
Contrarreforma Psiquiátrica e o trabalho dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial Belém-PA

Psychiatric Counterreform and the work of Social Works at the Psychosocial Care Centers in Belém-PA

Rosiane Silva da Silva¹

Vera Lúcia Batista Gomes²

RESUMO

Esse artigo objetiva analisar as repercussões da contrarreforma psiquiátrica em curso, no Brasil, para o trabalho profissional das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS's em Belém-Pará. Teve por base, os dados obtidos com a realização de uma pesquisa em nível regional, com recorte para os mencionados CAPS's, cujos sujeitos foram nove assistentes sociais de um universo de trinta e quatro que atuam nesses espaços sócio-ocupacionais. A luz da teoria marxista, o artigo evidencia que o/a assistente social é chamado de forma mais significativa para compor as equipes multidisciplinares nos serviços substitutivos de saúde mental, para intervir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença mental. Mas, as condições de trabalho nos mencionados CAPS's têm dificultado o trabalho desse(a) profissional no que concerne ao acesso dos usuários ao atendimento, devido às medidas de retrocesso ao acesso aos direitos sociais, provocadas pelo momento político e econômico vivenciado, no País, pois até a estrutura física dos CAPS's limita e, muitas vezes, impede que os atendimentos sejam efetuados com qualidade e preservem a privacidade das(os) usuários(as). Desta forma, o Estado neoliberal no Brasil vem, desde os anos 1990, reduzindo os investimentos nos serviços públicos prestados, precarizando a sua infraestrutura; nos serviços como os dos CAPS's esta situação se agrava devido possuir uma demanda com uma carga de sofrimento muito densa – agravada pelos entraves para o acesso aos serviços prestados na Rede, em geral.

¹Bacharela em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará - FASS-UFPA. E-mail: rosiufpa@hotmail.com.

² Assistente Social, Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFPA; Doutorada em Sociologia do Trabalho pela *Université de Picardie Jules Vernes*, - Amiens-France. Docente da Faculdade de Serviço Social/FASS e do Programa de Mestrado/Doutorado em Serviço Social/PPGSS-UFPA, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas "Trabalho, Estado e Sociedade na Amazônia//Gep_TESA/PPGSS-UFPA. E-mail: veragomesbelem@hotmail.com e veralucia@ufpa.br.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Neoliberalismo.

ABSTRACT

This article aims to analyze the repercussions of the ongoing psychiatric counter-reform in Brazil for the professional work of social workers working at CAPS's in Belém-Pará. It was based on the data obtained by conducting a research at the regional level, with a cut to the mentioned CAPS's, whose subjects were nine social workers from a universe of thirty-four who work in these social-occupational spaces. In the light of Marxist theory, the article shows that the social workers is more meaningfully called upon to make up multidisciplinary teams in substitute mental health services, to intervene on the social determinants of the mental health-disease process. However, the working conditions in the aforementioned CAPS's have hindered the work of this professional regarding the access of users to care, due to the backward measures to access to social rights, caused by the political and economic moment experienced in Brazil. Because even the physical structure of the CAPS's limits and often prevents the calls are made with quality and preserve the privacy of users. Thus, the neoliberal state in Brazil has, since the 1990, reduced investments in public services provided, precarious infrastructure; In services such as CAPS's, this situation is aggravated due to having a demand with a very dense burden of suffering – aggravated by barriers to access to services provided in the Network, in general.

KEYWORDS: Social Work, Mental Health, Psychiatric Reform. Neoliberalism.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo analisar as repercussões da contrarreforma psiquiátrica em curso, no Brasil, para o trabalho profissional das/os assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's)³, em Belém-Pará. O interesse para a elaboração deste artigo surgiu, a partir de uma pesquisa que está sendo realizada sobre “Trabalho e saúde dos/as assistentes sociais que atuam na área da Seguridade Social nos Estados do Acre, do Amazonas e do Pará”, quando se constatou que as condições de trabalho nos referidos CAPS's vêm afetando a saúde desses profissionais, devido, não somente, aos cortes dos gastos com as políticas sociais públicas, como, também, às novas forma de gestão da força de trabalho. Trata-se de uma pesquisa empírica de âmbito nacional, da qual, em nível regional, participam as autoras deste artigo. No âmbito regional, a pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em

³ Neste artigo optou-se pelo termo “CAPS's” para indicar quando se trata de mais um Centro de Atenção Psicossocial.

Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - CEP-ICS/UFPA, no dia 24 de outubro de 2019, com CAEE de cadastramento nº 12469819.9.0000.0018.

Contudo, este artigo teve por base os dados obtidos na referida pesquisa que tratam, especificamente dos CAPS, cujos sujeitos foram nove assistentes sociais de um universo de trinta e quatro que atuam nesses espaços sócio-ocupacionais. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista do tipo semiestruturada, a qual constou de um roteiro de questões relacionados ao trabalho profissional que realizam nesses espaços sócio ocupacionais, as condições de trabalho e a saúde dos/as mesmas. Deste modo, a definição dos sujeitos da pesquisa se deu a partir dos seguintes critérios: interesse em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser assistente social, devidamente, registrado no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e estar atuando como assistente social em algum CAPS, em Belém-PA, sob a gestão da Secretária Estadual de Saúde (SESPA) e da gestão da Secretária Municipal de Saúde (SESMA). Dado o compromisso em assegurar o anonimato dos(as) pesquisados(as), os mesmos(as) foram apenas identificados como AS1, AS2, AS3, AS4, AS5, AS6, AS7 e assim sucessivamente.

Dessa forma, ao nos determos nas análises sobre o trabalho profissional dos(as) assistentes sociais que atuam na área da saúde, em particular, nos CAPS's instalados na cidade de Belém, no Estado do Pará, suscitou interesse em aprofundar o conhecimento sobre as repercussões da contrarreforma psiquiátrica para o trabalho das(os) referidos profissionais, haja vista que, apesar desses(as) profissionais, em geral, possuírem vínculos empregatícios "estáveis", o que é cada vez mais difícil com o avanço do neoliberalismo, a política de saúde mental, bem como, as demais políticas sociais vêm sofrendo retrocessos, principalmente, no que concerne ao investimento público neste setor que tende a incentivar a mercantilização da saúde e a medicalização da vida social; além disso, os trabalhadores da política de saúde mental estão sendo submetidos ao desemprego, a terceirização, a precarização e aos vínculos empregatícios instáveis.

Diante desta realidade, o trabalho do(a) assistente social sofre com as medidas governamentais de ajustes e cortes que obedecem aos comandos internacionais, haja vista que

os mesmos têm os seus meios de trabalho limitados e o processo de trabalho precarizado por tais condições. Com efeito, procurou-se problematizar sobre as repercussões das medidas da contrarreforma psiquiátrica para o trabalho das(os) referidos profissionais. Assim, a elaboração deste artigo teve por base, os dados obtidos junto a nove assistentes sociais de um universo de trinta e quatro que atuam nos CAPS's instalados em Belém-Pará.

A inserção de assistentes sociais nos espaços sócio ocupacionais da política de saúde mental é datada do ano de 1946, nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ). Entretanto, nos primeiros 30 anos do Serviço Social, no Brasil, não haviam muitos profissionais inseridos na área da Psiquiatria, em clínicas, hospitais e manicômios, haja vista que, neste período, os hospícios psiquiátricos públicos eram direcionados aos indigentes e os hospitais gerais e psiquiátricos atendiam aos trabalhadores – empregados formalmente vinculados aos IAP's – e seus familiares, ambos, em geral, empregavam poucos assistentes sociais, neste período existiam ainda poucas clínicas psiquiátricas privadas e estas não empregavam assistentes sociais (BISNETO, 2016).

Já no período pós 1964, quando os hospitais dos IAP's foram incorporados as redes do INPS, foram criadas clínicas privadas conveniadas com o Estado, assim, houve um relativo aumento no número de hospícios, no País. Além disso, na década de 1970 apesar do regime totalitário, as portarias do MPAS enfatizavam a relevância da equipe multiprofissional nos serviços de assistência psiquiátrica e a necessidade de aumento no número de profissionais em equipes multiprofissionais nos hospitais, incluindo assistentes sociais numa tentativa de humanizar o atendimento prestado (BISNETO, 2016).

Com efeito, neste período ocorreu uma contratação maciça desses profissionais em hospitais psiquiátricos, ainda que em condições de trabalho precárias: contrato provisório, menor número de assistentes sociais do que necessário para o número de pacientes e baixos salários e até funções indefinidas dentro desses estabelecimentos (BISNETO, 2016). Os(as) assistentes sociais foram demandados a atuar nos hospícios não sobre a “loucura” em si, mas sobre o quê, segundo este autor, era o maior problema para o governo da ditadura militar:

[...] a pobreza, o abandono, a miséria, que saltava à vista e que gerava

contestações da sociedade, principalmente, após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2016, p. 25, destaques do autor)

Portanto, é neste viés contraditório que se dá a inserção de assistentes sociais na área da Saúde Mental, de modo mais significativo considerando, tanto o avanço de concepções mais críticas no que concerne à Psiquiatria Social, quanto à exigência de controle dos pobres “loucos perigosos”, por parte do Estado autoritário. Com efeito, a área da Saúde Mental passou a se constituir um dos espaços sócio ocupacionais do(a) assistente social, contribuindo, assim, para a ampliação da visão sobre Saúde Mental, à medida em que tem por base uma concepção mais universal da loucura, atuando, também, na prevenção comunitária, haja vista que neste mesmo período, o Serviço Social estava passando por um processo de tentativa de ruptura com o conservadorismo, com aproximação da teoria marxista.

Desta maneira, a inserção do(a) assistente social nos serviços de Saúde Mental na década de 1960, segue a mesma lógica do Serviço Social, em geral, no País, neste período. Assim:

É esse mercado de trabalho que o desenvolvimento capitalista operado sob o comando do grande capital e do Estado autocrático burguês a ele funcional redimensiona e consolida nacionalmente. A reorganização do Estado, “racionalizado” para gerenciar o processo de desenvolvimento em proveito dos monopólios, reequaciona inteira e profundamente não só o *sentido* das políticas setoriais (então voltadas prioritariamente para favorecer o grande capital), mas especialmente toda a *malha organizacional* encarregada de planejá-la e executá-la. O tradicional grande empregador dos assistentes sociais reformula substantivamente, a partir de 1966-1967, as estruturas onde se inseriam aqueles profissionais – na abertura de uma série de reformas que, atingindo primeiramente o sistema previdenciário, haveria de alterar de cima a baixo o conjunto de instituições e aparatos governamentais através dos quais se interfere na “questão social” (NETTO, 2008, p. 120-121, destaques do autor).

Desta forma, o chamado do(a) assistente social para compor as equipes

multidisciplinares nos hospitais psiquiátricos conveniados com o INPS, tendo em vista, o cumprimento das Portarias deste Instituto, se deu não apenas por este motivo, mas, também, considerando os aspectos econômico, político e ideológico. Com efeito, esse(a) profissional é convocado(a), sob a lógica da Modernização Conservadora do Estado, a integrar as referidas equipes, visando reforçar as novas estratégias de desmobilização da classe trabalhadora e legitimar o regime ditatorial (NETTO, 2008).

Já nos anos de 1980, diversos movimentos da sociedade passaram a ganhar mais força, após o término do regime militar e com o processo de elaboração da Nova Constituinte, entre estes, cabe destacar o Movimento da Reforma Sanitária que expressa às reivindicações da atual concepção de saúde preconizada na Constituição Federal do Brasil (CFB) de 1988 e institui a saúde como dever do Estado, além da própria aprovação do SUS. Outros movimentos que, também, ganharam destaque, no mesmo período, são os referentes aos processos de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) que surgiu do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual, a princípio, reivindicava melhores condições de trabalho, denunciava as condições precárias e desumanas dos manicômios, bem como, do processo terapêutico realizado nestes espaços, em geral, centrado na doença e não no sujeito. Entretanto, posteriormente, a luta cresceu e, tanto os usuários, quanto os seus familiares, se engajaram na mesma; até os dias atuais, este movimento é composto por inúmeros profissionais, inclusive por assistentes sociais. Bisneto (2016) refere que existem pautas em comum entre o Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) e o Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, a saber: o debate sobre transformações progressistas na organização da assistência dos serviços sociais, incluindo assistência psiquiátrica; ênfase na dimensão política destes serviços; a necessidade da interdisciplinaridade ultrapassar os limites dos saberes, respeitando as particularidades de cada saber dentro dos campos; a necessidade de democratizar as relações de poder entre profissionais e usuários. Assim:

No Movimento de Reforma Psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na

análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO, 2016, p. 61, destaques do autor).

Desta forma, o MRP e o MLA contribuíram para que houvesse um número ainda maior de contratações de assistentes sociais na área da Saúde Mental, bem como, nos serviços alternativos dessa área que se ampliam, principalmente, após a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, deve-se levar em consideração que o aumento dos serviços alternativos de Saúde Mental se deu, também, por serem mais atrativos para os empresários (BISNETO, 2016). Assim, o CAPS é tido como um dos principais estabelecimentos da lógica da desospitalização, tendo em vista, que se propõe ao atendimento de pessoas com transtorno persistentes e severos, reconhecendo-os como sujeito de direitos, pertencentes a uma família e a comunidade, as quais são componentes do processo de tratamento dos usuários, seguindo uma lógica de território:

A concepção do território é um elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em saúde mental. A substituição da ideia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p. 145).

Nesta perspectiva, os(as) assistentes sociais são inseridos para atuar no campo de atenção psicossocial por compreender que este comporta, também, expressões da questão social relacionadas aos sofrimentos psíquicos e emocionais que são determinados por este. No entanto, vale ressaltar que, segundo Robaina (2010, p. 343)

[...] o campo da atenção psicossocial aqui é entendido como plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania... relativo aos usuários dos serviços de saúde mental que não pode ser confundido com o paradigma psicossocial, onde é atribuído ao assistente social a prática de terapias.

Nota-se, então, que o trabalho profissional da(o) assistente e a sua inserção na

assistência psiquiátrica e na saúde mental se situa no movimento das relações sociais, isto é, à medida que mudam as formas de intervir sobre a loucura e a concepção de saúde mental, este campo absorve um maior quantitativo de profissionais e proporciona mudanças nas próprias abordagens do Serviço Social adotadas neste campo.

Segundo Vasconcelos (2010, 2016) com o Movimento de Reconceituação ocorre a negação de práticas conservadoras, condizentes com a psicologização da vida social, a partir da adoção do referencial teórico dialético crítico como método predominante, assim, o Serviço Social se distancia dos debates sobre a subjetividade por receio do retorno de práticas culpabilizadoras com enfoque no indivíduo. A propósito, segundo Bisneto (2016), os principais problemas metodológicos do Serviço Social na área da Saúde Mental, no Brasil, no contexto da Reforma Psiquiátrica são: a entrada tardia de um número maior de assistentes sociais no campo, o que por sua vez dificultou a produção sobre as práticas e abordagens do(a) assistente social desta área, bem como, o ensino e pesquisa sobre a mesma, resultando em inadequações teóricas/paradigmáticas, em decorrência da crítica, contundente realizadas à psicologização das relações sociais que se constituem como demanda crescente posta as(aos) assistentes sociais inseridos no referido campo.

Contudo, registra-se que, nos anos de 1970, o(a) assistente social, foi chamado para compor as equipes multiprofissionais, sem uma definição clara de sua função, por muitas vezes, atuando como um (a) secretário(a) dos(as) psiquiatras, entretanto, atualmente, esse(a) profissional é convocado(a) para participar do atendimento interdisciplinar para atender as demandas sociais das pessoas em situação de sofrimento psíquico (BISNETO, 2016). Assim, as principais demandas postas aos assistentes sociais na Saúde Mental são: a atenção à família e orientação social quanto aos direitos assistenciais e previdenciários. Neste sentido, Rosa e Melo (2009) destacam que apesar do(a) assistente social não ter um arcabouço teórico metodológico próprio para o trabalho com famílias, este(a) profissional é vista(o) pelos demais como mais capacitado(a) para a intervenção sobre o mesmo.

Desta maneira, salienta-se, segundo Amarante (2011) que os serviços substitutivos, como o CAPS, ao lidar com os sujeitos e não apenas com as suas doenças, devem convergir

para lugares de sociabilidade para contribuir na construção de subjetividades, compreendendo-as na perspectiva de totalidade social. Contudo, o(a) assistente social, nos últimos anos, vem enfrentando inúmeras dificuldades para a realização do seu trabalho profissional, dado o avanço do neoliberalismo, no Brasil, que tem conduzido, as políticas sociais públicas, em particular, a política de Saúde Mental, a profundos retrocessos, principalmente, no que concerne ao investimento público neste setor que tende a incentivar a mercantilização da saúde e a medicalização da vida social, além disso, os trabalhadores de saúde mental estão sendo submetidos ao desemprego, terceirização, precarização e vínculos empregatícios instáveis.

É nesta perspectiva que se situa este artigo, à medida que se propõe compreender as repercussões da contrarreforma psiquiátrica, no Brasil, para o trabalho do(a) assistente social que atuam nos CAPS's instalados na cidade de Belém-Pará.

Nesta esteira, este trabalho está organizado da seguinte forma: A introdução, que trata da aproximação com o objeto, da justificativa para sua definição, o percurso teórico metodológico, bem como, a organização do trabalho; a primeira parte intitulada o Projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil: Embates com o projeto neoliberal, apresenta considerações históricas, teóricas e políticas sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, destacando as principais lutas e reivindicações para a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, na perspectiva de compreender os aspectos que subsidiaram a formulação do Projeto de Reforma Psiquiátrica que estabelece uma estrutura não manicomial dos serviços de Saúde Mental, na qual o CAPS ocupa um lugar central, no entanto, com a adoção das ideias neoliberais, a manutenção destes serviços encontram inúmeros desafios. A segunda parte sob o título “Contrarreforma Psiquiátrica e suas repercussões no trabalho profissional das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS's - Belém-PA, evidencia que as medidas dessa contrarreforma, na atual conjuntura brasileira, têm implicado em desmontes e retrocessos dos serviços dessa política devido à redução dos investimentos nos serviços públicos, para atender interesses mercantis. Sob esse entendimento, tornou-se pertinente interrogar sobre as suas repercussões no trabalho profissional dos(as) assistentes sociais que atuam nos CAPS's em Belém-Pará, pois, a infraestrutura desses equipamentos está

sendo cada vez mais sucateada, precarizando, assim, o trabalho realizado nos serviços de saúde mental, particularmente, nos referidos CAPS's, nos quais o(a) assistente social encontra-se, historicamente, inserido e engajado(a) na luta pela qualidade dos serviços prestados e na defesa de direitos dos usuários.

Nas considerações finais foi evidenciado que as condições de trabalho nos mencionados CAPS's, têm dificultado o trabalho desse(a) profissional no que concerne ao acesso dos usuários ao atendimento, devido ao desmonte dos direitos sociais, provocadas pelo medidas de ajustes fiscais adotadas nos últimos governos do país, pois, até a estrutura física dos CAPS's limita e, muitas vezes, impede que os atendimentos sejam efetuados com qualidade e preservem a privacidade das(os) usuários(as).

1 O PROJETO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: EMBATES COM O PROJETO NEOLIBERAL

A década de 1980, no Brasil, foi caracterizada pelo período de redemocratização se constituindo, assim, palco de construção de inúmeros avanços nos parâmetros e marcos legais, no País, sobretudo, no que se refere ao sistema de Seguridade Social, à promulgação da CFB, em 1988 - uma das principais conquistas da organização e participação da sociedade civil, na Assembleia Constituinte.

Desta forma, a CFB de 1988, em seu artigo 194 define a Seguridade Social como: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 151). Tem-se, então, uma nova concepção de saúde que considera as condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços sociais, como fatores determinantes a mesma, instituindo que é dever do Estado assegurar o acesso a esses serviços, dentre os quais o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio a universalidade e a igualdade, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, o SUS é resultado dos debates realizados em várias Conferências de Saúde, em

particular, na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal, quando foram discutidos temas como: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e do Financiamento Setorial com a expressiva participação de usuários e familiares (BRAVO, 2006). Esta Conferência ficou marcada na história como um movimento que fortaleceu a construção do Projeto de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, conforme será tratado, posteriormente.

Nessa perspectiva, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e, no final de 1987, em Bauru, o 2º Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no qual foram propostas mudanças nas premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica. Estas duas conferências foram relevantes para a discussão e o estabelecimento de diretrizes sobre um novo modo de pensar e intervir em situações de sofrimento psíquico e mental, tendo em vista o acesso aos direitos dos(as) usuários(as), familiares e trabalhadores(as) de saúde mental.

Desta forma, o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira tem suas raízes no contexto histórico das transformações que vinham ocorrendo, no País, potencializando, assim, o Projeto da Reforma Psiquiátrica. Com efeito, em 1974, o Serviço Nacional de Doenças Mentais passou a ser chamado de Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), pois, mesmo no regime totalitário, havia psiquiatras com uma visão social crítica e engajados nas lutas sociais, sob a influência da Psiquiatria preventiva norte-americana, do papel mais ativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Este movimento exerceu certa influência sobre as decisões do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que através de portarias enfatizavam a relevância da equipe interdisciplinar nos serviços de assistência psiquiátrica e a necessidade de aumento no número de profissionais nos hospitais (BISNETO, 2016; MATEUS, 2013).

A propósito, Vasconcelos (2010) identifica, no panorama internacional, alguns determinantes históricos do processo de desinstitucionalização da Psiquiatria, dos quais destacam-se: - contextos históricos de guerra com foco na reabilitação de soldados e civis com

problemas advindos das guerras (com a escassez da força de trabalho, investe-se mais na reabilitação de grupos, anteriormente, considerados improdutivos); - conjuntura política de democratização e processos revolucionários/emergência de movimentos sociais com maiores reivindicações por direitos das pessoas adoecidas mentalmente; - o avanço da ideologia neoliberal que ao reduzir os investimentos nas políticas sociais induzem processos de desospitalização, uma vez que as instituições psiquiátricas tradicionais possuem maior custo para o Estado, no entanto, nessa modalidade a tendência era negligenciar a assistência na comunidade.

Registra-se que a Psiquiatria Clássica surge em meados dos anos de 1790, na França, com o médico Philippe Pinel, sob a vigência da Revolução Francesa, no entanto, os princípios de liberdade e igualdade não tinham validade para todos, haja vista que estes eram voltados para os homens dotados de razão e em condições de vender sua força de trabalho, logo, nesse período, as pessoas com transtornos mentais eram consideradas como desprovidos de tais condições, sendo excluídas, inclusive, do estatuto do cidadão. Sendo assim, apenas o princípio da fraternidade era válido para estes sujeitos, através do tratamento oferecido, instituindo-se, com efeito, os hospitais psiquiátricos, sob uma lógica de tutela e aprisionamento dos “loucos” (ROBAINA, 2010; AMARANTE, 2011). No entanto, as funções sociais cumpridas pelos referidos hospícios, não eram caracterizadas como segregação e aprisionamento dos pacientes, além disso, as denúncias de violência contra os pacientes e as precárias condições de trabalho, a credibilidade dos hospitais psiquiátricos e da própria Psiquiatria clássica foram postas em questão (BISNETO, 2016; AMARANTE, 2011).

Desta forma, todo este cenário deu origem a algumas reformas na Psiquiatria, a saber: a) Comunidade Terapêutica Inglesa e Psicoterapia Institucional Francesa, ambas com críticas referentes à gestão dos hospitais psiquiátricos, com o intuito de transformá-los em instituições terapêuticas com métodos menos invasivos; b) a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, também, conhecida como Saúde Mental Comunitária, destacaram a necessidade de desmontar o modelo hospitalar, estabelecendo a construção de outros serviços extra-hospitalares diminuindo a importância dos hospitais psiquiátricos.

Assim, a Psiquiatria de Setor foi à pioneira ao apontar a distribuição dos Centros de Saúde Mental por regiões/territórios e salientar o trabalho em equipes. Importa referir que a Psiquiatria Preventiva se apresenta em um contexto histórico específico, nos EUA, haja vista que naquele momento encontrava-se em guerra com o Vietnã, assim como, houve o crescimento das *gangs* e uso abusivo de drogas - é com base neste modelo que a Psiquiatria passa da concepção de doença mental para a saúde mental com enfoque na comunidade, sob o entendimento de que as doenças mentais poderiam ser prevenidas quando diagnosticadas precocemente: inaugura-se, assim, o modelo de desinstitucionalização/desospitalização.

Entretanto, contraditoriamente, ocorreu um aumento da demanda tanto dos hospícios, quanto de outros serviços que serviram de captadores de novos clientes para os hospitais psiquiátricos, atuando por meio de uma prática de ajustamento social (ROBAINA, 2010; AMARANTE, 2011). É importante notar que todas essas propostas de reforma estão articuladas aos movimentos da sociedade na luta de classes, isto é, corresponde aos momentos em que os movimentos sociais se mobilizam em maior ou menor grau de organização, na mesma medida em o que Estado cooptado pelo capital cede as reivindicações dos referidos movimentos.

Além dessas reformas, outros movimentos relevantes podem ser destacados sobre a Psiquiatria: a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática. Segundo Amarante (2011) esses movimentos se apresentam como negações da Psiquiatria clássica, não se constituindo, portanto, como reformas psiquiátricas. A Antipsiquiatria inglesa, nos anos 1950, critica os hospitais psiquiátricos ao considerá-los opressores, por obedeceram à lógica da sociedade capitalista de individualização, da culpabilização e do encarceramento dos sujeitos tidos como desajustados, entretanto, a Antipsiquiatria por sua vez, compreende que “a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo e mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade” (AMARANTE, 2011, p. 52).

A Psiquiatria Democrática surge, nos anos de 1970, na Itália, cujo principal representante é Franco Basaglia, o qual rompe com a psiquiatria clássica enquanto ideologia, bem como, com todo o aparato manicomial compreendido, por este autor, para além da estrutura física dos estabelecimentos, incluindo prática e concepções sociais, legislativas e jurídicas,

comprometidas com a defesa de um lugar de isolamento, segregação e patologização da vida humana, sendo a Lei 180 conhecida como Lei Basaglia, a única no mundo a extinguir os manicômios em âmbito nacional (ROBAINA, 2010; AMARANTE, 2011).

Registra-se que o pensamento de Franco Basaglia exerceu influência sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro, o qual preconizava uma nova forma de compreender e lidar com as pessoas em situação de sofrimento psíquico/emocional. Sob este entendimento, Rosa e Melo (2009) ressaltam que:

Nesta leitura a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais das pessoas com transtornos mentais, não a obstinação terapêutica pela cura ou a reparação, mas a reprodução social, a reinscrição dessas pessoas no mundo social (*op. cit.*, p. 78).

Com efeito, profissionais militantes de formações variadas (psiquiatras, psicólogos, assistente sociais, entres outros) articulados ao MTSM criado, em 1978 e fortalecido, principalmente, após a visita de Franco Basaglia, ao Brasil, passaram a organizar congressos tanto em nível nacional, quanto regional. Com o passar dos anos, esse Movimento incorporou não apenas profissionais, mais, também, familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental. Sendo assim, o referido movimento passou a ser chamado de MLA, cujas pautas de luta concerniram-se em: reivindicação de melhores condições de trabalho, denunciando as condições precárias e desumanas dos manicômios, bem como, do processo terapêutico realizado nestes espaços, em geral, centrado na doença e não no sujeito (BISNETO, 2016; AMARANTE, 2011; VASCONCELOS, 2010).

Inicia-se, então, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, e com base nessas reivindicações, o deputado Paulo Delgado (PT-MG), em 1989, elabora o projeto de Lei nº 3.657 que trata da “[...] extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, além de determinar que “Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”, este projeto fica em tramitação por 12 anos, até ter um substituto aprovado (MATEUS, 2013; VASCONCELOS, 2010, 2016).

Ainda assim, nos anos de 1990, foi realizada a Conferência de Caracas criando um consenso entre os países latino-americanos sobre a Reforma Psiquiátrica. Desta forma, o MRP conquista a expansão de serviços alternativos por meio da contratação e financiamento de serviços não manicomial. Importa ressaltar que alguns empresários do setor de saúde tinham interesse nesses serviços, visto que, conforme a tabela do SUS, em alguns casos de internação, serviços extra-hospitalares passariam ter maior valor de ressarcimento (BISNETO, 2016; VASCONCELOS, 2010).

Desta forma, no final dos anos de 1990, já havia vários serviços alternativos, no Brasil, concentrados, particularmente, na Região Sudeste, dentre os quais podem se destacar: Centros de Atenção Diária (CAD); Centro de Atenção Integrado em Saúde Mental (CAIS); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), cuja primeira experiência foi em Santos-SP. Esta inspirada na experiência italiana consistia em um serviço comunitário de portas abertas, funcionando vinte quatro horas por dia e sete dias na semana, contava com uma estrutura de leitos capazes de atender qualquer demanda de Saúde Mental, além da experiência dos CAPS, serviços abertos oito horas por dia, cinco dias na semana, instalados na capital paulista (BISNETO, 2016; VASCONCELOS, 2010). Tais experiências serviram de inspiração, respectivamente, para os, atualmente, conhecidos como e CAPS I e CAPS III, no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, se fortalece e conquista a promulgação da Lei 10.216 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das “pessoas portadoras de transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental; o projeto original nº 3.657/1989 foi negado após 12 anos, em tramitação. Apesar dessa Lei não comportar a exclusão gradual dos manicômios, estabelece como prioridade o tratamento nos serviços comunitários de saúde da forma menos invasiva possível e se constitui como um significativo avanço na área da Saúde Mental, pois, alterou a legislação ultrapassada de 1934, vigente até então. Com efeito, a referida Lei não correspondeu aos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois:

No debate de 12 anos entre o projeto de lei e seu substitutivo, é interessante

ressaltar que, além de não se proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados, também se retira a denominação “manicômio” na referência aos hospitais psiquiátricos. A lei aprovada deixa clara a prioridade do tratamento na comunidade e condena o que nomeia de “instituição com características asilares” (MATEUS, 2013, p. 71, destaques do autor).

Desta maneira destaca-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser definida como:

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2007, p. 63, destaques do autor).

Sob este entendimento, a RPB estabelece uma nova forma de tratamento para as pessoas em situação de sofrimento psíquico/emocional, considerando-os como sujeito de direitos e a reinserção ou manutenção destes nos espaços de convivência em comunidade, trabalho e família. Assim, a intervenção sai da forma de tratamento com enfoque na doença mental, passando para saúde mental e a atenção psicossocial.

A partir desta nova perspectiva, a saúde mental e a atenção psicossocial passam a ser compreendidas com um processo social complexo que envolve as dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídica-política e sociocultural, conforme Amarante (2011) para quem a Saúde Mental:

Não é apenas psicopatologia, semiologia. Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia (está última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas) (p.16).

Ademais, o MRP apresenta preocupações com as dimensões social, política e cultural das questões relacionadas à Saúde Mental, buscando um tratamento com ênfase na autonomia

do usuário da saúde mental e traz respostas alternativas para a assistência psiquiátrica. Sendo os CAPS's inspirados nesse novo modelo, passam a ocupar lugar privilegiado no atendimento à saúde mental como um articulador dos demais serviços, regulamentados pela Portaria N° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece os tipos de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infanto-juvenil) II e CAPS ad II (álcool e outras drogas), e o seus respectivos modelos de funcionamento, conforme a complexidade e a abrangência populacional. A Portaria n° 130, de 26 de janeiro de 2012, institui o CAPS ad III e o CAPS ad IV criados conforme a Portaria n° 3.588/2017, visando atender as regiões conhecidas popularmente, como “Cravolândias”.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde (2004, p. 13), o CAPS consiste em:

Um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Assim, o novo modelo de assistência à saúde mental passa a se caracterizar por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), privilegiando os serviços substitutivos de saúde. Os serviços que compõe a RAPS são: Atenção Básica; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e, por último, em 2017, os Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017), que foram incorporados a RAPS, se constituindo, assim, um retrocesso para a política de saúde mental.

Apesar das diversas conquistas do Movimento pela Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial ocorridas nos anos 1990, com o avanço do projeto neoliberal no País, a política de saúde mental tem sofrido retrocessos, principalmente, no que concerne ao investimento

público neste setor e o incentivo a busca por medicamentos via indústria farmacêutica, numa lógica de medicalização da vida social.

Além disso, registra-se que tem havido diminuição de recursos destinados aos serviços substitutivos; em 2001, o percentual destinado aos CAPS's do montante gasto com ações extra-hospitalares foi de 44,05% (BRASIL, 2015). No decorrer dos anos registrou-se a diminuição em termos percentuais para essa ação, chegando, em 2012, ao percentual de 22%, com significativa diminuição nos anos seguintes. Em 2014, esse percentual foi ainda menor, isto é, 16,30% destinado para os CAPS's referente aos mesmos gastos (BRASIL, 2015).

Além dos cortes de recursos destinados à política de Saúde Mental, há que se registrar os retrocessos ocorridos, nos últimos anos, haja vista, o maior enfoque nas políticas direcionadas às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, como exemplo, vale ressaltar que, em 2015, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas foi entregue ao Psiquiatra Valencius Duarte Jr, antigo gestor da maior clínica psiquiátrica da América Latina, a Casa Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, a qual foi denunciada por violação de direitos humanos e fechada pelo próprio Ministério da Saúde e o Ministério Público (AMARANTE, 2018).

Importa mencionar que o referido psiquiatra foi nomeado para assumir a coordenação de saúde mental, pelo, então, ministro da Saúde Marcelo Castro (PMDB) conhecido por seu perfil conservador, o que despertou a indignação com repercussão internacional junto aos representantes da OPAS e OMS, os quais escreveram uma carta dirigida ao Ministro solicitando a substituição do psiquiatra. Diante desta situação, o MLA se rearticulou para resistir a nomeação do referido psiquiatra (AMARANTE, 2018).

Segundo Vasconcelos (2016) com o contexto de difusão do uso de *crack* e outras drogas, surgem demandas por novos serviços capazes de dar respostas para o uso abusivo de álcool e outras drogas que só receberam maiores intervenções por parte do Estado, após a instituição da lei 11.343/2006 que estabelece o sistema nacional de políticas sobre drogas visando à melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos associados ao uso das mesmas. Entretanto, esse mesmo contexto gerou o retorno de práticas manicomialis – que não chegaram a ser totalmente, extintas, no Brasil – como internações forçadas e/ou em comunidades terapêuticas, de cunho

filantrópico, religioso e até lucrativo.

Sendo assim, ressalta-se que, em 2011, conforme a Portaria de nº 3088/2011 do Ministério da Saúde que instituiu a RAPS, as comunidades terapêuticas foram inseridas nesta Rede, em caráter de Regime Residencial e, no ano seguinte, houve incentivo financeiro para a RAPS nas três esferas do governo – Municipal, Estadual e Federal, ou seja, a RPB, ainda, “engatinhava” quando recebeu os primeiros retrocessos com incentivo a instituições de caráter asilar.

Esta lógica é, ainda, mais acentuada quando, em 2016, assume o governo do Brasil, de forma ilegítima, o presidente Michel Temer com perfil neoliberal e conservador. Assim, este governo se desresponsabiliza com investimentos públicos, pois aprova a Emenda Constitucional nº 95/2016 que estabelece um novo regime fiscal, delimitando, um teto para os gastos públicos, congelando-os por até 20 anos, prejudicando as políticas públicas sociais, sobretudo, o orçamento do SUS. No entanto, aprova por meio da Portaria nº 3.588/2017 e da Resolução nº 32/2017, um maior comprometimento do Estado com o financiamento das comunidades terapêuticas com o objetivo de duplicar o número de vagas para o acolhimento das pessoas em situação de dependência química, evidenciando que essas medidas são contrárias à lógica da desinstitucionalização.

Em face deste quadro, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) elaborou um Relatório que trata da inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas, assim como, o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas-2017 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, ambos lançados, em 2018, apontaram que nestes estabelecimentos a equipe multidisciplinar é frágil com quantidade insuficiente de profissionais que, em sua maioria, são voluntários.

Além disso, o tratamento nesses estabelecimentos é pautado na abstinência, no isolamento e no proibicionismo, haja vista que, as visitas e as saídas são restritas com dificuldade no acesso, pois, a maioria desses estabelecimentos possui muros altos, portões e trancas. Foi constatada, também, a exploração da força de trabalho (laborterapia) e práticas moralistas, existindo irregularidades quanto às internações voluntárias e involuntárias.

Registra-se que em alguns casos até as internações voluntárias são convertidas em involuntárias quando a pessoa deseja sair, mas, é impedida. Portanto, estes dois Conselhos (CFESS e CFP) se posicionam de forma contrária as internações em comunidades terapêuticas (CFESS, 2015, 2018; CFP, 2018).

Apesar do posicionamento contrário de diversos movimentos e entidades – MNLA, CFESS, CFP, Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), entre outros – os retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas são, ainda, mais agressivos no atual governo que adota uma postura moralista e punitiva de guerra contra as drogas e seus usuários, alterando, assim, o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas disposto na Lei 11.343/2006 com a Lei 13.840/2019 que facilita a internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas permitindo que servidores possam solicitá-la, sem necessidade de ordem judicial como era previsto, anteriormente.

Além disso, com o estabelecimento da Nova Política Nacional sobre Drogas, por meio do Decreto nº 9761 de 11 de abril de 2019, extinguiu-se a Política de Redução de Danos (RD) prevista no Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 que foi revogado por este novo decreto. Cabe ressaltar, ainda, que esta política é utilizada e reconhecida, internacionalmente, visando reduzir os riscos causados pelo uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, compreendendo que estes danos podem ser de âmbito econômico, social, familiar, físico e psicológico, portanto, não é o uso, em si, que é perigoso ou torna o usuário perigoso. Assim, a *International Harm Reduction Association* (IHRA) define a RD como:

Políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade. As intervenções de redução de danos para drogas são baseadas num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos (IHRA, 2010, p. 1).

Desta forma, a justificativa para este tipo de intervenção está pautada no reconhecimento dos direitos humanos dos(as) usuários(as) de álcool e outras drogas. Assim, extinguir essas práticas dos documentos oficiais da política sobre drogas é um ataque aos direitos e a própria vida dessas pessoas, seus familiares e a comunidade, tendo em vista que o

próprio Ministério da Saúde justifica a utilização dessa medida,

[...] pelo fato de tais abordagens psicossociais, segundo profissionais de saúde e especialistas da área, potencializarem as ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, além de aproximar a população usuária de drogas, historicamente desassistida, dos serviços de natureza diversa vinculados ao quadro de vulnerabilidade e risco sociais (BRASIL, 2011, p. 53).

Apesar dos avanços concernentes ao modo de compreender e intervir na Saúde Mental constata-se, nas últimas décadas, a ocorrência de inúmeros retrocessos referentes à lógica antimanicomial, visto que, a história dos serviços destinados às pessoas em situação de sofrimento psíquico e emocional e de suas respectivas legislações, no Brasil, são frutos de reivindicações da sociedade civil e de movimentos sociais, que podem ser mais ou menos atendidas, dependendo de quais frações de classe assumem o poder na cooptação do Estado. Assim, no início dos anos 2000, o governo federal brasileiro permitiu a ampliação dos serviços substitutivos, à medida que estes se apresentavam como sendo mais lucrativos para alguns empresários.

Entretanto, com o passar dos anos e, com o enfraquecimento do poder de resistência dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial, constata-se a ocorrência de retrocessos no que concerne à lógica de desospitalização/desinstitucionalização que são, ainda, mais acentuados quando o governo é assumido por neoliberais conservadores que passam a atacar, principalmente, as políticas sobre drogas, ou seja,

O Estado como centro de exercício do poder político, é a via privilegiada através da qual as diversas frações da classe dominante, em conjunturas específicas, impõem seus interesses de classe ao conjunto da sociedade, como ilusório interesse geral. [...]. No interior da classe dominante, encontram-se interesses divergentes entre suas frações, que lutam entre si pelo controle do poder e pela maior parcela possível do excedente produzido sob forma de lucro industrial e comercial, juros e renda da terra (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, p. 81).

Portanto, as últimas medidas governamentais têm evidenciado o cumprimento dos ajustes neoliberais com mais rigidez, que reverberam na contrarreforma da política de saúde mental álcool e outras drogas, assim como, de outras políticas sociais públicas, cujos desmontes

e retrocessos se expressam pelo desinvestimento nos estabelecimentos públicos desta política, em detrimento dos interesses mercantis, sucateando suas infraestruturas, precarizando, assim, o trabalho realizado nos serviços de saúde mental, particularmente, nos referidos CAPS's.

2 CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO PROFISSIONAL DAS(OS) ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NOS CAPS's EM BELÉM-PA

Ao considerar que as medidas da contrarreforma da política de saúde mental álcool e outras drogas, em vigor, na atual conjuntura brasileira, têm implicado em desmontes e retrocessos dos serviços dessa política devido ao desinvestimento nos estabelecimentos públicos, para atender interesses mercantis, torna-se pertinente se interrogar sobre as suas repercussões no trabalho profissional das(os) assistentes sociais que atuam nos CAPS's em Belém-Pará. Essa questão ganha maior sentido, ao se constatar que a infraestrutura desses equipamentos vem sendo cada vez mais sucateados, precarizando, assim, o trabalho realizado nos serviços de Saúde Mental, particularmente, nos referidos CAPS's, nos quais o(a) assistente social está, historicamente, inserido(a) e lutando pela qualidade dos serviços prestados, comprometendo-se, intransigentemente, com a defesa de direitos dos usuários.

Desta forma, procurou-se conhecer a opinião das(os) assistentes sociais pesquisados(as) sobre as repercussões das medidas da contrarreforma psiquiátrica para o trabalho que realizam nos CAPS's instalados em Belém-Pará. Importa registrar que dentre esses(as) profissionais existem alguns/as que fizeram e, ainda, fazem parte dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Assim, os(as) mesmos/as foram solicitadas(os) a emitir opinião sobre as últimas medidas governamentais adotadas para a política de saúde mental, no Brasil, tendo obtido como respostas, o que se segue nos relatos, abaixo:

Essas medidas vêm na contramão da Reforma Psiquiátrica; ela vem contra um movimento de muitos anos, de 30 anos da Reforma Psiquiátrica. Com essa nota é como se, colocasse de novo o modelo manicomial que é o hospital psiquiátrico, tanto que o hospital foi inserido na RAPS (AS6).

Em 2016, eu estive por 5 dias numa ocupação no Ministério, pelo movimento da luta antimanicomial e que a gente reivindicava a saída de um psiquiatra que

coordenou um Hospital Psiquiátrico no Rio [...] a gente criou um movimento Nacional [...] ocupou o prédio do Ministério da Saúde por 70 dias. Eu estive lá representando a militância aqui, no Pará e fiquei 5 dias dentro do Ministério da Saúde ocupando espaço, também. Então, isso é uma prova de defesa e a gente conseguiu retirar o [...] mas, só que o projeto, ainda, continua em ameaça mesmo no governo de Esquerda do PT; [...] mas, a gente tem, ainda, ameaça em curso; ameaça vem com isso que tá sendo chamado de nova política de saúde mental que foi uma proposta imposta por um coletivo que não considera a lógica de pactuação, hoje, existente no SUS. Foi o ministro e o coordenador nacional de saúde mental articulados com a Associação Brasileira de Psiquiatria e algumas outras associações que definiram, aprovaram de forma arbitrária isso que estão chamando de nova política e essa nova política ela vem ao encontro da lógica manicomial, tanto como a instituição de novos serviços como com o financiamento de hospitais psiquiátricos, de leitos de internação, e também das Comunidades terapêuticas (AS1).

[...] Pelo que eu tenho conhecimento, por alto, eles vão dar ênfase nas comunidades terapêuticas nessas situações que não é tão legal, assim, porque eu, também, conheço a realidade de comunidades terapêuticas e falta muito, ainda... Se nos CAPS existe uma dificuldade muito grande, então, nesses locais piorou (AS2).

Eu vejo, ainda, as pessoas lutando pra manter os princípios da Reforma, mas, eu morro de medo da gente perder essa briga [...] é pra segregar as pessoas com problemas psiquiátricos, não só das comunidades terapêuticas, mas, também, dos hospitais; separar quem tem problema e quem não tem, gente boa aqui e outros lá (AS5).

Os relatos acima evidenciam que, em geral, os(as) assistentes sociais têm se posicionado de forma contrária e, até resistido, às últimas alterações efetuadas na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no Brasil, por entenderem que as mesmas se constituem em retrocessos, diante das conquistas obtidas na busca de um novo lugar para o tratamento das pessoas em situação de sofrimento psíquico e emocional.

Ademais, essas mudanças impactam, diretamente, sobre o trabalho realizado nos CAPS's, haja vista que o novo projeto neoliberal para a Saúde Mental brasileira conduz, cada vez mais a precarização dos serviços substitutivos públicos e expande os serviços com características asilares de cunho filantrópico e/ou lucrativo. Diante disso, os(as) profissionais apontaram que a precarização da estrutura dos espaços sócio ocupacionais onde atuam, dificulta o trabalho que realizam nos mesmos, conforme revelam os depoimentos, a seguir:

A questão de ter espaço adequado mesmo! Local, a sala para a gente do

Serv. Soc. & Saúde	Campinas, SP	v. 18	1- 30	e019012	2019	e-ISSN 2446-5992
--------------------	--------------	-------	-------	---------	------	------------------

Serviço Social; a questão eu acho que a gente não tem um carro disponível aqui, porque existe muita intervenção que a gente tem que sair na casa da pessoa, tem que ir, sim, em outro espaço da rede, no Ministério Público, numa Unidade de Saúde fazer uma intervenção, na igreja. Enfim, existe essa dificuldade de ter esse carro aqui que às vezes tem, às vezes não. (AS3)

Acho que são as questões físicas da Unidade, a privacidade pra atender, tá sendo difícil, a pessoa quer ser ouvida e não tem as condições do CAPS está uma das piores. Outra dificuldade é a demanda que cresceu demais e a gente não tem tempo de trocar com os outros colegas, coisas necessárias e importantes; é uma equipe multiprofissional, tentou-se fazer estudo de caso, mas, não tem dado tempo, é aquela história de só atende, atende, atende.... A geografia é complicada, as condições são complicadas, a gente se vira né? Na minha opinião, está ruim. (AS4)

A estrutura física desse CAPS, não é uma estrutura adequada pra gente funcionar, é apertado, uma casa velha, não tem iluminação boa, é quente, tem esses fatores físicos mesmo. (AS6)

[...] A desqualificação de gestores, o espaço não é apropriado para atendimento, principalmente, atendimentos individuais e coletivos como os grupos terapêuticos e o atendimento individualizado; a guarda de materiais específicos de atendimento do Serviço Social. Nós não temos uma guarda específica para o prontuário dele, são todos guardados de forma comum. (AS7)

Os depoimentos acima revelam que além da estrutura física, foram apontadas outras dificuldades referentes às condições éticas e técnicas do trabalho profissional do(a) assistente social, previstas na Resolução 493/2006 do CFESS que dispõem sobre a iluminação adequada; espaços que garantam a privacidade do usuário; ventilação adequada e espaço para armazenamento de documentação. Contudo, a infraestrutura dos CAPS's apresenta-se inadequada para o atendimento dos usuários e afeta o trabalho do(a) assistente social, mesmo que não, exclusivamente, pois, afeta, também, todas(os) que trabalham e frequentam o referido estabelecimento.

Ressalta-se que são recorrentes as respostas dos(as) pesquisados(as) no que se refere à ausência de salas próprias para o Serviço Social, assim como, para as demais profissões que não dispõem de espaços próprios para exercer o seu trabalho nos CAPS's, bem como, para o trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar. A propósito, registra-se que não se pode aceitar que a prática interdisciplinar seja reduzida à polivalência e a flexibilização entre os diversos

saberes, pois, desse modo, fortalece-se a visão neoliberal, os processos de reestruturação produtiva dos serviços (MOTA; RODRIGUES, 2016).

Portanto, quando não se tem a devida compreensão do processo de trabalho interdisciplinar, corre-se o risco de cair na armadilha de aceitar qualquer tarefa posta pela instituição, contribuindo, assim, para cada vez mais baratear o custo da força de trabalho e a precarização dos serviços sociais, conforme preconiza o Estado neoliberal.

Esta situação exige uma análise crítica sobre a precária infraestrutura existente nos CAPS's, o funcionamento dos serviços em rede e o aumento da demanda para poucos assistentes sociais e outros profissionais. Entende-se, então, que trata-se de um projeto que incentiva a volta de posturas punitivas, de enclausuramento e segregação das pessoas em situação de sofrimento psicoemocional, sobretudo, aqueles decorrentes de uso de álcool e outras drogas.

Sendo assim, é imprescindível que as(os) assistentes sociais, enquanto, categoria profissional contribuam para a articulação de forças políticas, juntamente com outras categorias profissionais para resistir aos retrocessos institucionais da política de saúde mental e fortalecer o projeto de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, o que já está sendo expresso nas notas do CFESS Manifesta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões realizadas para a realização deste artigo possibilitaram a constatação de que, com o passar dos anos, as formas de intervir sobre a loucura se alteram de acordo com o movimento da sociedade na luta de classes. Em vista disso, o Estado cumprindo a sua função social voltada para a manutenção da hegemonia do capital, passa a atuar de modo a enclausurar e aprisionar os loucos. No entanto, quando expostas, a péssima qualidade dos serviços advindas dessas medidas, tanto no que concerne aos direitos humanos, quanto a eficiência terapêutica, estas são questionadas ao ponto de se elaborarem novas formas de intervir e pensar a loucura.

Assim, se inicia o processo complexo do Projeto de Reforma Psiquiátrica que segundo

Amarante (2011) possui dimensões que não se restringem a organização da assistência, mas alcança as dimensões sociais e culturais no ideário da população sobre a loucura. Contudo, este projeto se gesta, paralelamente, com a consolidação do neoliberalismo, no Brasil, apresentando inúmeros desafios, haja vista que sob a égide da lógica neoliberal, prevalecem os interesses do mercado em detrimento de políticas públicas voltadas para as necessidades da classe trabalhadora.

É nesse contexto que o(a) assistente social é chamado de forma mais significativa para compor as equipes multidisciplinares nos serviços substitutivos de saúde mental, convocado para intervir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença mental. Mas, as condições de trabalho nos CAPS's, em particular os instalados, em Belém – Pará, têm dificultado o trabalho desse(a) profissional no que concerne ao acesso dos usuários ao atendimento, devido ao momento político e econômico vivenciado, no País, de retrocesso ao acesso aos direitos sociais.

Nesta perspectiva, até mesmo a estrutura física dos CAPS's é limitada e, muitas vezes, impede que os atendimentos sejam feitos com qualidade e preservem a privacidade das(os) usuários(as). Desta forma, o Estado neoliberal não investe na qualidade dos serviços públicos prestados precarizando suas estruturas. Em serviços como os CAPS's, esta situação se agrava, em função dos mesmos possuírem uma demanda com uma carga de sofrimento muito densa, que são agravadas em decorrência dos entraves no acesso aos serviços prestados na Rede de Atenção Psicossocial, em geral. Portanto, diante dessa realidade se faz imprescindível que o(a) assistente social ultrapasse estratégias, meramente, individuais e passe a elaborar estratégias mais coletivas para reivindicar melhores condições de trabalho, investimentos nos serviços públicos, mas não se restringindo a isso, haja vista que, o modo de produção capitalista sob a égide da lógica neoliberal na atual conjuntura do País assume sua face mais agressiva sob o comando do governo assumido no início do ano de 2019. Contudo, a superação total das dificuldades encontradas só é possível sobre o prisma de uma nova sociedade livre de dominação e exploração.

Recebida em novembro de 2019 – Aprovada em novembro de 2019

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3 ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.73-84.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 18 fev. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32**, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 245, 22 de dezembro de 2017. Seção 1, p. 239.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 12**. Ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-

edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os tipos de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, e seu modelo de funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. *In: MOTA, A. E. et al. (org.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social** / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Relatório de Fiscalização: Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas no Brasil**. Brasília: CFESS, 2018.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e em saúde mental. *In: AMARANTE, P. (org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 113-148.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma Interpretação Teórico Metodológica**. 14. Ed. São Paulo: CELATS/Cortez, 2001.

IHRA. International Harm Reduction Association. Promoting Harm Reduction on a Global Basis. **O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos**. Londres, Grã-Bretanha: IHRA, 2010. Disponível em:

https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: jan.2019.

MATEUS, M. D. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. *In*: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MOTA, M. de L.; RODRIGUES, C. M. B. Serviço Social e Saúde Mental: um estudo sobre a prática profissional. **Ser Social**. Brasília, v.18, n.39, p.652-671, jul.-dez./2016.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.102, p.139-151, abr./jun. 2010.

ROSA, L. C. S; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em Saúde Mental: em foco o trabalho com as famílias. **Serviço Social & Saúde**. Campinas: UNICAMP, v. VII - VIII, n. 7-8, dez. 2009, p. 75-106.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.