimento aos portadores de transtornos mentais, desde 1969 vem sendo desenvolvido pela Casa de Saúde São Camilo de Lélis, de natureza privada. A Casa de Saúde foi municipalizada no ano de 2006, e passou a ser o Hospital Municipal São Camilo de Lélis e continuou sendo referência no município e na região, atendendo a demanda por tratamento em saúde mental oriunda de cidades circunvizinhas.

Localizada à Rua Manoel Cristino de Morais nº 123, Nova Betânia, sua estrutura física consiste em 04 setores: UCIM – Unidade de Cuidado Intensivo Masculino; UCIF – Unidade de Cuidado Intensivo Feminino; UCM – Unidade de Cuidado Masculino e UCF – Unidade de Cuidado Feminino. Cada setor dispõe de: Posto de enfermagem (com sala de Serviço, sala de intercorrências, sala de medicação e banheiro), enfermarias e banheiros. A Instituição ainda conta com: 01 cantina; 01 refeitório (Cozinha Industrial); 01 lavanderia

industrial; 01 central de esterilização; 01 farmácia; 01 dispensário (antiga farmacodinâmica); 01 sala de reuniões; 01 sala de psicologia; 01 sala de assistência social; 01 setor T.O.R - Terapia Ocupacional e Recreativa; 02 sala de estudos; 01 salão de eventos e; o espaço é bastante arborizado com árvores frutíferas. O atendimento no local funciona com o internamento de seus usuários, funcionando assim 24h.

No serviço, além do tratamento com medicamentos, existe a T.O.R., onde são desenvolvidos projetos terapêuticos como:

- Embelezar,
- Recrear,
- Movimente-se,
- Cante e Dance,
- Semear,
- Ludoterapia,
- Prolabore,
- Criarte
- Atividades extra-casa como: passeios, visitas a centros de recreação e laser, banhos de piscina, passeio de trenzinho. O atendimento no local funciona com o internamento de seus usuários, funcionando assim 24h.

A equipe interdisciplinar e multiprofissional são formadas por:

- 06 assistentes sociais,
- 04 psicólogos,
- 08 psiquiatras,
- 03 terapeutas ocupacionais,
- 10 enfermeiros,
- 01 farmacêutico,
- 01 nutricionista,
- 02 educadores físicos e mais de 40 entre auxiliares e técnicos de enfermagem.

O Hospital está inserido no nível terciário de atenção à saúde. Os usuários, geralmente, advêm de outras instituições, referenciados da UISAM, CAPS, consultórios particulares, sendo naturais de Mossoró ou de outras cidades do Estado. O paciente geralmente vem acompanhado por familiares, após triagem, acolhimento pela equipe técnica,

e portando a AIH – Autorização de Internamento Hospitalar, que consiste no laudo médico com caracterização clínica e mental do paciente, este é encaminhado à unidade.

As atividades do assistente social consistem em: admissão do paciente de primeiro internamento ou reincidente, evolução do prontuário, acompanhamento das reuniões do AA (Alcoólicos Anônimos), reuniões com pacientes e familiares, acompanhamento de visitas dos familiares aos pacientes, participação no grupo operativo (roda de conversa em conjunto com outros profissionais, oficinas), comunicação de alta, visitas domiciliares, acompanhamento de Perícias Médicas do Instituto Nacional de Seguridade Social -INSS, Interface com a Justiça, orientação com a família desde o internamento até alta sobre o encaminhamento do paciente a um CAPS para continuidade do tratamento, e supervisão de estagiárias.

Entre as dificuldades sentidas para o desenvolvimento das ações, está o problema dos hospitais gerais da cidade não aceitarem o doente mental quando eles apresentam problemas clínicos ou precisa de atendimento de emergência, o estigma da loucura muito visível na sociedade, e problema de infra-estrutura, além do abandono de alguns pacientes pelos seus familiares.

#### 4.2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

A Criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Mossoró surgiu da mobilização de profissionais da área de Saúde Mental que propunham melhorias na qualidade dos serviços prestados aos portadores de transtornos mentais do município. Nessa Perspectiva, e em decorrência do aumento da demanda de transtorno mental, iniciam discussões sobre a criação de um novo serviço de atendimento aos pacientes.

Assim, é inaugurado em 28 de agosto de 2003, o primeiro centro de Atenção Psicossocial de Mossoró, que recebeu o nome de CAPS Enf<sup>a</sup> Mariana Neuman Vidal da Costa, localizado na Avenida Alberto Maranhão, nº 565, no bairro do Alto da Conceição.

A instalação do CAPS em Mossoró tem os seguintes objetivos: tratar transtornos Psicogênicos e organogênicos, cristalizados sob forma clinicamente reconhecida de doença mental; oferecer contenção para crise psicológica/psiquiátrica e indicativos de alheamento, garantindo a permanência do vínculo social; prevenir rotulação, estigma e cronificação; estimular o redimensionamento crítico das relações com família, trabalho, vizinhança, sexualidade e política ; apoiar a promoção de cidadania e a construção coletiva da

qualidade de vida; e apoiar e assistir o PSF (Programa de Saúde da Família) nas ações em Saúde Mental.

Todos os objetivos vêm sendo trabalhados no referido CAPS embora alguns ganhem evidência, pela própria instituição oferecer condições físicas e materiais para sua efetivação. A instituição conta com uma equipe interdisciplinar e multiprofissional composta pelos seguintes profissionais:

- Uma Médica psiquiatra, que tem como função o atendimento individual e familiar, reuniões com famílias, participação nas terapias de grupo e nas reuniões técnicas;
- Uma terapeuta Ocupacional, que tem como atividades as terapias em grupo e individuais, visitas domiciliares, planejamento e operacionalização de projetos de pesquisa, participação em atividades didáticas e em reuniões técnicas;
- Dois Psicólogos que trabalham com terapia individualizada e em grupo, atividade educativa em grupo na comunidade, visitas domiciliares e participação nas reuniões técnicas;
- Uma enfermeira que faz atendimentos individuais, participa das terapias de grupo e das reuniões técnicas e presta serviços de urgência;
- Duas auxiliares de enfermagem;
- Uma arte terapeuta que atua através de oficinas, onde se realizam trabalhos manuais artísticos que proporcionam ao usuário via de acesso à expressão de seus sentimentos, criatividade, e aproveita também suas afinidades para determinada atividade, fazendo-o sentir-se produtivo e valorizado nas suas capacidades laborativas;
- Duas assistentes sociais que desenvolvem as seguintes atividades: triagens, acompanhamentos terapêuticos, terapias de grupo, grupo de sala de espera, orientação de benefícios da assistência social, visita domiciliar, planejamento e operacionalização de projetos de pesquisa, palestras em saúde mental, entre outras;
- Duas administradoras que ficam a cargo das funções administrativas da instituição;
- E quatro pessoas que compõem a equipe de apoio;

O CAPS recebe pacientes vindos dos serviços ambulatoriais e hospitalares, do sistema básico de saúde, e a população que, espontaneamente, procura serviços. Os tratamentos podem ser: **intensivo**, que é diário e oferecido a pessoas com grave sofrimento psíquico, precisando de uma atenção contínua; **semi-intensivo**, quando o sofrimento psíquico é diminuído, contudo ainda é necessária a atenção direta da equipe para recuperar sua

autonomia; e **não-intensivo**, quando não é necessário o suporte contínuo da equipe, pois o usuário só se apresenta a instituição para pegar a receita médica.

A instituição conta atualmente com alguns projetos, dentre os quais:

- Projeto Atividades Extra-CAPS.
- Projeto se faz bem que mal tem.
- Projeto de Artes.
- Projeto Educação em Saúde.
- Projeto Alfabetização de Jovens e Adultos.
- Projeto Trabalhando a Família.
- Projeto Estou Curado.
- Projeto Atualizando os endereços e números dos usuários;
- Projeto A Horta.

Esses projetos são de uma suma importância para o desenvolvimento da instituição, já que contribuem com os usuários na medida em que procura integrá-los em atividades que possibilitem sua reinserção na sociedade, buscando incentivar auto estima e a integração com a família que se torna fundamental para a melhoria das condições de saúde dos pacientes.

#### 4.2.3 UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE MENTAL - UISAM

A UISAM iniciou seu funcionamento em janeiro de 1987, em instalações anexas ao Hospital Rafael Fernandes, na Rua Juvenal Lamartine, um local de fácil acesso por localiza-se no centro da cidade, próximo de outros hospitais, pontos de táxi e ônibus.

Atualmente a unidade está localizada à Rua Venceslau Brás, S/N, no bairro Bom Jardim, vizinho ao Centro Clínico Professor Vingt-un Rosado, é um local também de fácil acesso e de conhecimento da população.

A unidade presta em média dois mil (2.000) atendimentos mensais e possui em seu arquivo aproximadamente dezesseis mil (16.000) prontuários, além de inúmeras fichas individuais. Sua equipe é composta por:

- 05 médicos psiquiatras

- 05 psicólogos,
- 03 assistentes sociais,
- 01 psicanalista e funcionários que auxiliam nos serviços de recepção, arquivo, estatística, segurança e limpeza.

A estrutura física da UISAM é composta por 04 consultórios, 01 sala para Serviço Social e Enfermagem, onde são realizadas as entrevistas sociais/triagens e procedimentos da prática da enfermagem, 01 sala de administração, 01 sala de arquivo, 01 recepção, 02 banheiros e 01 sala de espera.

A instituição é pioneira no atendimento ambulatorial de saúde mental na cidade de Mossoró e na região Oeste do Estado. Os pacientes chegam encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde - UBS da cidade, podendo ser referenciados da UISAM para o Hospital Municipal São Camilo de Lélis ou contra-referenciados de volta à unidade de saúde de origem. Os pacientes provêm tanto da cidade de Mossoró como de outras regiões do Estado. A unidade está inserida no nível secundário e tem como objetivo desenvolver ações clínicas e ambulatoriais, sem caráter de urgência.

Na UISAM o Serviço Social atua na unidade com a finalidade de intervir junto aos usuários e seus familiares, democratizando orientações no âmbito da saúde, enfatizando a saúde mental, buscando garantir a qualidade e o igual acesso aos serviços oferecidos.

Assim o atendimento apresenta-se desde a recepção, escuta, conversas, diálogo objetivando a conscientização e uma melhor integração com os portadores de transtornos mentais e familiares.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por assistentes sociais que atuam na área de Saúde Mental. A amostra foi formada por 10 (dez) assistentes sociais. O número da amostra se justifica, por representar mais de sessenta por cento (60%) do total desses profissionais atuando na Saúde Mental em Mossoró-RN.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados constituiu-se de um questionário com 10 (dez) perguntas abertas, contendo os principais questionamentos: Qual o seu ponto de vista a respeito da Reforma Psiquiátrica? Quais as mudanças significativas que você considera

relevantes na saúde mental? Qual seu posicionamento sobre os serviços extra-hospitalares prestados pelos CAPS? Como você vê o papel do hospital psiquiátrico no tratamento dos pacientes? Você acredita que com a expansão da Reforma, o hospital psiquiátrico será extinto? Qual a sua avaliação sobre os serviços prestados, na saúde mental, no contexto local? Você acredita na total implantação da Lei Paulo Delgado?

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi feita através de um questionário com dez perguntas abertas. Por se tratar de profissionais de uma mesma categoria profissional, na análise, não foi necessário identificação.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para obtenção da análise e distribuição de gráficos e quadros nesta pesquisa, usamos a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). No qual nos ofereceu suporte teórico metodológico no desenvolvimento e esclarecimento das questões elencadas no instrumento aplicado. As fases para a Análise de Conteúdo foram as seguintes: *A pré-análise* (fase de organização); *A exploração de material* (tarefa de codificação); *O tratamento dos dados, a inferência, e a interpretação* (tornar os dados válidos e significativos).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução CNS 196/96 utilizamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (apêndice A), tendo como objetivo respeitar todos os princípios que regem a participação de seres humanos em pesquisa. Para a realização desta, foi encaminhado ao Comitê de Ética, um projeto para ser apreciado pelos membros deste, do qual obtivemos aprovação. Cabe ressaltar que se preservou o sigilo dos dados quanto à identidade dos indivíduos da pesquisa. Todos os indivíduos foram esclarecidos com relação ao objetivo desse estudo e receberam uma cópia do termo. Caso recusassem em participar a sua decisão seria respeitada.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todos os custos foram financiados pela pesquisadora responsável, porém, a FACENE/Mossoró contribuiu com o auxílio na utilização da biblioteca, bem como, através das orientações dos professores.

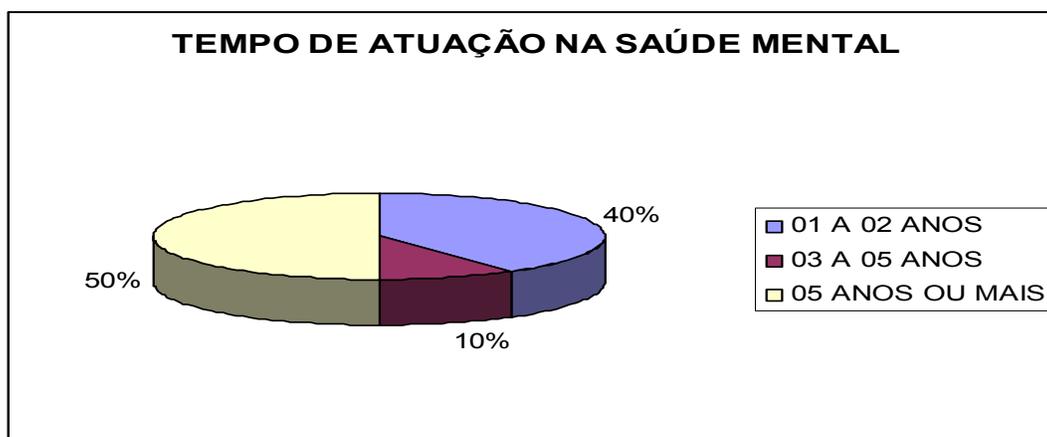
## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No que concerne à análise dos dados, toda pesquisa necessita de resultados que sejam encontrados através de estudos, aplicação de questionários ou formulários, muitas vezes seguidos de entrevistas, que terão como fim a coleta do material alcançado. Desta forma, a pesquisa qualitativa, “... apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento...” (BARDIN, 2009, p. 141).

Após termos feito o percurso teórico-metodológico para alcançarmos os objetivos proposto da pesquisa, passaremos à análise dos dados concernentes a concepção do assistente social sobre a reforma psiquiátrica.

Com relação ao tempo que os profissionais atuam na área, o gráfico a seguir, mostra um equilíbrio na atuação destes profissionais na área de saúde mental, tendo em vista que os mesmos já realizam suas atividades há algum tempo, isso os tornam capazes de identificar problemas casuais ou até mesmo temporais em sua profissão.

Gráfico 1 Tempo de atuação na saúde mental



Contextualizando a atuação dos assistentes sociais na saúde mental, Bisneto (2007) já coloca a necessidade deste profissional diretamente relacionada aos usuários, aos profissionais que aderiram a reforma e aos donos de hospitais e clínicas psiquiátricas, destacando assim, a importância da intervenção desse profissional, já que a questão social também é um agravante dos transtornos mentais.

Quadro 1 - O motivo da inserção do profissional na saúde mental

Oportunidade para tirar férias de profissionais no Hospital Psiquiátrico	<p>“... uma oportunidade a convite de uma colega assistente social do hospital psiquiátrico para tirar férias...”</p> <p>“... fui convidada a trabalhar no hospital São Camilo... já que as profissionais estavam de férias...”</p> <p>“...o que me levou a trabalhar na saúde mental foi uma oportunidade que surgiu..”</p>
Necessidade de novos profissionais	<p>“... no ano de 1993 o hospital São Camilo passava por uma reforma na equipe e necessitava de novos profissionais...”</p>
Aprovação no concurso público	<p>“Prestei concurso público para área da saúde. Uma das vagas a ser preenchida era num ambulatório de saúde mental...”</p> <p>“ A aprovação no concurso...”</p> <p>“ A aprovação no concurso municipal.”</p>
Curiosidade	<p>“A princípio curiosidade pelo comportamento humano...”</p>

Segundo Bisneto (2007), no Brasil a inserção efetiva do serviço social em hospitais psiquiátricos se deu por força de exigências do INPS nos anos 70. Com o aumento das instituições privadas na área psiquiátrica pós-64, abriu-se a possibilidades do profissional do serviço social ser inserido nesse espaço institucional. Com a reforma psiquiátrica, o atendimento psicossocial favoreceu a contratação de outros profissionais numa relação multi e interdisciplinar. Hoje esses profissionais que atuam na saúde mental, são efetivados devido o concurso publico realizado no município, em 2007.

Quadro 2 - A concepção sobre a reforma psiquiátrica

Vista como avanço na saúde mental	“ A reforma psiquiátrica significa um avanço para saúde mental. É um novo olhar para os usuários em sofrimento mental...”
Como conquista dos direitos sociais	<p>“A Reforma é parte do processo de redemocratização e ampliação da noção de direitos referentes a saúde...”</p> <p>“A Reforma Psiquiátrica sob a perspectiva de respeito a garantia de direitos dos pacientes de saúde mental”</p> <p>“A R. P é necessária do ponto de vista dos direitos humanos...”</p>
Não se resume ao fechamento de hospitais	<p>“... muitos entendem que culmine com o fechamento de hospitais, e não é essa a proposta.”</p> <p>“... muitos profissionais da área ainda não sabem ao certo o que é, pensam apenas que se trata do fechamento dos hospitais...”</p>
Necessidade do hospital para casos graves.	<p>“Acredito na reforma e apoio em partes. Hoje não acredito que nossa cidade possa ficar sem os serviços do hospital”...</p> <p>“Acredito na reforma, mas também vejo a necessidade do hospital para os casos mais severos e graves por alguns dias até passar a crise”</p>

De acordo com Vasconcelos (2002), a reforma psiquiátrica brasileira, se situa no período da redemocratização e emergência dos movimentos sociais, especialmente o MTSM, que lutou pela conquista de mudanças ocorridas na saúde mental. Daí a visão dos assistentes sociais está associada às conquistas dos direitos sociais e considerá-la como um avanço no atendimento dos portadores de transtornos mentais. Vale ressaltar que os participantes não associam o movimento de reforma apenas pela luta a favor do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e sim como um novo olhar aos usuários em sofrimento mental.

Quadro 3 - Mudanças significativas na saúde mental

A ampliação dos serviços extra-hospitalares;	<p>“... o doente mental é um cidadão detento de direitos. Outra mudança significativa é a criação de novos serviços como: CAPS, RT...”</p> <p>“Ampliação da rede de atendimento (CAPS), humanização do paciente interno, medicação de ponta acessível ao paciente.”</p> <p>“Tratar o portador de transtorno mental enquanto sujeito de direitos, criação dos serviços extra-hospitalares como: CAPS I e II, CAPSi, Programa de volta pra casa e RT.”</p>
Pacientes e familiares passaram a ser sujeito de direitos.	“A presença de usuários e familiares participando das discussões sobre as políticas de saúde mental”
Inserção de outros profissionais na saúde mental	<p>“Possibilidade do trabalho articulado inter- multiprofissional”</p> <p>“Inserção de outros profissionais, e não somente o médico-psiquiatra no atendimento dos usuários: assistentes sócias, psicólogos, educadores...”</p>

Os serviços substitutivos CAPS, abriram um espaço para inserção de outros profissionais e dão possibilidade de o paciente ser tratado por uma equipe multi e interdisciplinar sem sair do convívio socio-familiar. Essa proposta se torna marcante, pois o modelo hospitalocêntrico nega os direitos do paciente referente à sua liberdade e a sua identidade. É o que Goffman (2007) chama de mortificação do Eu, o paciente perde sua identidade pessoal e passa ser institucionalizado. No novo modelo de assistência, a família é muito importante na ressocialização do paciente.

Quadro 4 - Posicionamento sobre os serviços extra-hospitalares prestados pelos CAPS

O serviço é bom, de qualidade e importante.	<p>“ O novo cuidado oferecido pelos CAPS é um serviço de boa qualidade...”</p> <p>“... acho um trabalho gratificante e relevante...”</p> <p>“ Os CAPS prestam um serviço de boa qualidade aos portadores de transtornos mentais, quando buscam ressocializa-los no seio de suas famílias e também na sociedade...”</p> <p>“Acredito que seja realizado um bom trabalho, mas pode ser melhor...”</p>
Fortalece os vínculos sociais	“é um modelo de cuidado que fortalece os vínculos sociais.”
É um serviço necessário	“A política do CAPS é necessária, pois trata a pessoa fragilizada pela saúde mental na perspectiva interativa, multiprofissional...”
É um serviço que contribui para efetivação dos direitos	“...É um importante instrumento de recuperação, inclusão e principalmente de valorização dos pacientes...tem contribuído bastante para a efetivação dos direitos dos pacientes...”

Todas as participantes reconhecem a importância dos serviços prestados pelos CAPS, cuja proposta é reinserir e incluir o paciente na família e na sociedade, dando-lhes oportunidade de enfrentar os desafios e as mudanças ocorridas no contexto social propondo assim, uma re-conquista da autonomia.

Com relação ao papel do hospital psiquiátrico no tratamento dos pacientes, as participantes concordam que na rede de saúde mental é necessário um serviço para cuidados intensivos (paciente em crise). A esse respeito, Amarante (2007) reconhece a crise como sendo um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no cuidado. No entanto, defende que no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, esta pode ser resultado de uma diminuição do limiar de precariedade de recursos para tratar a pessoa em residência. Para ele, faz-se necessário a existência de serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento destes pacientes.

Quadro 5 - Extinção do hospital psiquiátrico relacionada com a expansão da reforma

Será extinto por falta de recursos	“O hospital psiquiátrico não recebe recursos da gestão federal, por isso o sucateamento do serviço... assim será extinto por asfixia”.
Falta de interesse da gestão	“Acredito que há longo prazo possivelmente o hospital será extinto, pois essa é meta dos governantes”
Serem substituídos por serviços alternativos	“Com a criação de alternativas de assistência consistentes. Nesse processo o hospital poderá ser extinto”.
Extinção progressiva	“Feito de maneira progressiva acredito, que o fim dos hospitais possa ser possível sim!”  “Apesar de não concordar, acredito realmente que num futuro próximo os hospitais psiquiátricos serão gradativamente extintos”
Necessidade de ter um serviço hospitalar	“... os pacientes precisam da assistência hospitalar, quando for necessário”.  “... quando a família do paciente encontra-se desgastada pelo sofrimento e sem condições emocionais e psicológicas para acompanhar a crise, o hospital é o mais adequado.”  “O hospital sempre irá existir. Sempre terá sua clientela específica. Deverão ser extintos os hospitais que não oferecem as mínimas condições de funcionar.”

Como se pode constatar, houve um equilíbrio em relação ao posicionamento sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Este equilíbrio estar associado a formação do profissional, a visão crítica em relação aos investimentos para melhoria do atendimento e a constatação de que acham necessário o usuário e a família terem um serviço que possa

acolher, tratar e tirar o paciente da crise. Esta visão também pode está associada ao contexto local que ainda não dispõe de leitos psiquiátricos no hospital geral e nas unidades de pronto atendimento (serviço de urgência).

Gráfico 2 - Avaliação dos serviços da saúde mental no município.



No momento da aplicação dos questionários o município passava por uma reestruturação na saúde. Algumas mudanças foram necessárias e adaptações foram feitas para que os serviços continuassem sendo oferecidos. Talvez esse contexto tenha afetado as respostas equilibrando assim a avaliação entre o regular e bom. Como a pesquisa foi feita com uma categoria profissional específica, e devido o contexto local, preferimos não fazer a comparação destes dados com os nacionais, já que os dados disponíveis envolviam outras categorias profissionais.

Quadro 6 - Credibilidade na total implantação da Lei 10.216/2001

<p>Não acreditam na implantação</p>	<p>“... acredito na luta por uma saúde mental melhor, basta que governantes e gerentes se sensibilizem com a causa.”</p> <p>“... falta fiscalização por parte do governo... a materialização desta lei não funciona de forma eficaz, tendo inclusive alguns equívocos”.</p>
-------------------------------------	---

	<p>“Esse é um processo que vem caminhando a passos lentos e diverge da nossa realidade...”</p> <p>“... No atual contexto, em que os movimentos em prol de uma saúde pública e de qualidade estão esquecidos, dificulta essa implantação.”</p> <p>“... não de forma imediata, já que para isso há muito que melhorar... o SUS tem funcionar melhor.”</p> <p>“... as famílias lutarão pela não extinção dos hospitais.”</p>
Acredita mesmo que o processo seja lento	<p>“...Acredito que o processo seja lento, mas possível se todos os envolvidos fizeram a sua parte, principalmente o poder público.”</p> <p>“Já está em processo há 20 anos e aos poucos será implantada totalmente.”</p>

Em relação à efetivação da Lei 10.215/01 (Lei de Paulo Delgado), há uma tendência de descredibilidade de sua efetivação total. A Lei estabelece que o paciente seja tratado, preferencialmente, em ambientes terapêuticos menos invasivos e em serviços de saúde comunitária (Art. 2, Parágrafo Único, Incisos VIII e IX). No município o hospital psiquiátrico existe há 41 anos. Já o primeiro CAPS, data de 2003, ou seja, tem apenas 07 anos. Isso confirma a visão descredibilizada da efetivação da Lei quanto a criação de serviços extra-hospitais. O município conta hoje, na rede de saúde mental, com: 01 ambulatório, 02 CAPS II, 01 CAPSi, 01 CAPS AD e 01 Hospital psiquiátrico.

#### Quadro 7 - Avaliação dos assistentes sociais sobre sua atuação na saúde mental

É um trabalho importante	<p>“ O trabalho do assistente social é muito importante, pois é o elo entre o usuário e sua família.”</p> <p>“ O assistente social desempenha um importante papel no âmbito da saúde mental, trabalhando em um tripé: paciente, família e sociedade.”</p> <p>“...considero importante o papel que o</p>
--------------------------	---

	profissional do serviço social desenvolve.” “ O papel do assistente social na saúde mental é de fundamental importância...” “ O serviço social desempenha um papel de relevante importância...”
Precisa ser mais articulado	“...atuação fragmentada, sem articulação com outros setores..., não apresenta perspectiva em criar espaço de discussão de estudos de caso entre os profissionais que atendem o paciente, a fim deste ser tratado holisticamente.”

A avaliação que os assistentes sociais fizeram da sua atuação na saúde mental, na grande maioria, mostra a realidade do serviço social hoje. Segundo Bisneto:

Nos anos 1970, o assistente social era chamado para fazer parte de equipes multiprofissionais sem uma definição clara do perfil de atuação, trabalhando mais como auxiliar do psiquiatra nos problemas sociais do que especificamente como assistente social. Mas, atualmente, é requisitado a participar de atendimento interdisciplinar para dar atenção ao lado social do sofrimento mental, o que é valorizado pelo novo enfoque da psiquiatria (2007:53).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Situada num contexto marcado pelas lutas e conquistas no âmbito dos direitos sociais, a reforma psiquiátrica propõe compreender o portador de transtorno mental como sujeito participe da história, buscando através de uma nova visão da saúde mental, respeitar suas singularidades e subjetividade.

O novo modelo de assistência proposto pela reforma visa um atendimento psicossocial, prestado pelos serviços substitutivos, feito por uma equipe multi e interdisciplinar que objetiva diminuir o processo de institucionalização, propondo a ressocialização do paciente na sociedade e na família.

A visão positiva das assistentes sociais sobre a reforma psiquiátrica revela que as mesmas se adequaram ao novo modelo de assistência. Conseguiram decifrar a realidade proposta e estão numa luta contínua na busca da efetivação dos direitos dos portadores de transtornos mentais. No entanto, para elas, há muito ainda que se conquistar.

Uma das questões mais ressaltadas é o acolhimento do paciente em crise. O hospital geral local ainda não dispõe de leitos psiquiátricos para esse atendimento. A proposta do novo modelo é que, sendo a crise entendida como resultado de uma série de fatores sócio-econômico-familiar, e não só biológico como no antigo modelo, o paciente deve ser atendido num dispositivo de atenção psicossocial (CAPS III) ou em hospitais gerais.

O modelo hospitalocêntrico foi por muitos anos aceito pela sociedade como o único meio de atendimento aos portadores de transtornos mentais. Para reverter essa visão, profissionais, usuários e familiares precisam estar engajados nos debates a fim de divulgarem e ampliarem as discussões em diversos espaços sociais.

Esperamos que a análise da concepção desses profissionais sobre a reforma psiquiátrica contribua significativamente para a compreensão do papel dos assistentes sociais perante as mudanças sugeridas pela reforma. A partir da identificação desses posicionamentos, esses e outros profissionais que atuam na mesma área, poderão, com base nas interpretações dessa pesquisa, atuar com maior consciência de sua prática e refletir melhor a respeito de seu papel nos contextos institucionais nos quais estão inseridos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 n. 3: 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, L. M. C. de P. **Reforma psiquiátrica: o paradigma da desinstitucionalização sob o olhar dos profissionais da área de saúde de Mossoró (RN)**. Monografia, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, Brasília, 1996.

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.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões, e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 12 ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]. CELATS, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LIMA, Boris Aléxis. **Contribuição à metodologia do serviço social**. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.

MANRIQUE CASTRO, Manoel. **História do serviço social na América Latina**. Tradução de José Paulo Netto e Balkys Villalobos. 5 ed.rev. São Paulo: Cortez, 1984.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

VASCONCELOS, E. M. (org.) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### **Título da pesquisa: A CONCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**Pesquisadora:** Francisca Alda Sales Barbosa

As informações que se seguem irão expor esta pesquisa e o seu papel enquanto informante. À pesquisadora cabe a função de esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir sobre o estudo e o tema em questão. Por isso leia-o atentamente.

Esta pesquisa, que o senhor (a) está sendo convidado a participar tem como objetivos: Identificar a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira; Compreender a inserção do assistente social na saúde mental e na reforma psiquiátrica, (revisão de literatura); e Investigar a concepção do assistente social sobre a reforma psiquiátrica (que será feita através de um questionário que constará de dez perguntas abertas).

A reforma psiquiátrica constitui-se em um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, e jurídicas que visam à substituição gradativa do modelo de atendimento hospitalocêntrico, por serviços alternativos, e tem como objetivo reduzir o número de internações.

No Brasil, a reforma teve início no ano de 1978, no contexto da redemocratização, e no surgimento dos principais movimentos sociais e importantes encontros e congressos na área de saúde mental.

De acordo com a Resolução 196/96, este estudo observará 04 princípios éticos na pesquisa envolvendo seres humanos:

**Autonomia:** será tratado em sua dignidade, respeitado em sua autonomia e defendido em sua vulnerabilidade. A sua participação é voluntária, podendo escolher a sair da pesquisa assim que achar necessário.

**Beneficência:** ponderação entre riscos e benefícios. Os resultados obtidos no decorrer da pesquisa serão fornecidos ao senhor (a).

**Não-maleficência:** Não existe risco de situação desagradável na avaliação do trabalho realizado.

**Justiça:** Todos os pesquisados serão tratados com igualdade e respeito, mantendo sempre a noção de pesquisa que considera os direitos de cidadão, e de ser humano.

Todas as informações obtidas com relação a esta pesquisa permanecerão em sigilo, assegurando a proteção da sua imagem e respeitando os valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, contudo sua identidade não será divulgada nestas apresentações nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Se houver qualquer dúvida acerca das informações mencionadas, o senhor (a) poderá receber esclarecimentos, entrando em contato com a pesquisadora responsável: Francisca Alda Sales Barbosa, pelo telefone (84) 9135 6558 e pelo e-mail: alda.sales@hotmail.com

### **Termo de Consentimento pós-informado da pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, li a descrição do termo e, não apresentando no momento qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para a referida participação. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo em qualquer momento. Autorizo a liberação dos dados obtidos para a apresentação em eventos científicos e publicações, desde que a minha identidade seja protegida.

Mossoró-RN \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

**APÊNDICE II**  
**QUESTIONÁRIO**

LOCAL DE TRABALHO \_\_\_\_\_

1) Há quanto tempo você atua na saúde mental?

- menos de 01 ano
- entre 01 e 02 anos
- entre 03 e 05 anos
- mais de 05 anos

2) O que levou você a trabalhar na saúde mental?

---

---

---

---

---

---

---

---

3) Qual o seu ponto de vista a respeito da Reforma Psiquiátrica?

---

---

---

---

---

---

---

---

4) Quais as mudanças significativas que você considera relevantes na saúde mental? (Cite-as)

---

---

---

---

---

---

---

---

5) Qual seu posicionamento sobre os serviços extra-hospitalares prestados pelos CAPS?

---

---

---

---

---

---

---

---

6) Como você vê o papel do hospital psiquiátrico no tratamento dos pacientes?

---

---

---

---

---

---

---

7) Você acredita que com a expansão da Reforma, o hospital psiquiátrico será extinto?  
SIM ( ) NÃO( ) Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

8) Qual a sua avaliação sobre os serviços prestados, na saúde mental, no contexto local?  
ÓTIMO ( ) BOM ( ) REGULAR ( )

9) Você acredita na total implantação da Lei Paulo Delgado?  
SIM ( ) NÃO( ) Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

10) Como você vê a atuação dos assistentes sociais inseridos na saúde mental?

---

---

---

---

---

---

---

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### **LEI 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001 (LEI DE PAULO DELGADO)**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

§ 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.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 06 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

## ANEXO II DECLARAÇÃO DE CARACAS

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
  - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
  - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
  - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental e;
  - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde mental e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de Organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
  - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
  - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
  - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. que as legislações dos países devam ajustar-se de modo que:
  - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mental;
  - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria devem fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.