

## 5

### O processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora e a atuação do assistente social

#### 5.1. A política de Saúde Mental em Juiz de Fora.

Para escrever sobre a constituição do processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora, utilizei principalmente as seguintes fontes: uma entrevista com a Assistente Social Sílvia Maria de Oliveira Mendes realizada no dia 05 de fevereiro de 2009, bem como recorri a sua dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal de Juiz de Fora, em 2007, intitulada “Saúde mental e trabalho: transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora”.

A escolha da profissional não foi por acaso, mas em decorrência de várias indicações feitas pelas demais assistentes sociais entrevistadas nesta pesquisa, uma vez que ela atuou como assistente social no campo da saúde mental desde a década de 90. Desta forma, sua inserção neste campo aconteceu, juntamente, com as primeiras iniciativas governamentais em alterar o processo de segregação da loucura em Juiz de Fora. Há que se ressaltar que, em 2007, ela compôs uma equipe de trabalho que estava comprometida com a concretização de uma nova política de saúde mental: a reforma psiquiátrica no município. Neste período, ela assumiu a direção assistencial.

“(...) o psiquiatra assumiu a coordenação da Saúde Mental e eu assumi a direção assistencial. Nós levamos um ano meio, quando foi possível criar o CAPS’ad, CAPS’i, o centro de convivência e aí começar a mudar a lógica de serviço hierarquizado, da dificuldade de acesso. Aí começamos a inverter, a chamar os profissionais para conversar sobre a necessidade de territorialização do CAPS e a começar uma série de mudanças, com muitas barreiras e com muitas dificuldades (...)”.  
(Mendes, 2009)

Não se distinguindo da realidade brasileira, o município de Juiz de Fora, Minas Gerais, há cerca de três décadas atrás, compôs o que ficou conhecido como o “eixo da loucura”. Este eixo fora composto por três cidades mineiras: Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. Nesses municípios, por muito tempo o modelo de assistência aos portadores de transtorno mental se baseou nas ações asilares e custodiais, sobretudo para os grupos

sociais mais pauperizados. As internações em hospitais psiquiátricos eram rotineiras e de longa permanência. Esse fato contribuiu de modo significativo para o aumento/incremento da rede de assistência psiquiátrica particular em detrimento da rede pública. Paralelamente, ocorreu o enriquecimento dos donos de hospitais psiquiátricos e o saber do médico psiquiátrico passou a ser inquestionável.

Até o início década de 80, a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora era constituída por uma ampla rede de hospitais psiquiátricos privados em oposição a um pequeno número de atendimentos oferecidos pelos ambulatórios de psiquiatria do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, responsável pela emissão da Autorização para Internações Hospitalares (AIHS).

Com a queda do regime autoritário, o vento democratizante favoreceu a retomada dos movimentos sociais, ávidos pela universalização do acesso às políticas sociais, dentre as quais a criação de um Sistema Único de Saúde. Conforme já indiquei, a promulgação da Carta Constitucional de 1988 favoreceu uma reformulação gradual da concepção da saúde, que passou a ser entendida como direito do cidadão e dever com o Estado.

Na metade dos anos 80, a política de atendimento no campo da saúde mental, em Juiz de Fora, gradativamente foi sendo modificada em decorrência das Ações Integradas de Saúde (AIS) e pela criação da Comissão Local Interinstitucional, CLI-JF, que por sua vez, designou um Grupo de Trabalho – GT<sup>36</sup>. Este GT foi o responsável pela elaboração da primeira proposta de reorganização dos serviços na área de saúde mental, tanto em Juiz de Fora quanto na Micro-Região compreendida por Bicas, Maripá de Minas, Matias Barbosa, etc. Segundo Mendes (2007: 114), “esta realidade resultou naquele período em debates e certa organização de pequeno grupo de trabalhadores que atuavam na área, insatisfeitos com a situação e queriam mudanças”.

Em abril de 1986 ocorreu no município o I Seminário de Assistência em Saúde Mental que teve como eixo central a discussão da Assistência em Saúde Mental nas AIS’s. O material extraído desse seminário serviu para subsidiar a formulação de uma proposta de atendimento no campo da saúde mental, tentando se diferenciar da forma tradicional – a

---

<sup>36</sup> O GT de Juiz de Fora foi constituído por psiquiatras das instituições colegiadas das três esferas de governo e posteriormente agregou psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

exclusão. Gradativamente, foram sendo estruturados novos serviços ainda em nível ambulatorial.

O GT transformou-se na Comissão Executiva de Saúde Mental (CESM) e organizou o I Encontro Regional de Saúde Mental<sup>37</sup> com o objetivo de realizar um treinamento inicial de profissionais, para serem absorvidos nas equipes multidisciplinares em saúde mental.

Em 1987, a CESM coordenou o II Seminário de Assistência em Saúde Mental, cujo tema principal foi a Organização Interinstitucional das Ações de Saúde Mental. Neste evento foram formuladas sugestões para a criação de uma política para o setor, que por sua vez foi apresentada à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e à Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Juiz de Fora.

O III Encontro Regional de Saúde Mental ocorreu em outubro de 1987 e nele foram normatizados os critérios para as internações psiquiátricas em Juiz de Fora e na Micro-Região. Este foi um importante avanço, uma vez que foi criado o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) no então Pronto Socorro Municipal (PSM).

A proposta de reformulação da CESM visava à universalização, à descentralização, à regionalização e à hierarquização das ações de saúde mental, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica nacional. Com essas mudanças nos serviços, almejava-se cobrir 10% da população usuária dos serviços de saúde mental de Juiz de Fora e Micro-Região. Assim, a política de saúde mental no município se reestruturou, segundo Mendes, (2000: 37) nos seguintes níveis:

- **o nível básico:** responsável pela oferta de consultas ambulatoriais e pela realização de um trabalho preventivo nas comunidades. As equipes dos centros de saúde receberam treinamento específico; os casos agudos e graves eram referenciados;
- **o nível secundário:** responsável por ofertar um trabalho multidisciplinar em que as equipes eram compostas por psiquiatra, psicóloga, assistente social e enfermeiro;
- **o nível terciário:** além dos leitos de hospitais psiquiátricos privados, planejou-se a criação de 30 leitos de curta permanência (72 a 120 horas) no SUP, que seria aparelhado para se tornar porta de entrada. Foi planejada a criação de 40 leitos para pacientes em fase aguda no Hospital Dr. João Penido. Reconheceu-se a necessidade

---

<sup>37</sup> A fonte destes dados, a dissertação de Mendes, não indicou a data do evento.

de oferecer um treinamento prévio de pessoal para o atendimento das doenças específicas, como também para as complicações dos quadros psiquiátricos.

Diante da proposta elaborada pela CESM, esperava-se que o município caminhasse, a passos largos rumo à implementação da Reforma Psiquiátrica, mas fatores adversos mantiveram Juiz de Fora apartada do contexto nacional. Alguns fatores peculiares contribuíram para este processo de “apatia”: a hegemonia dos interesses corporativos dos psiquiatras e donos de hospitais, assim como a desorganização dos trabalhadores da saúde mental, que não conseguiram aglutinar forças junto aos movimentos sociais, nem levar a discussão sobre a necessidade de se alterar a prestação da assistência psiquiátrica tradicional no município para a sociedade em geral. Assim, as propostas de mudanças ficaram restritas ao ambiente organizacional e institucional, favorecendo a não-efetivação das mudanças, como também a dissolução do CESM.

No final da década de 80, ao se comparar o município de Juiz de Fora com outras cidades brasileiras que implementaram novas formas de conceber e entender a “loucura” inspirada no processo de reforma psiquiátrica italiana, conclui-se que o município ficou estagnado.

Ao analisar a estruturação dos serviços no campo da saúde mental no município, percebe-se que prevaleceu no âmbito da assistência aos portadores de transtorno mentais a efetivação de políticas de saúde setoriais e fragmentadas que favoreciam os interesses privados dos donos dos hospitais. Esta realidade foi apontada por Tenório (2002:06), ao relacionar a “prevalência nociva do modelo asilar e custodial, bem como seus determinantes econômicos e políticos”. Em Juiz de Fora, segundo Mendes (2000), a rede de atenção hospitalocêntrica foi erguida através do custeio público da renda privada cujos detentores defendiam a ideologia de que “lugar do louco é no hospício”.

Diferentemente de Juiz de Fora, na capital mineira, se fez presente o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, buscando a construção de um modelo alternativo à prática hospitalocêntrica. Assim, avanços significativos passaram a marcar a implementação da política de saúde mental em Belo horizonte.

A partir da década de 90, o Governo do Estado de Minas Gerais determinou várias intervenções nas instituições de assistência psiquiátrica em todo o Estado, inclusive em Juiz de Fora. Paralelamente a esse fato, o governo estadual permitiu a re-entrada de alguns

representantes do MTSM nos cargos administrativos, propiciando a criação da Auditoria Especial em Saúde Mental, coordenada pela Comissão Especial de Saúde Mental, composta por militantes do MTSM.

O trabalho desenvolvido por essa comissão objetivou “promover a reorientação e reorganização dos serviços e recursos existentes no setor de assistência psiquiátrica do Estado de Minas Gerais”<sup>38</sup>. Em decorrência desse trabalho foi elaborado um relatório que apresentou as modificações necessárias para a construção de um modelo de base territorial e comunitário. Toda a rede física instalada no Estado foi vistoriada com o intuito de observar a infra-estrutura e os recursos humanos. Além de disso, foi feito um censo dos pacientes que se encontravam internados em hospitais públicos e nos conveniados. A vistoria revelou que os hospitais em geral apresentavam fortes características de confinamento, com a presença de celas fortes, havendo uma grande taxa de ocupação de leitos por pacientes conhecidos como “crônicos”. Através do levantamento pode-se concluir que a cronificação era agravada pelo longo período das internações e pela perda de laços sociais extra-muros.

As principais mudanças a serem efetivadas e observadas durante visita da equipe à rede física dos hospitais psiquiátricos foram apontadas em um relatório, segundo Mendes (2000):

- priorizava a implantação de recursos ambulatoriais;
- proibia a internação de alcoolistas nos hospitais psiquiátricos;
- determinava que os hospitais gerais fossem obrigados a atender os alcoolistas;
- propunha a inversão do modelo de assistência psiquiátrica a curto, médio e longo prazo.

O trabalho da Auditoria Especial de Saúde Mental contribuiu para que fossem implementadas ações de cunho desinstitucionalizante em Juiz de Fora. Assim, de acordo com as portarias Ministeriais nº 189, de 11/12/91 e nº 224 de 29/01/92, e visando a melhorar a qualidade de atenção às pessoas portadoras de transtorno mental, foram adotadas as seguintes medidas:

---

<sup>38</sup> Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – Relatório de Auditoria Especial da Saúde Mental -RAESM, 1992:01.

- novas normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, que tiveram que acatar a exigência de humanização e preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados;
- a contratação de novos profissionais, a fim de compor uma equipe mínima proporcional ao número de pacientes
- e, finalmente foi proibida a existência de celas fortes e de espaços restritivos.

Nesse período, ocorreu significativa diminuição do número de leitos psiquiátricos na rede privada, sendo criados novos serviços extra-hospitalares, embora em número insuficientes.

Segundo Mendes (2000), com a criação do projeto de Saúde Mental para o Estado de Minas Gerais, foram estabelecidas algumas metas para Juiz de Fora:

- o estabelecimento de uma única porta de entrada para as internações, através de um serviço de urgência psiquiátrica que passou a ser o responsável pelas emissões de AIH's;
- implantação de serviços extra-hospitalares e implementação da rede ambulatorial, a fim de atender a demanda local;
- criação de leitos no Hospital Dr. João Penido da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG;
- criação de novos serviços de urgência em outras estruturas como CAPS e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), observando critérios de regionalização e descentralização, dentre outros.

Diante das modificações sugeridas, novas demandas foram impostas a toda a equipe técnica. Segundo Dimenstein (2004:02), surge então um grande desafio a ser superado:

“(...) desvelar as armadilhas presentes no cotidiano que distanciam o trabalhador, inserido nesse campo, de uma verdadeira práxis transformadora, pois, frequentemente, encontra-se capturado pelo desinteresse, pela alienação, pelo agir mecânico e burocratizado”.

Amarante (2003) adverte que a atual política de saúde mental não pode ser simplesmente entendida como “capsização do modelo assistencial”, ou seja, ser restrita à implantação desta modalidade de serviço pelo país. Todos os integrantes dos CAPS devem estar atentos para evitar a reprodução de práticas cronificadoras e segregadoras dentro

destes espaços. É preciso compreender a reforma psiquiátrica como um processo social-histórico, a fim de favorecer a superação coletiva do paradigma psiquiátrico tradicional.

Assim sendo, o Serviço Social também deve buscar adequar seus instrumentais teórico-interventivos, para se adequar às novas demandas impostas por este modelo. Esta adequação é pertinente, uma vez que a proposta atual objetiva romper com as seculares formas de dominação, opressão e submissão que os usuários vivenciavam dentro dos hospitais psiquiátricos.

O processo de desinstitucionalização começou a ser colocado em prática a partir de 1992, em Juiz de Fora. Foi formada a Comissão Municipal de Saúde Mental com o compromisso de elaborar propostas técnicas para redefinir a assistência em saúde mental na cidade e foi elaborado o Plano Municipal de Saúde Mental. Nesse período, a política de saúde mental passou a estar mais próxima das diretrizes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em termos normativos. Segundo Mendes (2000:41):

“Juiz de Fora buscou somente a contemplar os parâmetros estabelecidos pelas portarias do Ministério da Saúde cuja função era garantir a regulamentação destas experiências que se anteciparam ao interesse político administrativo. Desta forma, não foram concebidos como serviços substitutivos, estratégia à desconstrução do modelo manicomial; o plano não fez referência ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, mas seguiu a política de desinstitucionalização<sup>39</sup>.”

É importante ressaltar que as primeiras ações de cunho desinstitucionalizantes, no município, foram estimuladas no governo de Alberto Bejani<sup>40</sup> (1989-1993). Ele foi eleito pelo Partido Jovem (PJ). Por não ter experiência política se cercou de técnicos para auxiliá-lo na administração pública municipal. Cabe-nos ressaltar que o Deputado Federal Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT), nosso conterrâneo e autor da Lei 10.216/01 exerceu pouca influência na realidade local em *prol* do processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora, embora tivesse forte influência em outras cidades. Este fato pode ser explicado pela ausência de articulação do seu eleitorado com a temática da saúde mental no

---

<sup>39</sup> Em nossa opinião, a atuação do município de Juiz de Fora, na verdade, terminou estimulando uma desospitalização, ou seja, a retirada dos portadores de transtorno mentais longamente institucionalizados sem a criação efetiva de uma rede de serviços de base territorial e comunitária capaz de atender as urgências, as crises e a reabilitação psicossocial.

<sup>40</sup> Alberto Bejani trabalhava como radialista e apresentava um programa ao vivo, denunciando as principais queixas dos cidadãos em relação ao poder público municipal como por exemplo: falta de vagas em creches municipais, falta de médicos em postos de saúde, etc...

município, como também pela falta de articulação da sua base política local em estabelecer planos que incentivassem as iniciativas de construção da rede de atenção psicossocial.

Também na década de 90, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde Mental, na qual ocorreu a aprovação do Plano Municipal de Saúde Mental. Com base nesse plano, foram constituídas duas equipes técnicas distintas e devidamente qualificadas, para o atendimento ao dependente químico e aos portadores de transtornos mentais graves<sup>41</sup> no PAM-Marechal. Em 1994, foi criado o Instituto de Saúde Mental (ISM), que passou a gerir os recursos destinados à política de Saúde Mental.

Pode-se concluir que em Juiz de Fora, apesar de algumas mudanças no atendimento ao portador de transtorno mental, a lógica que ainda impera é a hospitalocêntrica, com oferta de leitos em cinco hospitais privados, apesar de ter havido uma significativa redução de leitos. De acordo com as determinações do MS, as equipes de trabalho passaram a ser multiprofissionais. Houve uma melhoria nas instalações físicas, na humanização do atendimento prestado. Entretanto, não foi deliberado, como diretriz central, o estabelecimento de metas para a extinção dos hospitais psiquiátricos, ao longo do tempo, e não foi criada uma rede ampla e eficaz de atendimento extra-hospitalar capaz de atender o portador de transtorno mental nos momentos de “crise” ou de urgência.

Em 2006<sup>42</sup>, a nova coordenação da Saúde Mental de Juiz de Fora buscou re-inserir o município no contexto da Reforma Psiquiátrica, porém a realidade local contribuiu para que não houvesse alterações significativas no campo da saúde mental e no processo de inversão da lógica hospitalocêntrica para a comunitária.

Mesmo diante das adversidades, nos anos de 2006 e 2007, foi realizado um treinamento de todos os profissionais inseridos na atenção primária, em parceria com a UFJF, que instituiu o programa de qualificação “Saúde Mental na Atenção Primária”.

Nesse período ocorreu a implantação do Programa de Volta para Casa<sup>43</sup>. Além disso, foi criado um CAPS para atender a crianças e a adolescentes e um para atender a

---

<sup>41</sup> O Programa à Dependência Química (PADQ) e de Atenção ao Psicótico (PAP). Este último acabou por se transformar no CAPS Casa Viva, após a aprovação do MS.

<sup>42</sup> Novamente, as propostas de cunho desinstitucionalizantes foram acolhidas no governo Alberto Bejani, que neste período, estava filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

<sup>43</sup> O Programa de Volta para Casa foi criado pela lei Federal nº 10.708/03 que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial aos pacientes longamente institucionalizados.

usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas. Foi inaugurado o Centro de Convivência Recriar, que tem como proposta reinserir o portador de transtorno mental no mercado de trabalho.

Além dessas conquistas, a nova coordenação da Saúde Mental de Juiz de Fora, objetivou também a criação de um novo CAPS tipo II para adultos, um CAPS tipo III (24 horas) e 10 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), a fim de atender à demanda reprimida e realmente possibilitar a criação de uma outra lógica de atendimento em saúde mental pública. Entretanto, a forte presença dos hospitais privados psiquiátricos, mais uma vez, frearam o processo de avanço na construção da rede alternativa à psiquiatria hegemônica.

Além disso, pode-se constatar que a ausência de uma articulação entre os propositores do processo de reestruturação dos serviços em saúde mental no município e os usuários e familiares dos portadores de transtorno mental criou uma lacuna que obstaculiza a implantação de ações que vão além do processo de desospitalização, ou seja, a criação de uma rede de serviços de base territorial e comunitária capaz de atender a todas as necessidades do sujeito que sofre, sejam elas: saúde, educação, moradia, lazer, habitação, trabalho, etc. Ao mesmo tempo, esse convívio comunitário deveria ser um dispositivo capaz de, paulatinamente, modificar a cultura em relação ao portador de transtorno mental e construir novas formas de relacionamento com o sujeito que sofre.

## **5.2. A descentralização e a política de saúde mental em Juiz de Fora.**

A Carta Constitucional de 1988 assegurou à criação do Sistema Único de Saúde, que tem como sua espinha dorsal a descentralização político-administrativa das ações e serviços públicos de saúde. O processo de descentralização é complexo, pois envolve a transferência de serviços, responsabilidades, de poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal.

A descentralização da saúde no país ocorre de forma heterogênea devido a vários fatores: a grande dimensão do território nacional, o processo de desenvolvimento de cada município, as diferentes possibilidades financeiras e administrativas de cada ente federado, as forças políticas que conquistam o poder em cada município e estado, e a participação da

população nos conselhos deliberativos da saúde. Essas dificuldades no âmbito do processo de descentralização podem ser confirmadas nos estudos de Duriguetto (2007). Vejamos:

“(…) a descentralização como alternativa de estratégia para a melhoria na gestão das políticas públicas, e principalmente das políticas sociais, está longe de assumir um consenso acerca das caracterizações que deve assumir nos contextos locais em que vem sendo discutida e implementada. A multiplicidade de experiências de governos aberta pela descentralização no Brasil operou num espectro que vai da defesa do Estado mínimo e do papel empresarial dos governos locais aos defensores de uma democracia comprometida com os historicamente excluídos”.

A atual política nacional de saúde mental no Brasil também tem sido implementada de forma diferenciada em todo território nacional. Em alguns municípios como Santos (SP), Belo Horizonte (MG), Campinas (SP) e Sobral (CE), entre outros, os avanços são palpáveis, mas, em outros, nem tanto. Portanto, o seu maior desafio é sem sombra de dúvidas o de responder “às crises” sem que a internação em hospital seja o primeiro recurso, ou seja, deve-se buscar dar ao problema da loucura outra dimensão mais ampla. Segundo Tenório (1999:55):

“A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade”.

No que concerne aos novos dispositivos de atenção houve grandes avanços na ampliação da rede de atenção à saúde mental, embora ainda existam regiões com baixa cobertura. Vejamos o Mapa 01 abaixo:

Mapa - Cobertura CAPS/100.000 habitantes por UF (outubro de 2008)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

O Mapa ao lado ajuda a visualizar a cobertura dos serviços tipo CAPS no país. A região Norte apresenta baixa cobertura de CAPS e é a que tem maior dificuldade na expansão e consolidação da rede. O Indicador CAPS/100.000 habitantes, no entanto, não é sensível às características peculiares da região. Deve-se priorizar, sobretudo, as ações de saúde mental na atenção básica.

Mapa01: Mas de cobertura dos CAPS no Brasil.

Fonte: Saúde Mental em Dados 05, Brasília, out/2008.

Muitos avanços legislativos foram alcançados desde a criação da Portaria nº 224, de 1992, que normatizou o atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). As Portarias de nº 106 e nº 1220/02 regulamentaram o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos – STR. Esses serviços objetivam oferecer moradia aos pacientes longamente institucionalizados que perderam seus vínculos sócio-familiares. Cada RT abriga até 08 pessoas, sob o cuidado de profissionais treinados para estimular a reabilitação psicossocial e a inserção na comunidade onde foram instaladas.

Em julho de 2002, a Portaria de nº 336 estabeleceu a tipologia dos CAPS, distinguindo os CAPS pelo porte (I, II, III) e pela finalidade (infanto-juvenil e álcool e drogas). Cabe destacar que o CAPS III, ao funcionar 24 horas, tem um papel primordial na substituição do modelo hospitalar, especialmente nos maiores centros urbanos. As normas atuais referentes aos CAPS são as portarias GM 336/02 e SAS 189/02. No que tange à

realidade juizforana, a inexistência de um CAPS III colabora para a centralidade dos hospícios ainda na atualidade<sup>44</sup>.

Hoje, o município conta com uma rede de atenção à saúde mental “ambígua”, se assim posso dizer, composta por elementos do passado: os hospitais psiquiátricos (perfazendo um total de 05 hospitais psiquiátricos) e elementos do presente: três CAPS de adulto, um CAPS’i, um CAPS’ad, um Centro de Convivência, duas Residências Terapêuticas femininas, uma Associação de usuários e os ambulatórios. Segundo Basaglia (2005:247):

“Qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como ‘inferioridade’, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência”.

A política de saúde mental do município de Juiz de Fora traz consigo a primazia dos interesses privados, defendendo a idéia da internação como a única alternativa para o tratamento do portador de transtorno mental durante os processos de “crise”. A segregação/exclusão continua presente e se conjuga com os novos dispositivos preconizados pela reforma psiquiátrica.

Finalmente, cabe acrescentar que o número ainda acentuado de hospitais psiquiátricos nos alerta para o fato de que o município necessita implantar uma política eficaz de redução dos leitos psiquiátricos. Esta redução deve ser feita de modo gradativo, não significando a desospitalização. Ao contrário, deve ser pautada no aumento da ampliação de serviços territoriais e comunitários, de forma articulada intersetorialmente com as demais políticas sociais e, sobretudo, pelo aumento efetivo do número de SRT,

---

<sup>44</sup> Apesar do tema já ter sido tratado de forma genérica no capítulo II desta dissertação é interessante rever aqui as principais portarias para subsidiar a análise do caso de Juiz de Fora. A Portaria nº 2.077/03 regulamenta a Lei nº 10.708/03 que criou o Programa de Volta para Casa. É importante mencionar a Portaria nº 2.197/04 que institui no âmbito do SUS o programa de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, representou um grande avanço, pois até então não havia nenhuma legislação amparasse esses cidadãos. Muitos deles também foram trancafiados nos hospitais psiquiátrico, sem contudo, apresentar nenhum tipo de transtorno mental grave. Finalmente, as Portaria GM nº 52 e nº 53 instituíram o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS e que estabeleceram a estratégia de redução progressiva dos leitos nos hospitais de maior porte.

como também pela construção de um CAPS do tipo III. Essas medidas são importantes para evitar que a desinstitucionalização não seja sinônimo de desospitalização.

### **5.3. A pesquisa empírica e sua metodologia.**

A pesquisa empírica investigou como vem se caracterizando o processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora e suas repercussões no trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde mental. O campo estudado forneceu inúmeras informações sobre o trabalho dos assistentes sociais nos CAPS, como também a constituição desses espaços de intervenção que, paulatinamente, se revelaram no processo investigativo.

Em relação à metodologia de pesquisa adotada, optei pela pesquisa qualitativa, pois ela favorece a possibilidade de uma abordagem dinâmica dos fenômenos sociais, uma vez que vincula a teoria à prática. Dessa forma, a proposta teórico-metodológica destinada ao campo da saúde necessita de “uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (MINAYO, 1993:13).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, cujo roteiro é apresentado no Apêndice de número 01. A entrevista constitui um dos principais meios que o pesquisador tem para realizar o trabalho de aproximação com o campo de pesquisa. Esse instrumental tem “dupla vantagem”, pois ao mesmo tempo em que valoriza a presença do entrevistado, disponibiliza um ambiente propício de liberdade e espontaneidade para que o entrevistado manifeste seus pensamentos e idéias sobre o tema pesquisado. Nesse tipo de entrevista são feitas perguntas abertas, respeitando uma determinada ordem, na qual o pesquisado pode acrescentar questões de esclarecimento.

Minayo, referindo-se à entrevista semi-estruturada, considera que:

“suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (Minayo, 1999:121)”.

Os sujeitos pesquisados foram os profissionais de Serviço Social que atuam no campo da saúde mental pública municipal e que trabalham com a população adulta.

Antes de estabelecer o contato com o Coordenador da Saúde Mental no município, enviei uma cópia do projeto de pesquisa à Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa/CONEP – Ministério da Saúde, seguindo todos os procedimentos legais determinados por esse órgão. O projeto foi protocolado sob o número 25000.211376/2008-34 para avaliação. O parecer enviado pelo CONEP foi de que a pesquisa, devido a sua finalidade, não necessitava do registro, uma vez que se enquadrava no fluxograma II<sup>45</sup>.

A seguir foi estabelecido o contato com a coordenação do programa de Saúde Mental no município, à qual foi entregue uma cópia do projeto de pesquisa para avaliação, como também a carta de apresentação do programa de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica – PUC/RIO. Após a concessão da autorização para o trabalho, foi feito contato telefônico com todos os CAPS que atendem a população adulta em Juiz de Fora.

Foram realizadas quatro entrevistas abarcando todas as assistentes sociais existentes na rede de atenção psicossocial de adultos. Um CAPS destes ainda está sendo cadastrado no Ministério da Saúde, embora já funcione há vários anos, incluindo em sua equipe uma assistente social. As entrevistas transcorreram no local de trabalho das assistentes sociais.

Como já indiquei, ainda realizei uma entrevista com a Assistente Social Silvia Mendes, que atualmente está trabalhando no Programa de Saúde da Família, mas que esteve presente nos momentos mais cruciais do processo de redefinição da política de saúde mental em Juiz de Fora. Sua participação foi importante para a compreensão da trajetória da saúde mental no município.

O roteiro de entrevista (Apêndice I) foi dividido em 05 partes: Identificação, Formação profissional, relações de trabalho, Serviço Social e reforma psiquiátrica, SUS e política de saúde mental no município.

O material foi organizado em torno dos seguintes eixos temáticos<sup>46</sup> que se alicerçaram em perguntas que foram formuladas no projeto de pesquisa:

---

<sup>45</sup> Os cuidados éticos assumidos nesta pesquisa foram os seguintes:

- a) garantir o sigilo acerca da identidade dos informantes;
- b) carta de consentimento livre e informado a ser assinada pelos entrevistados;
- c) garantia de retorno dos resultados, através da entrega de uma cópia da dissertação em cada um dos CAPS.

<sup>46</sup> Parte destes eixos foram inspirados no trabalho de dissertação de mestrado: Machado, G.S- A singularidade e a pluralidade do serviço social nos processos de trabalho em saúde mental que realizou uma pesquisa similar com assistentes sociais no Rio de Janeiro e em Porto Alegre.

**5.4.1 Formação profissional** (Onde buscar subsídios para a intervenção, se a literatura provém dos saberes “*psi*”?). Meu objetivo é investigar como a formação acadêmica tem auxiliado na atuação em saúde mental, buscando evidenciar os avanços e dificuldades vivenciadas no cotidiano da prática profissional.

**5.4.2 CAPS e o trabalho do assistente social:** (A estrutura do CAPS vem possibilitando uma atuação mais condizente com a Reforma Psiquiátrica e com o Projeto Ético-Político do Serviço Social?) Neste eixo, analisei quais são as atribuições destinadas ao Serviço Social nos CAPS e como os assistentes sociais têm atuado nas equipes multidisciplinares.

**5.4.3 Demandas:** (Quais são as novas demandas, quais são os novos fazeres profissionais que surgem e quais os dilemas vivenciados pelo Serviço Social no campo da saúde mental?). Nossa intenção aqui é perceber quais as demandas que estão presente desde o início da prática profissional no campo da saúde mental, e quais são as novas demandas que surgem em virtude das políticas desinstitucionalizantes.

**5.4.4 A política de saúde mental na visão dos profissionais:** Meu objetivo é avaliar a visão dos profissionais sobre como a política de saúde mental tem sido estabelecida no município, bem como averiguar se ocorre o desenvolvimento de ações intersetoriais que dinamizam o atendimento das necessidades sociais do sujeito que sofre em sua integralidade, assegurando sua inclusão na sociedade.

**5.4.5 Segregação versus inclusão social:** (Como trabalhar na perspectiva de emancipação social dos usuários que exigem um atendimento mais intensivo em momentos de “crise”?) Minha intenção é averiguar as dificuldades vivenciadas pela equipe técnica quando o hospital psiquiátrico ainda é a referência para os atendimentos na “crise”, que estimula a carreira psiquiátrica típica de institucionalização. Visa também evidenciar como os técnicos têm buscado incluir o portador de transtorno mental em sua comunidade.

## **5.4 Resultados das entrevistas:**

### 5.4.1. Formação profissional

Em relação ao ano de formação dos profissionais, há uma profissional que se formou no final da década de 70, momento em que o serviço social brasileiro iniciou um processo de questionamento de sua prática institucional e seus objetivos, através do Movimento de Reconceituação. Assim, a reconceituação trouxe desdobramentos históricos que incidiram nos fundamentos teórico-metodológicos e na direção social da profissão a partir da década de 70.

A modernização conservadora do Estado brasileiro implantada no período da ditadura militar favoreceu a modernização do aparato estatal, que ampliou e modernizou suas funções econômicas, sociais, políticas e culturais. Seu objetivo era o de promover o desenvolvimento social, de combater a marginalidade e a pobreza na perspectiva de integração à sociedade. Como podemos constatar no seguinte depoimento:

“Eu achava que estava havendo uma injustiça no mundo, na época estava para ser implantado o comunismo, a ditadura, eu simpatizei com o comunismo porque ele buscava a justiça social (...)” (**Entrevistada “A”**).

Há duas assistentes sociais que concluíram a graduação na década de 80. Período em que houve um corte epistemológico com o Serviço Social tradicional e com o conservadorismo profissional. O movimento de intenção de ruptura reavivou no Serviço Social uma postura mais comprometida com as lutas democrático-populares, evidenciando a necessidade de se promover uma revisão política da profissão, como também o seu significado social. Este movimento propiciou a elaboração de um novo currículo, que foi introduzido nas Escolas de Serviço Social a partir de 1982.

A contribuição de Yamamoto (1982), no início dos anos 80, permitiu uma efetiva interlocução com a teoria social de Marx, contribuindo para que o Serviço Social incorporasse a visão de totalidade social, situando-se no processo de reprodução das relações de classes da sociedade capitalista.

A última profissional se formou na década de 90, período em que o Serviço Social se apresentou, em nosso país, como uma profissão consolidada e com maturidade teórica. A graduação da entrevistada se pautou na direção de “intenção de ruptura” e acompanhou o debate sobre o Projeto Ético-Político presente no Código de Ética de 1993. Yasbec *et al*

(2008: 19) esclarece que o serviço social hoje vivencia “um debate plural, que implica a convivência e o diálogo entre diferentes paradigmas a partir de uma direção hegemônica pautada pela centralidade assumida pela tradição marxista”.

Com base nesses dados, pode-se identificar que mesmo havendo uma determinada direção social estratégica de ruptura da profissão com o conservadorismo profissional, ainda permanecem as diferenças teórico-culturais no conjunto da categoria, como se pode evidenciar nas falas abaixo a respeito dos recursos teóricos utilizados no processo interventivo:

“Utilizo muito a terapia sistêmica para me ajudar no atendimento em grupo de familiares” (**Entrevistada C**).

“Utilizo a psicologia jungiana e a bio-energética (...) o Serviço Social é uma missão mais do que um trabalho, mais do que um trabalho é uma missão social e espiritual” (**Entrevistada A**).

“Uso de tudo um pouco (...) tem o material do Serviço Social, mesmo da própria psicologia e do dia-a-dia mesmo” (**Entrevistada D**).

“Eu utilizo (...) a terapia sistêmica para me ajudar no atendimento em grupo e familiar” (**Entrevistada B**).

Vasconcelos (2002) traz para o debate profissional a idéia de que o movimento de reconceituação, ao criticar a abordagem hegemônica da subjetividade no Serviço Social pré-reconceituação, desencadeou um processo de recalçamento temático da subjetividade, que produziu e produz, ainda hoje, um enorme empobrecimento teórico para a profissão, trazendo implicação séria para a prática profissional: ausência de referenciais teórico-conceituais, metodológicos e instrumentais no campo da saúde mental.

A lacuna de produções do Serviço Social nesse campo e a recusa global aos saberes “*psi*” têm gerado uma inconsistência no trabalho do assistente social, contribuindo para que o profissional oriente sua prática pelas demandas imediatas do cotidiano, contribuindo para o retorno do pragmatismo, do ecletismo a-crítico e da visão a-crítica a-teórica e despolitizada. Na medida em que a prática profissional se restringue a “soluções de problemas,” particularmente aquela de ordem psicológica, individual, ela compromete a qualidade dos serviços prestados aos usuários, uma vez que se perde a capacidade de decifrar a realidade, de construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e

efetivar os direitos dos usuários dos serviços. Isso ocorre porque em todos os instantes estamos preocupados em solucionar os problemas de forma imediata e isolada da totalidade.

As lacunas presentes na prática profissional de nossa categoria também são estudadas por Nicácio (2005), “que aponta um dos traços paradoxais da profissão na contemporaneidade, a saber, o distanciamento entre uma teorização centrada na análise dos determinantes macro-estruturais da questão social e os problemas concretos da prática profissional”. O autor ainda complementa que o temor de um retorno ao velho pragmatismo do Serviço Social conservador contribui para que certos problemas da prática profissional não sejam tematizados.

O que se constata no campo da saúde mental é que esse “temor” de discutir, no seio da categoria profissional, as inquietações cotidianas provenientes do exercício profissional no campo da saúde mental, criou um “*gap*” que a meu ver contribui de forma significativa para o retorno do ecletismo<sup>47</sup> e para a desqualificação técnico-operativa nesse campo. O profissional na contemporaneidade está sendo obrigado a enfrentar um mercado de trabalho adverso, devido à alta competitividade, à fragmentação e à flexibilização. Somado as essas questões o despreparo técnico-operativo pode contribuir para a perda de espaços profissionais antes atribuídos/exclusivos do Serviço Social.

Por outro lado, constatamos a necessidade, “vivenciada” pelos profissionais entrevistados, se buscar conhecimentos para subsidiar sua intervenção na saúde mental. Esse fato é decorrente do *gap* identificado pela deficiência em seu curso de graduação, e pela demora na implantação de cursos de especializações no município nesta área. As entrevistadas apontam para a falta de debate sobre a Reforma Psiquiátrica durante o processo de formação. Como apresentamos no seguinte depoimento:

“Eu acho que (temos que) falar o que é a Reforma, como era antes, porque teve a Reforma, como é que isso influencia o trabalho hoje, o que se quer alcançar (...) [Entrevistada C]”.

A análise dos relatos apresentados evidencia a necessidade de se inserirem na graduação a temática política de saúde mental e o processo de reforma psiquiátrica.

---

<sup>47</sup> Segundo Vasconcelos (2002:108) “por ecletismo entendemos a conciliação e o uso simultâneo, linear e indiscriminado de teorias e pontos de vista teóricos e éticos diversos sem considerar as diferenças e incompatibilidades na origem histórica, na base conceitual e epistemológica, e nas simplificações éticas, ideológicas e políticas de cada um desses pontos de vista.

Diante da magnitude desse processo e, principalmente, após a implementação de estratégias de integralização no âmbito do SUS e com a consolidação dos serviços substitutivos, também se faz necessária a ampliação de cursos de pós-graduação nessa área, a fim de que haja uma aproximação entre a teoria e a prática neste campo, e se busque a articulação efetiva dos Programas de Saúde Mental com a Atenção Básica e com as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Acredito que esta articulação possa ser feita com qualidade até mesmo como temática optativa e vinculada a estágio específico na área, durante a graduação dos assistentes sociais.

Sob o meu ponto de vista, a inserção de estudos relativos à história da política pública de saúde mental brasileira e da Reforma Psiquiátrica fortalece a profissão na adoção de posturas condizentes com o Projeto Ético-Político. Como o transtorno mental grave é de longa duração e o sujeito que sofre apresenta necessidades sociais diferentes em cada etapa de sua vida, o assistente social tem que se instrumentalizar para assegurar a sua inserção e a permanência nos novos dispositivos criados e ser capaz de responder a essas demandas diversificadas.

Para compreender o Serviço Social como profissão, é preciso inseri-lo na divisão sócio-técnica do trabalho, que, devido às transformações societárias no capitalismo tardio, está impondo-lhe novas atribuições e competências profissionais. Este fato traz à tona o tema da formação generalista do assistente social, que não consegue atender as demandas “reais” do mercado de trabalho. Atualmente os assistentes sociais atuam em diferentes tipos de instituições: públicas, particulares, filantrópicas, ONG’s, em diversas áreas de política social. Netto (1996) defende que o melhor encaminhamento para este problema é a manutenção do perfil generalista na graduação, articulada à noção de uma formação profissional continuada através da criação de cursos de especializações. Esses cursos deverão qualificar operacionalmente o profissional a partir da sua compreensão teórico-crítica para atuar em uma determinada área de intervenção.

Contudo, é possível ampliar a oferta de formação específica para as áreas nos estágios curriculares na própria graduação. Além disso, existem os cursos de aperfeiçoamento e de extensão, de menor duração que os de especialização (360 horas). E finalmente, o próprio SUS tem instâncias de educação permanente, que podem ser

mobilizadas pelo Serviço Social para ampliar o espectro de alternativas para seus profissionais.

Verificamos que as entrevistadas têm buscado o aprimoramento profissional, dando continuidade a sua formação profissional. Três delas já terminaram a especialização, duas em saúde mental e a outra em Serviço Social. Encontrei também uma entrevistada que está cursando a especialização em saúde mental.

Dada a realidade juizforana, a busca por especializações<sup>48</sup> em saúde mental pode representar uma estratégia de acumulação de conhecimento que pode ser revertida para a melhoria dos serviços prestados. Ao mesmo tempo, pode potencializar a inversão na política de saúde mental, que ainda tem, como seu principal dispositivo de tratamento, o hospital psiquiátrico. Além disso, fornece a capacitação técnica, instrumental e teórica para a construção de trabalhos diferenciados. Segundo Duarte (1999:92), “não basta reabilitar conceitos se as práticas do cuidar no cotidiano dos serviços de saúde mental ainda se dão no sentido de continuidade do modelo assistencial dominante”.

Birman & Costa (2002) compreendem a universidade como um espaço de produção e reprodução do saber capaz de formar técnicos preparados para o atendimento da população. Na contemporaneidade, o processo de reforma psiquiátrica em vigor requer que os usuários sejam atendidos com dignidade e respeito. Para isso a universidade tem um papel fundamental, por ser local de pesquisa, planejamento e execução de programas que orientam a reforma psiquiátrica.

Há que se ressaltar que a pouca penetração da temática saúde mental no campo acadêmico do serviço social reflete na vida profissional, pois todas as entrevistadas foram atuar no campo da saúde mental por acaso e não por escolha ou afinidade com a área. Vejamos os depoimentos:

“Como estava afastada do trabalho por problemas de saúde e quando pedi para voltar (...) eu liguei para minha chefia que fez uma procura e onde precisava era aqui. Eu vim (...) [Entrevistada A]”.

“Eu não busquei estar na saúde mental por não saber que tipo de trabalho que ia desenvolver (...) eu vim para a saúde mental meio que por

---

<sup>48</sup> As especializações neste campo podem ser ofertadas pela UFJF e demais faculdades particulares existentes no município. O SUS também oferece cursos de capacitação como educação permanente. As secretarias estaduais e municipais podem e devem estimular os profissionais a realizar os cursos disponíveis.

acaso, eu vim porque tinha aberto essa oportunidade de trabalhar aqui. Aí eu cheguei, gostei e resolvi ficar (**Entrevistada B**)”.

“Eu fui concursada e designada para a saúde mental. Então, tá, eu vou. Não sei muito bem o que é, mas eu acho que vou descobrir (**Entrevistada C**)”.

“Eu trabalhava na educação, fiquei 10 anos lá e uma amiga minha trabalhava aqui, me falou (...) estão montando o CRESSAM (Centros Regionais de Referência em Saúde Mental) e estão precisando de profissional (...) (**Entrevistada D**).”

Verificamos ainda que todas entrevistadas passaram a atuar ou já atuavam no campo da saúde mental na década de 90, ou seja, sob a influência do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. É sabido e já foi salientado neste trabalho que muitos municípios a partir do final da década de 80 já estavam investindo em políticas desinstitucionalizantes. Contudo, na contra-mão dessa corrente, o município de Juiz de Fora não conseguiu estruturar uma política de saúde mental capaz de inverter a lógica hospitalocêntrica. As ações nesse campo foram tímidas, não sendo criada uma rede de atenção psicossocial eficaz no processo substituição à rede hospitalar.

#### **5.4.2 CAPS e o trabalho do assistente social:**

Nesse eixo, analiso os relatos das assistentes sociais sobre a atuação no CAPS, e suas relações interprofissionais e institucionais. Também investigo as repercussões do deslocamento do tratamento da “loucura” para fora do hospital psiquiátrico, ou seja, dentro dos modelos substitutivos de base territorial e comunitária, por entender que tais serviços por si só não garantem a superação da exclusão que há séculos nos contagia ao falarmos em “loucura”.

Em relação às atribuições consideradas privativas do Serviço Social na equipe, nos foi revelado de forma unânime pelas entrevistadas que o Serviço Social tem como atividade privativa duas atribuições em especial: a orientação sobre os direitos sociais do usuário e a orientação familiar.

Como já se viu no capítulo III, ao Serviço Social sempre foi designada a realização do atendimento familiar. No Brasil tivemos essa orientação inicialmente no campo da saúde mental através dos Centros de Orientação Infantil (COI) como também nos Centros de

Orientação Juvenil (COJ). A partir dos anos 1940 essa realidade pôde ser observada ainda antes nos EUA, sob a influência do “*after care*” e do “*casework*” e no início do século XX, quando os assistentes sociais buscavam o reajustamento do portador de transtorno mental à família. Com a reforma psiquiátrica e o recente projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, o Serviço Social passou ampliar essa visão, lidando com o peso do estigma e com o resgate dos direitos sociais no processo de reintegração social. Nesse processo, a família sempre foi reconhecida como objeto da prática do Serviço Social:

“Falou que tem atendimento à família, falou em Serviço Social”  
(Entrevistada B).

No decorrer de toda a trajetória histórica do campo da saúde mental, os primeiros contatos realizados com os familiares dos portadores de transtorno mental tinham como finalidade traçar um perfil deste indivíduo através da coleta de dados socioeconômicos e da sua história de vida, para que fosse possível compreender os processos que envolviam o retorno à vida social. Assim a família, cada vez mais foi se aproximando, por intermédio das entrevistas, dos atendimentos, das reuniões e dos contatos telefônicos, foi se transformando “numa usuária direta e permanente” do serviço social (Rosa, 2003).

O contato direto do Serviço Social com as famílias se faz presente em todas as esferas de trabalho desta categoria profissional, e por isso esta realidade não se apresentou de modo diferente no campo da saúde mental. Contudo, hoje, após o processo de reconceitualização do Serviço Social e processo de reforma psiquiátrica, espera-se que estes contatos extrapolem a demanda inicial, pois ao falar em desinstitucionalização, entendo que isto significa tratar o sujeito em sua existência e em relação as suas condições concretas de vida na sociedade. Então, o tratamento deve deixar de ser apenas exclusão/mortificação/retorno à mesma vida de exclusão, para tornar-se espaço de possibilidades de construção de novos projetos de vida e inserção social, conforme Baptista:

“O uso de modelos fixados a duras identidades alheias ao cotidiano poderá fomentar, até mesmos nos profissionais empenhados na consolidação da reforma psiquiátrica, equívocos políticos que poderão traduzir a luta contra a lógica manicomial em um superficial

deslocamento de território, isto é, uma transposição do manicômio para outros espaços destituídos de muros de exclusão” (2003:226).

Esta nova abordagem apresenta enormes desafios, na medida em que exige mobilizar recursos intersetoriais amplos, em políticas sociais diversas, em um contexto econômico e político mais geral bastante desfavorável.

As orientações diversas (previdência, documentação, aconselhamentos, encaminhamentos, etc) também se caracterizam como uma atribuição clássica do Serviço Social, como podemos constatar no depoimento abaixo:

“Os benefícios de LOAS e aposentadoria em relação ao passe livre só o Assistente Social que faz” (**Entrevistada D**).

“(...) esclarecimento dos direitos que eles têm tanto aqui, como fora daqui” (**Entrevistada C**).

Para desvendar a prática profissional cotidiana, Iamamoto (1999) adverte que se deve compreendê-la no jogo tenso das relações entre as classes sociais e das relações destas com o Estado. Desta forma, é preciso situar a prática do assistente social no campo da saúde mental correlacionando-a com as alterações no mercado/condições de trabalho em virtude da atual conjuntura neoliberal.

Com relação ao mercado de trabalho, o aumento do desemprego estrutural favorece a política de reajuste salarial restritiva, a flexibilização, a polivalência e os multiempregos. Os trabalhadores têm significativa perda do poder aquisitivo buscando outros serviços, a fim de responder individualmente ao rebaixamento salarial. O profissional, diante deste contexto, não consegue manter um compromisso com os usuários do serviço, não tem tempo disponível para se capacitar e nem consegue muitas vezes estruturar o seu trabalho a contento.

No que tange às condições de trabalho, se por um lado percebe-se um aumento no número de concursos públicos para as diferentes áreas de atuação do serviço social, por outro lado nota-se também que as contradições presentes no mundo do trabalho geradas pelas políticas neoliberais repercutem nas condições de trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde mental.

É a partir da estruturação desta rede de suporte que o atendimento será estabelecido, favorecendo a exclusão ou a segregação a que os usuários da saúde mental são submetidos. A ausência destes suportes na comunidade, sob o meu ponto de vista, só contribui para a negligência social ou para o processo de “transinstitucionalização”, ou seja, o usuário deixará de ter o hospício como referência, mas o CAPS sem uma rede de suporte não conseguirá fazer a transposição para o seu retorno à sociedade, e o usuário terminará institucionalizado em outras instituições totais, como os abrigos e penitenciárias.

Para Caponi (2003), quando os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico se caracterizam pela falta de estrutura/corpo técnico qualificado, acabam reutilizando “as velhas tecnologias de poder própria da psiquiatria clássica”. Assim, deixa-se de internar e de segregar, mas em alguns serviços os “corpos” continuam sendo docilizados através do uso de medicações que só em alguns casos são eficazes. Além disso, as práticas de interrogatório permanecem para que se atribua um diagnóstico binário: louco e não louco.

Nesta mesma linha de entendimento sobre a necessidade de suporte comunitário e qualificação técnica para o trabalho nos serviços substitutivos, Alvarega & Dimenstein (2006:300) ressaltam que “as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem se dar conta, reproduzir a institucionalização e, portanto afirmar o manicômio (...)”. Para os autores, as formas manicomialis de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessando nossas ações dentro e fora dos hospitais psiquiátricos. Por isso, as novas modalidades terapêuticas por si só não garantem a superação desse desejo de exclusão que há vários séculos esteve presente em nossa sociedade.

A pesquisa nos revelou que a abordagem dos Assistentes Sociais nos CAPS tem sido feita com o intuito, mesmo com a presença do transtorno, de buscar romper com os estigmas correlacionados à inclusão sócio-familiar e societária. Vejamos nos depoimentos:

“A gente tenta tratar a loucura como se loucura (...) é um problema que a pessoa tem, mas não impede que ela viva, que ela produza, que ela tenha uma harmonia familiar” **(Entrevistada D)**.

“Eu acho que é ver o paciente como um todo e buscar junto com o usuário a família e incluí-lo na sociedade” **(Entrevistada B)**.

Depoimentos como esses parecem indicar que as entrevistadas têm buscado desempenhar suas atribuições correlacionando suas ações a alguns princípios do Código de

Ética Profissional, pois todas foram unânimes em relatar que têm se empenhado na eliminação de todas as formas de preconceitos com o trato da loucura, como também na defesa e pela ampliação e consolidação da cidadania dos usuários dos CAPS. Ao atuar desta maneira, os assistentes sociais trabalham também da direção de buscar assegurar os direitos dos portadores de transtorno mental assegurados na Lei nº 10.216/01. Esta articulação entre as diretrizes é fundamental para que no dia-a-dia a reforma se efetue, concretizando-se na melhoria do acesso dos portadores de transtorno mental às políticas públicas que assegurem a sua sobrevivência nos espaços comunitários.

Além disso, todas as assistentes sociais afirmaram que as reuniões de equipe fazem parte da rotina de trabalho nos CAPS e que elas contribuem para a elaboração de uma proposta terapêutica condizente com a necessidade do usuário.

A literatura sobre a reforma psiquiátrica no Brasil vem reiterando essa constatação do caráter democrático, participativo e razoavelmente igualitário da contribuição dos vários profissionais em suas reuniões semanais da equipe dos CAPS. Em um CAPS, constatou-se que as reuniões acontecem sem a participação dos psiquiatras, mas não é a realidade dos demais.

“A reunião é importante porque é o espaço que a gente tem para conversar as coisas do dia-a-dia. Para a gente discutir os casos que a gente percebe ser mais complicados, mais difíceis. As questões administrativas a gente sempre tem que estar revendo, (...)” **(Entrevistada C)**.

“Todos os assuntos da semana a gente discute, cada caso clínico a gente discute.” **(Entrevistada A)**.

“É muito importante porque são discutidos todos os assuntos da casa, (...) coisas burocráticas até a discussão de um caso.” **(Entrevistada D)**.

É importante ainda ressaltar que as reuniões de equipe apresentam desafios que são relevantes e devem ser mencionados.

“O nosso grande desafio é a gente conseguir ter uma não só integração, a gente tem uma integração mais é também não ter uma fala homogeneizada no sentido de estar todo mundo concordando, mas é poder discutir as ações e avançar no sentido da prática interdisciplinar” **(Entrevistada C)**.

Antes de avançar nesta discussão, contudo acredito que seja necessário recapitular um pouco a trajetória da atuação do assistente social no campo da saúde mental. As primeiras práticas no campo da saúde mental iniciaram-se nos anos 1940 nos Centros de Orientação Infantil (COI), e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ), onde os assistentes sociais atendiam aos jovens e a suas famílias desempenhando uma prática hegemonicamente inspirada no modelo higienista. Assim as primeiras atuações dos assistentes sociais eram pautadas por uma visão funcionalista, ou seja, de disfunção, de patologia, na qual o portador de transtorno mental era visto como um desviante e seus familiares muitas vezes eram culpabilizados pelo adoecimento. Esta visão de fundo inspirava também a prática nos hospitais psiquiátricos, sendo que nesses espaços, segundo Vasconcelos (2002), os assistentes sociais atendiam as variadas demandas provenientes dos usuários e dos familiares tais como: roupas, contatos telefônicos, recursos sociais e financeiros.

“Em algumas instituições as assistentes sociais com frequência também se engajavam em campanhas para aquisição de roupas, cigarros e bens de primeira necessidade dos internos, em uma prática nitidamente assistencialista” (Vasconcelos, 2002:187)

Nesse contexto as práticas profissionais eram uniprofissionais e o assistente social atuava de forma subalterna ao saber médico, como podemos verificar em:

“Na porta de entrada e saída dos hospitais, funcionando de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares do paciente e/ou de contatos com os familiares para preparação para a alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos (...)” (Vasconcelos, 2002:186).

Desde então, apesar de algumas iniciativas tentarem imprimir uma nova dinâmica para a atuação no campo da assistência hospitalar, as práticas continuaram bem próximas daquelas da década de 40. Somente com o movimento de reforma psiquiátrica brasileira é que as práticas e o lócus central da atuação da maioria dos profissionais foram revistas. Esta revisão possibilitou um novo fazer em psiquiatria, rompendo, sobretudo com o paradigma da institucionalização/segregação, e sendo colocada à disposição do portador de transtorno mental uma equipe multiprofissional, incluindo o assistente social. A equipe passou trabalhar com a perspectiva de inclusão social e de garantia de direitos. Para Bisneto (2007)

o movimento de reforma psiquiátrica propiciou uma prática em saúde mental mais politizada e ampliou a contratação de assistente social.

O campo da saúde mental foi compelido a passar por um processo de revisão, ampliando suas abordagens e rompendo com os paradigmas da psiquiatria clássica. Desta maneira foi possível construir um novo saber que segundo Vasconcelos (2000:43) não fosse “apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados”. Assim, as práticas interdisciplinares passam a ser acolhidas dentro das equipes de saúde mental. Cabe-me fazer uma ressalva nesse ponto, pois a prática interdisciplinar e pluralista não deve ser confundida com a prática eclética, ou seja, a conciliação e o uso simultâneo, indiscriminado de teorias e ponto de vista ético inconciliável devido a sua base conceitual e epistemológica.

Em meu entendimento, as práticas interdisciplinares devem se pautar por valores ético-políticos e projeto assistencial consensuado, que orientem as diferentes práticas, e seja capaz de gerar mudanças estruturais, aumentar a reciprocidade e acima de tudo favorecer a horizontalização das relações de poder entre os profissionais. No campo em questão os profissionais são “chamados” a voltar suas práticas/ações para viabilizar a vida cidadã dos portadores de transtorno mental que parecem compreender estes princípios, mais ainda fora dos hospícios.

No campo pesquisado, as entrevistadas, embora reconheçam a importância da troca de saberes e experiências entre os diferentes profissionais, identificam limites a esses ideais de prática interdisciplinar em seus espaços de trabalho, pois constatam a prevalência ainda de saberes “*psi*” e biomédicos sobre os demais.

“É a integração com os outros profissionais que trabalham na reforma psiquiátrica. No CAPS é a integração, a conversa e o diálogo entre o psiquiatra, a psicóloga e a técnica da oficina de arte e todos que trabalham no CAPS tanto aos que trabalham na cozinha, na limpeza. É muito importante esse entrosamento, diálogo porque ele leva ao alcance do objetivo maior que é a inclusão social (...) há realmente um encontro não só a presença física, mas a presença dele como profissional, a troca de idéias, discussões e dúvidas”. ((Entrevistada A)

“Eu acho que a interdisciplinaridade é muito mais do que a gente estar dentro do seu saber específico (...) é mais que estar só no seu papel, então eu acho que a gente tem que avançar é nesse sentido mesmo. Você tem que ter uma noção geral das coisas. Eu acho que a

interdisciplinaridade é muito isso. Você avançar um pouco mais respeitando, é claro, a especificidade de cada profissão.” **(Entrevistada C)**

“É você trabalhar com (...) não só na sua linha (o Serviço Social), mas com vários profissionais a troca de experiência com os profissionais das demais áreas (...) na verdade, predomina o saber psicológico”. **(Entrevistada D)**

“No mínimo essa troca de saberes, que ao mesmo tempo ele vê o indivíduo como um todo, né. Ele não divide a pessoa em parte biológica, social, psicológica não, você é uma coisa interferindo na outra. (...) eu acho que enquanto a gente vê o paciente só na parte biológica, aliás, é muito na parte biológica ainda. É fundamental esse trabalho interdisciplinar”. **(Entrevistada B)**

Nesta direção, as assistentes sociais percebem que o processo de reforma psiquiátrica tem contribuído para promover alterações nas relações profissionais, embora, as modificações não aconteçam em todos os espaços. Em minha opinião, é possível constatar a resistência de algumas categorias profissionais para compartilharem conhecimentos, ou seja, para saírem da sua área de conforto a fim de compartilharem experiências, discutirem os fazeres profissionais e o porquê desses fazeres; e principalmente de serem questionadas quanto à eficácia de uma terapêutica específica. Vejamos alguns relatos das experiências nos CAPS em Juiz de Fora:

“Sim, não foi uma mudança fácil. É uma mudança que ainda traz mudanças. Porque tira um pouco aquele poder do médico, ele é eu, sabe, ele é dono. Distribui isso. Dá uma dimensão mais real à questão, quer dizer, ele sabe um pouco, ele sabe uma parte, ele não sabe tudo, ninguém sabe, mas introduz outras profissões, outros profissionais, outras formas de enxergar esse tipo de problema” **(Entrevistada C)**.

“Acredito que tenha modificado sim, há uma equipe mais entrosada, que troca mais idéias, um trabalho mais entrosado mais equipe (...) tendo em vista um melhor atendimento aos usuários” **(Entrevistada A)**

“Eu acho que a saúde mental estava nas mãos de um só profissional, a área médica. Com a Reforma Psiquiátrica, hoje o saber ficou diluído”. **(Entrevistada B)**

Para Basaglia (1981), há duas direções básicas que orientaram o projeto prático-teórico das transformações das instituições totais. Creio ser significativo para este trabalho resgatá-las:

- a) a luta contra a institucionalização do ambiente externo, ou seja, em seu projeto, Basaglia conduziu uma luta política para a transformação, no âmbito da sociedade, da forma de lidar com a loucura;
- b) e a luta contra a institucionalização completa do corpo asilar que se referia ao papel do técnico, da ciência e das instituições.

Segundo esse autor, esses dois pontos articulados devem propiciar a construção de um novo tipo de relação entre o doente, médico, a equipe e a sociedade. Desta forma, novas práticas emergem com novas características, como a descentralização e a horizontalização das relações profissionais. A partir de então são construídas, junto com os usuários, familiares e técnicos, novas formas de reger o serviço.

Assim, nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, percebe-se que há uma tendência das atuações profissionais se desenvolverem no sentido da interdisciplinaridade, buscando viabilizar a equidade<sup>49</sup> e a integralidade no atendimento das necessidades apresentadas pelos usuários.

Entretanto isso não significa desconhecer e ignorar as especificidades profissionais. Por exemplo, as atividades consideradas como privativas pelas assistentes sociais continuam a ser a orientação social e familiar.

Diante dos resultados, reconhecemos que os assistentes sociais entrevistados incorporam a direção da reforma psiquiátrica em seu cotidiano profissional. Contudo, a efetivação de práticas interdisciplinares ainda não é uma realidade. Em alguns CAPS avanços efetivos podem ser percebidos; em outros, há muito ainda para se avançar. Porém, não podemos perder de vista que, para a efetivação da reforma psiquiátrica, é preciso que ocorra a disponibilidade do poder público municipal para substituir a lógica hospitalocêntrica por serviços substitutivos, para investir em capacitação profissional, em comprometimento da equipe, juntamente com os usuários e familiares, para construir novas formas de entender e compreender a loucura capaz de assegurar ao portador de transtorno e

---

<sup>49</sup> Segundo Luchese (2003) devido à polissemia do termo a mesma será como a busca por se alcançar a efetiva melhoria das condições de saúde da população num determinado território.

aos profissionais uma abordagem interdisciplinar com habilidade para confrontar os múltiplos desafios de sua sobrevivência fora dos hospícios.

### **5.4.3 As demandas feitas ao Serviço Social**

Sabemos que toda categoria profissional se constitui e se legitima no mercado de trabalho através das respostas dadas às diversas necessidades sociais que lhe são apresentadas. Assim, as demandas são produtos das necessidades sociais concretas de determinado segmento populacional em um dado momento, e que se correlacionam com os processos econômicos, políticos, culturais e sociais mais amplos de nossa sociedade.

O cenário nacional, já explicitado nessa dissertação, induz a processos de mutação e complexificação nem sempre visíveis nas demandas feitas ao serviço social. Segundo Serra (2000), às vezes as demandas tradicionais se inter cruzam com as demandas potenciais.

As demandas tradicionais são aquelas provenientes da constituição histórica da trajetória da profissão. A aqui utilizo o referencial adotado na dissertação de Machado (2007), em que as demandas consideradas tradicionais no campo da saúde mental são consideradas as seguintes: triagem, alta e a abordagem familiar.

As atribuições tradicionais se correlacionam com a trajetória histórica da profissão no campo da saúde mental. No início do processo brasileiro, na década de 40, era papel do profissional de Serviço Social adaptar o sujeito à família, e preservar a ordem social vigente. Nos hospitais psiquiátricos esse profissional atuava oferecendo respostas paliativas aos usuários internados em consonância com os interesses governamentais. O trabalho se baseava em atendimentos individuais e avulsos aos internos dos hospitais. Além disso, era desenvolvido um trabalho com as suas famílias.

As demandas consideradas tradicionais dentro da classificação proposta, e hoje em Juiz de Fora desempenhadas pelas entrevistadas são:

- triagens;
- orientação previdenciária;
- atendimentos familiares;
- visita hospitalar e domiciliar.

A triagem sempre foi uma atribuição do Serviço Social desde os seus primórdios. Nos serviços substitutivos, sua finalidade é de garantir a prioridade para o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes<sup>50</sup>. Neste modelo em Juiz de Fora, as triagens são realizadas nos grupos de acolhimento, conforme podemos perceber no depoimento abaixo:

“se o médico (da Unidade Básica de Saúde) acha que é o caso ele encaminha (para o CAPS). Esta pessoa vem no dia, participa do acolhimento onde a gente fala o que é o CAPS, como funcionam as oficinas, quais as atividades (oferecidas)...”. **(Entrevistada A)**

Geralmente, a equipe de acolhimento é constituída por dois profissionais, que realizam entrevista individual, coletando os dados trazidos pelo usuário, ou familiar. Esses dados são apresentados nas reuniões de equipe, e a partir de então é estabelecido um plano terapêutico e definido um técnico de referência. O técnico de referência é o profissional responsável mais diretamente por acompanhamento mais personalizado do tratamento proposto ao usuário, revisando-o sempre que necessário. Esse último será discutido com o usuário na perspectiva oferecer subsídios para o melhor enfrentamento do seu processo de adoecimento psíquico/saúde. Usualmente, ocorre um revezamento da equipe técnica no acolhimento. O Assistente Social participa deste processo, expressando uma dimensão coletiva do trabalho. O acolhimento, portanto, é a porta de entrada para o CAPS. Assim, os profissionais que realizam este trabalho devem estar atentos, em nossa perspectiva, à seguinte pergunta:

“De que sofrem as pessoas acometidas de transtorno mentais? Seus depoimentos são claros: a doença lhes causa grandes sofrimentos, porém o que as faz sofrer mais são o isolamento, a inatividade, a exclusão social e a estigmatização”. (Faleiros, Sem data).

A escuta qualificada permite a construção de um processo terapêutico que abarque toda dimensão da realidade, indo além das perspectivas institucionais e abrangendo o sujeito em sua totalidade:

---

<sup>50</sup> Conforme a Portaria nº 336/ GM de 19 de fevereiro de 2002.

“as pessoas chegam aqui bastante retraídas, aí elas (gradualmente) se relacionam melhor, participando melhor da vida, mais ativas, refletindo sobre as questões dos preconceitos(...)”. **(Entrevistada A)**

Nesta perspectiva, discordo da afirmação de Rodrigues (2002:98),

“a postura voluntarista do Serviço Social na Saúde Mental, podendo ser encontrada nos serviços de atenção diária, Hospitais-Dia e Centros de Atenção Psicossocial, tem se expressado como uma certa representação da profissão como ‘acolhimento’(...)”.

A maioria das entrevistadas declarou realizar orientação previdenciária. Segundo Bisneto (2005: 112), “o Serviço Social está na saúde mental devido à Previdência Social e atualmente à seguridade social”. Assim, o procedimento é visto pelos profissionais como algo instituído e que o Assistente Social é o técnico mais qualificado para realizar esta intervenção. Conforme podemos constatar no depoimento abaixo:

“Sempre foi. Eu nem sei te explicar, na verdade os médicos são muitos inseguros com relação a isso (orientação previdenciária). O próprio psicólogo (também). Então, qualquer orientação que venha a respeito disso eles encaminham para o Serviço Social”. **(Entrevistada D)**

“A gente tem uma procura muito grande de estar orientando, encaminhando, de marcar perícia de acordo com a dificuldade, às vezes, do usuário/familiar (em fazer o agendamento)”. **(Entrevistada B)**

Outra demanda é o atendimento familiar. Este tem sido realizado de forma individual ou grupal. O Assistente Social, ao realizar o atendimento familiar ou grupal, possibilita a construção de um espaço de participação popular e de controle social dentro da instituição. Assim, novos caminhos podem ser construídos no sentido de ampliação dos direitos dos portadores de transtorno mental.

“Nesse trabalho a gente procura, não só para falar do tratamento do paciente, como lidar com o paciente, mas também (abordar as) questões de cada um dos familiares”. **(Entrevistada B)**

“Vamos retomar o grupo com familiares, nós fizemos no ano passado um grupo de familiares de caráter informativo. Mas a gente percebeu que eles têm uma necessidade maior, então estamos reformulando”. **(Entrevistada C)**

Nesse último relato, percebemos a preocupação em reformular o atendimento familiar devido às demandas apresentadas pelos participantes. Esse fato nos permite inferir que há um comprometimento ético profissional em estar sempre revisando e refletindo sobre o trabalho desenvolvido, para que o mesmo responda aos anseios dos usuários.

Vasconcelos (2008) chama a atenção para as inúmeras dificuldades vivenciadas pela família ao cuidar de um ente com transtorno mental. Segundo este autor, o ônus do cuidado normalmente recai sobre a mulher que abre mão de seus projetos de vida para cuidar de alguém. Desta forma, é preciso que todos os tipos de serviços substitutivos destinem um espaço para que os cuidadores possam participar do projeto terapêutico de seu parente, como também dos serviços oferecidos, estabelecendo-se uma relação de afinidade, cumplicidade e reciprocidade. Em um dos CAPS, a Assistente Social relatou que o grupo de familiares está sendo reestruturado para:

“a gente está com a idéia de fazer um grupo com os familiares, esclarecer um pouco essas questões. Ver as dificuldades, pois os familiares apresentam-se extremamente ansiosos, desgastados. (...) de tentar diminuir um pouco da ansiedade, do cansaço de lidar. Às vezes são hiper-protetores, o que não é bom”. **(Entrevistada C)**

As visitas domiciliares e hospitalares são realizadas para acompanhar o usuário que, momentaneamente, se encontra afastado do CAPS. Esta atribuição também vem sofrendo modificações nos serviços substitutivos, como podemos verificar no relato abaixo:

“Há uns três anos atrás, só o Assistente Social que fazia a visita domiciliar. Hoje não, com a reforma a gente falou não é só o Assistente Social que tem que fazer visita. Eu acho que todo profissional (deve fazer), se você é a referência. Você é que tem que ir”. **(Entrevistada D)**.

Neste sentido os CAPS, seguindo os preceitos da reforma psiquiátrica italiana, devem ser espaços potencializadores de novas experiências para toda a equipe técnica, rompendo o modelo biomédico e especialista que sempre norteou os cuidados em saúde mental.

Já as demandas atuais neste campo são fruto do processo de reforma psiquiátrica em vigor. Este processo preconiza o atendimento territorializado, por isso impõe novas formas de cuidado aos portadores de transtorno mental. Nesse contexto, novas demandas são atribuídas aos Assistentes Sociais.

- orientação e encaminhamento de direitos sociais;
- trabalho intersetorial;
- técnico de referência;
- oficinas (de artesanato);
- oficinas ligadas diretamente à cidadania.

Todas as entrevistadas foram unânimes em relatar que fazem cotidianamente orientação e encaminhamento de direitos sociais assegurados na Constituição de 1988<sup>51</sup>. A diretriz desta atuação está pautada no Código de Ética Profissional, como também no projeto Ético-Político da profissão.

“A questão da inserção social, dos direitos sociais. Eu acho que o Serviço Social tem mais instrumentos para isso né? (...) até incluindo os benefícios, a inclusão social e os direitos dos cidadãos, eu acho que o Serviço Social tem mais instrumentos para isso”. **(Entrevistada B)**

Cabe ressaltar que a prática profissional do Assistente Social é permeada pelas contradições concretas das desigualdades sociais. Os usuários das políticas sociais têm seus direitos, constantemente ameaçados particularmente após a adoção do projeto neoliberal em nosso país. Contudo, este profissional pode desenvolver atuações capazes de provocar mudanças na vida dos sujeitos. Uma ação importante desenvolvida por esta categoria profissional é a socialização de informações, conforme previsto no Código de Ética Profissional, que em seus princípios fundamentais defende (CFESS, 1993)

“o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”.

Se essa dimensão da prática profissional for perdida de vista, pode-se incorrer no que Yamamoto denomina de “*fatalismo*”, entendido como “uma visão perversa da profissão concebida como totalmente atrelada às malhas de um poder tido como monolítico resultando disso a impotência e a subjugação da profissão ao instituído” (Yamamoto, 1998:213).

---

<sup>51</sup> ECA, SUS, LOAS/BPC.

O trabalho intersetorial<sup>52</sup> aparece de forma contraditória nos relatos das entrevistadas. Antes de resgatá-los, creio ser importante fazer algumas considerações à cerca da intersetorialidade.

Os CAPS trouxeram várias inovações no tratamento do portador de transtorno mental e destinam-se a ser serviços municipais, abertos, comunitários e de base territorial. A territorialidade ocorre de duas maneiras segundo Poletti (2008:13):

- a) “se refere à área de abrangência dos atendimentos num distrito, referindo-se à área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo de população;
- b) o território também é gerador de uma dinâmica em que os grupamentos humanos se criam e se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica. Território onde cada sujeito estabelece seus pontos de ancoragem, apoio, sustentação.”

A reforma psiquiátrica brasileira em curso requer que sejam desenvolvidas ações integradas e intersetoriais com as demais políticas públicas vigentes como a de educação, de geração de trabalho e renda, de habitação, de assistência social, de lazer e de cultura, etc. Requer também que sejam estabelecidas parcerias com as Universidades, com o Ministério Público, com as Organizações Não Governamentais (ONG's) e finalmente com a comunidade na qual o usuário do serviço mora e estabelece suas relações pessoais e familiares. É nessa ampla rede que a intersetorialidade deve ser pensada e trabalhada.

Feita estas considerações, vejamos como as entrevistadas percebem a relação da política de saúde mental com as demais políticas públicas:

---

<sup>52</sup> Devido à polissemia do termo intersetorialidade vamos apresentá-lo na visão de Vasconcelos & Morgado (2005) e de Junqueira (2000). Para Vasconcelos & Morgado (2005) a intersetorialidade compõem a visão mais ampla das diferentes possibilidades de interesses comuns e de ação integrada e compartilhada no interior de diferentes instâncias de política pública. No plano nacional a intersetorialidade demanda uma ação mais global e engajada de programas de desenvolvimento econômico e social que articulem as diversas agências governamentais e da sociedade civil num planejamento global capaz de promover ações integradas e colaborativas em rede, com referência no território.

Para Junqueira (2000) a intersetorialidade implica mudanças na organização tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas. A intersetorialidade permite que se tenha uma visão integrada dos problemas sociais atrelada a idéias de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde.

“Eu acho que é ainda um pouco falha essa questão, porque tem a questão da desospitalização, mais a questão dos direitos dessas pessoas, a integralidade, o acesso a outros serviços de saúde (...). Então, eu acho que ainda não está muito conectada com as outras políticas. Fica muito ao sabor do momento político. Teve um período que estava mais articulado com a redução dos leitos hospitalares e com a criação das residências terapêuticas. A gente tenta parceria. Mas, com relação aos outros CAPS não é uma relação próxima. E a gente tem tentado parcerias com as outras instituições”. **(Entrevistada C)**

“Eu acho que a política de saúde mental está começando a ser colocada em prática em Juiz de Fora. Acho que ainda não existe essa integração com as políticas e a política de saúde mental. A relação entre os serviços é boa porque tem o CRRESAM<sup>53</sup>, o HPS<sup>54</sup>, as UBS<sup>55</sup> e os CAPS. O relacionamento dos modelos substitutivos é bom. A gente sempre tem reunião e a gente troca experiências.” **(Entrevistada B)**

“Eu acho que ainda não existe essa integração com as políticas e a política de saúde mental. Ainda não está sendo colocado em prática mesmo. A gente não tem essa relação muito próxima. A gente conseguiu com alguns hospitais psiquiátricos esse contato, de estar conversando com eles, sobre alguns usuários nossos, que foram internados. A gente tenta internar no hospital geral. No hospital geral a gente tenta que eles fiquem lá e isso facilita para a gente. A gente está conseguindo ter essa abertura e ter esse contato com o profissional que está ali atendendo esse usuário nosso.” **(Entrevistada B)**

Diante dos relatos, podemos perceber que a precariedade da rede de atenção psicossocial compromete o desenvolvimento de ações intersetoriais. As ações ficam restritas aos encaminhamentos individuais, através do contato telefônico, visando à articulação com alguns programas e serviços de forma pontual e fragmentada. Portanto, o processo de intersetorialidade no campo da saúde mental em Juiz de Fora ainda é uma realidade distante. Entretanto, é possível alcançá-la, se houver o empenho do poder municipal e dos atores políticos e sociais da sociedade civil em articular as políticas públicas sociais, como também o envolvimento das equipes profissionais que atuam em toda a rede.

Algumas ações neste sentido começaram a ser efetivadas apenas em um dos CAPS, conforme relatou a **Entrevistada D**,

“Hoje estamos trabalhando em área de abrangência, então a gente está atendendo a Região (X). Nós fazemos o matriciamento na Unidade Básica

<sup>53</sup> CRRESAM - Centros de Regionais de Referência em Saúde Mental

<sup>54</sup> HPS - Hospital de Pronto Socorro

<sup>55</sup> UBS - Unidade Básica de Saúde

de Saúde (UBS). Uma vez por mês, a gente faz o matriciamento, vai o psiquiatra, o Assistente Social e uma enfermeira. A gente tem o contato dos casos dos CAPS que vão para lá (UBS). Quando o caso está estabilizado a gente devolve para a equipe de lá, quando os casos não estão estabilizados eles ficam fazendo tratamento aqui. Então, a gente tem essa troca também de conhecer a realidade da UBS, que tipo de trabalho é feito lá. Se a UBS acha que o usuário tem que fazer o tratamento mais constante no CAPS, a gente faz o acolhimento aqui e a pessoa faz o tratamento aqui. A gente tem o contato com a família e com a UBS. É esse tratamento em rede que a gente não tinha. Agora a gente está trabalhando, (assim) de dois anos para cá. A equipe do CAPS, para realizar este trabalho, fez um ano de treinamento em saúde mental aqui, para a gente aprender a trabalhar em território, os profissionais são divididos em região e a região (X) abrange vários bairros.”

O técnico de referência é o responsável pelo acompanhamento do usuário nesta abordagem voltada para a integralidade. Este técnico deve buscar acessar e articular todos os recursos disponíveis para o tratamento do usuário, e deve repassar todas as informações relevantes para que a equipe também consiga penetrar no “mundo daquele sujeito que sofre”. Todos os membros da equipe são motivados para atender o usuário em sua totalidade. Machado (2007:130) ressalta que não há “abandono/diluição de identidade profissional, mas um aprofundamento do núcleo de atividade cuidadora em detrimento do recorte de um profissional”.

Por sua vez, as oficinas de artes/cultura são desenvolvidas pelas entrevistadas com o objetivo de “melhoria da qualidade de vida” e de “inclusão social”. Entretanto, em um dos CAPS, os coordenadores deixam a iniciativa das atividades aos usuários de acordo com suas habilidades.

Rodrigues (2002) adverte que as oficinas terapêuticas ou laborativas estão sendo desenvolvidas, sem que haja uma reflexão, um objetivo claro que este trabalho deva atingir. Ao agir dessa forma, o Assistente Social se perde no “tarefismo”, o que não contribui para o processo de inserção social do portador de transtorno mental.

Concordo com Rodrigues (2002) quando alerta para a necessidade de que as oficinas terapêuticas ou laborativas não tenham sua validade no acordo terapêutico firmado com o usuário e, portanto uma vez que considero que as mesmas possuem validade. Entretanto ressalto que ao utilizar este dispositivo o técnico deve ser capaz de avaliar quais são os usuários que vão se beneficiar e o quanto essa atividade poderá auxiliar no processo de saúde/sofrimento psíquico de forma a garantir a reinserção social do usuário.

Em relação às oficinas ligadas diretamente a uma proposta de cidadania, as entrevistadas ressaltam que o objetivo desse trabalho é a democratização de informação sobre os direitos sociais como podemos observar no depoimento abaixo,

“na oficina de cidadania são passadas informações relativas a benefícios, atividades, cursos profissionalizantes”. (**Entrevistada C**).

Percebe-se, nas falas das entrevistadas, que o objetivo desta oficina é de propiciar a troca de experiências, favorecendo um olhar coletivo e reflexivo para as questões que antes ficavam restritas ao universo de cada usuário.

Esses resultados nos demonstram quais são as demandas que permeiam a prática profissional dos Assistentes Sociais nos CAPS, e como essas favorecem a construção de novas formas de relações entre as equipes de trabalho. Pudemos observar que algumas demandas tradicionais continuam presentes em nossa categoria profissional, tal como a orientação de direitos previdenciários, as triagens e os atendimentos familiares, sendo que tanto a orientação previdenciária como os atendimentos familiares foram considerados como atribuição específica do Assistente Social. Em relação às novas demandas neste campo, precisamos estar mais atentos ao propormos as oficinas laborativas/terapêuticas, para que as mesmas tenham uma função terapêutica e de reinserção social mais direta no processo de saúde/sofrimento psíquico do usuário.

#### **5.4.4 A política de saúde mental na visão dos profissionais**

O processo de reforma psiquiátrica, em curso em nosso país, tem ocasionado mudanças em torno dos “*fazeres profissionais*,” incluindo o “*fazer*” do Assistente Social. As alterações se correlacionam com o deslocamento do “*lócus*” do espaço de cuidado do hospital psiquiátrico para a sociedade. Além disso, o tratamento passou a ter uma dimensão mais ampla, porque objetiva dar o suporte necessário ao portador de transtorno mental grave em sua comunidade, através da articulação de rede integrada de políticas sociais públicas, preservando seus laços sociais e familiares.

Contudo, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil ganhou força no período em que as políticas neoliberais passaram a ser adotadas pelos governantes brasileiros. Nesse contexto, os investimentos públicos destinados às políticas sociais foram diminuídos e

oferecidos de forma instável e irregular ou fortemente cortados. O Estado foi paulatinamente transferindo suas responsabilidades sociais para o setor privado e para o Terceiro Setor, colaborando para o processo de sucateamento dos serviços públicos. Assim, as políticas sociais brasileiras estão, segundo Yasbec et al (2008: 26), “centradas em situações limites em termos de sobrevivência e direcionadas aos ‘mais pobres entre os pobres’, perdendo-se do horizonte a direção de universalização dos acessos aos direitos”.

Na atual conjuntura, a precarização do trabalho e o desemprego estrutural são uma das faces mais explícitas da questão social. Em consequência, a população mais pauperizada sofre com o sucateamento dos serviços públicos ofertados. Esse quadro é reconhecido pelas entrevistadas como podemos verificar nos seguintes relatos:

“a gente esbarra em muitos problemas, por exemplo, a gente não tem um carro só para o CAPS. Já houve caso aqui do usuário passar mal e a gente ter que ligar para o SUS, esperar (o carro) vir, para pegar”. **(Entrevistada D)**

“o entendimento do que é o trabalho, pela própria chefia e pelo próprio departamento do que é esse trabalho. A cobrança de uma produtividade cada vez maior e o tempo que você precisa para estar com aquela pessoa (usuário) para ouvir aquela pessoa. Até para refletir sobre o que você ouviu para devolver para ele, para trabalhar as questões com ele. Aqui dentro (a gente) não tem oficina, a gente trabalha com o pouco que a gente conhece ou o que eles próprios (os usuários) conhecem e se propõe a fazer. **(Entrevistada C)**

“A gente não tem recurso. As oficinas se mantêm com os produtos que ela (usuários) produz e vende. A gente não tem verba direcionada para estar atendendo, desenvolvendo essas atividades”. **(Entrevistada B)**

É nesse contexto de sucateamento dos serviços públicos que a reforma psiquiátrica vai sendo implantada nos municípios. Em algumas cidades, ela assume traços que indicam um processo de desospitalização, em outras se assemelham à proposta que desinstitucionalização defendida por Basaglia. As diferenças entre ambas estão na forma como o poder público municipal e a sociedade encara esse processo, promovendo de fato o repasse de recursos conforme previsto na legislação, criando os serviços substitutivos e estimulando a integração da política de saúde mental com as demais políticas públicas. Contudo, não podemos perder de vista a importância dos trabalhadores de saúde mental neste processo. Estes devem ser treinados e capacitados permanentemente, para evitar que as dificuldades cotidianas atrofiem sua prática. E, finalmente, os usuários e familiares

devem estar suficientemente organizados e mobilizados para contestar qualquer eventual queda na qualidade dos serviços substitutivos.

A articulação entre esses atores sociais pode viabilizar a construção de novas formas de entender/compreender a loucura, através da criação de serviços substitutivos ao modelo clássico hegemônico. Rotelli (2001:31) ressalta que,

“Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais (...)”.

Ao serem indagadas, se existe no município alguma relação dos CAPS com o movimento da luta antimanicomial, todas as entrevistadas não responderam a essa pergunta. A não resposta pode indicar uma fragilidade na organização dos profissionais, de usuários e familiares que compõem o movimento no Brasil. Como constatei anteriormente, o movimento de reforma psiquiátrica e antimanicomial se mobilizou em Juiz de Fora no início da década de 90, mas refluíu a partir daí. Os depoimentos das assistentes sociais dos CAPS da cidade parecem indicar que elas não visualizam qualquer possibilidade de terem um papel ativo neste campo do ativismo social e político fora dos serviços.

De forma similar, a pesquisa revelou que a articulação da política de saúde mental com as demais políticas públicas ainda está em processo de construção. A meu ver, é preciso que o poder público municipal assuma esse compromisso, para que o processo de reforma psiquiátrica na cidade dê seus primeiros passos rumo à garantia da manutenção da vida dos portadores de transtorno mental fora dos espaços hospitalocêntricos.

#### **5.4.5. Segregação versus inclusão social.**

“A iminência de descredenciamento de 200 leitos femininos de saúde mental em dois hospitais de Juiz de Fora provoca uma corrida contra o tempo por parte da Prefeitura.”(Jornal Tribuna de Minas, de 26 de maio de 2009.)

A reforma psiquiátrica italiana propiciou um novo pensar a respeito da “loucura” e suas formas de abordagens, implementando uma nova resposta social ao processo de adoecimento, não mais centrado no asilamento. A ruptura se centrou na questão de agenciar o problema da “loucura”, permitindo a permanência do portador de transtorno mental na sua comunidade e preservando os seus laços sócio-familiares. Entretanto, no modelo ainda hegemônico na reforma psiquiátrica brasileira, o hospital psiquiátrico coexiste com os serviços substitutivos.

Para a garantia do atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde é imprescindível a expansão da rede de atenção psicossocial, em especial o aumento do número de CAPS III em municípios com mais de 500.000 habitantes, para que a partir da construção da rede alternativa, os hospitais psiquiátricos se tornem obsoletos/desnecessários. Sabe-se da importância do CAPS II no processo de estruturação da rede de atenção. Contudo, por causa sua dinâmica de funcionamento, ele não consegue atender os usuários mais “graves” nos finais de semana, nos feriados e por 24 horas, dando força aos municípios que ainda não dispõem de CAPS III para a permanência da centralidade nos modelos hospitalocêntricos. Portanto, a efetivação da reforma psiquiátrica em curso requer agilidade no processo de superação dos hospícios, através da implantação de uma rede substitutiva que garanta o cuidado e a inclusão social dos portadores de transtorno mental grave todos os dias da semana e a toda hora.

Vasconcelos (2009) chama a atenção para o “nó” do atendimento de emergência devido ao número inexpressivo de CAPS III<sup>56</sup>, colaborando para que as emergências sejam atendidas em hospitais psiquiátricos, através das internações de curta permanência. O autor ressalta que algumas cidades mantêm leitos psiquiátricos em hospitais gerais; contudo o baixo número destes não consegue responder à demanda.

A política de saúde mental juizforana é marcada pela forte presença dos hospitais psiquiátricos ainda privados, e por uma rede de atenção psicossocial ainda em construção. A falta de estrutura da rede extra-hospitalar colabora para que as internações sejam ainda de longa duração, conforme o depoimento abaixo,

---

<sup>56</sup> Segundo os dados do Ministério da Saúde em todo território nacional há 39 CAPS III. Esses dados referem a janeiro de 2009.

“A internação nos hospitais psiquiátricos é por trinta dias. O nosso objetivo no CAPS é tentar diminuir as internações.” **(Entrevistada D)**

A pesquisa também revelou que existe uma preocupação em realizar contatos com o Hospital de Pronto Socorro (HPS), atual porta de entrada para as internações psiquiátricas no município, a fim de evitar o remanejamento do usuário para a rede conveniada, evitando internações que podem chegar à longa permanência. Na medida em que na cidade estas internações são regulares, a preocupação das assistentes sociais em acompanhar o usuário internado é a meu ver, válida e positiva na lógica da noção de integralidade das ações em saúde mental. Vejamos,

“A proposta também de ter um relacionamento mais íntimo com o HPS. É o que a gente realmente preconiza, e que está acontecendo, se o usuário nosso vai para o HPS eles ligam para cá e falam: - você sabia que o usuário(X) está aqui? Ou então a família liga, a gente tenta ao máximo não internar, e quanto não tem jeito fica em observação uns dois ou três dias. Se tiver condições a gente traz”. **(Entrevistada D)**

“a gente tentar internar no hospital geral (HPS). A gente tenta que eles fiquem lá, (o que) facilita para gente. A gente está conseguindo ter essa abertura e ter esse contato com o profissional que está ali atendendo a esse usuário.” **(Entrevistada B)**

É relevante a preocupação da equipe técnica em buscar estreitar o relacionamento com o serviço de porta de entrada para as internações (HPS). Sabe-se que esta é uma medida paliativa, pois essa iniciativa fica muito *a mercê* do envolvimento do técnico com o usuário/familiar. Acredito que o município deva estabelecer uma normatização, determinando que o HPS informe aos CAPS todas as internações realizadas, para que os técnicos possam discutir em conjunto quais as alternativas viáveis para aquele sujeito que sofre, priorizando sempre o seu retorno ao seio comunitário.

A pesquisa também revelou que a permanência do hospital psiquiátrico no município é percebida de forma diferenciada pelas entrevistadas, conforme podemos perceber nos relatos:

“acho que a gente consegue manter em Hospital Geral (HG) sem muitos problemas. Eu acho que a gente está num momento que a gente quer diminuir. Então, a gente não consegue ver se isso é uma necessidade. Quando a gente consegue internar no HPS e ele sai de lá bem, a gente não consegue ver a necessidade do HP. Pode até ser que lá na frente, a gente veja que realmente existe a necessidade de manter o HP, mas de outra forma. O funcionamento desse hospital (deve ser de) uma outra forma. Do

jeito que está hoje, não. Tem que excluir realmente o HP.” **(Entrevistada B)**

“eu não sei se é importante. Eu acho que em alguns momentos em um surto maior, pode ser que a pessoa precise de ficar internada, não o tempo que fica (hoje). Eu acho que em alguns momentos o HP é necessário, mas não sei se na frequência que ele é utilizado ainda hoje.” **(Entrevistada C)**

“acho importante porque, às vezes são surtos muito graves que podem ser momentâneos e passageiros, mas que somente a intervenção no HP é capaz de segurar, pelo menos naqueles momentos” **(Entrevistada A)**

“em certos momentos a internação é necessária” **(Entrevistada D)**

Os relatos acima ainda apresentam a questão da centralidade do hospital no atendimento à “crise”. Neste aspecto, temos que considerar que a manutenção de um hospital psiquiátrico colabora para que a assistência prestada ao portador de transtorno mental fique orbitando ao seu redor. Juiz de Fora mantém na atualidade cinco hospitais psiquiátricos privados, todos conveniados com o SUS, o que colabora, a meu ver, com a cultura dos atendimentos em espaços de exclusão/segregação.

Vejamos um segundo trecho da matéria “Cidade deve perder 200 leitos femininos” divulgada no Jornal Tribuna de Minas do dia 26/05/2009:

“novas internações devem ser suspensas na Clínica (X) e no Hospital (Y) ainda este ano. O descredenciamento foi indicado pelo Ministério da Saúde porque as unidades não obtiveram a pontuação mínima exigida no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH).”

A falta de compromisso das instituições psiquiátricas com a qualidade dos serviços prestados e a inadequação de sua rede física e técnica fazem parte da realidade juizforana, como exposto acima. Desta forma, fica implícita que algumas instituições psiquiátricas no município permaneceram impermeáveis à proposta do processo de reforma psiquiátrica. Por isso, são importantes os dispositivos de fiscalização para que sejam assegurados os direitos dos portadores de transtorno mental principalmente nos momentos de “crise”.

Outro fator relevante a ser considerado está relacionado à falta de preparo da equipe técnica em ajudar o usuário/família a entender o seu processo de agudização, para além da necessidade de uma internação. É fundamental que para se evitar as internações a revisão

do projeto terapêutico deve ser permanente, permitindo ao técnico/familiar “antever” o seu agravamento, lançando mão de diferentes tipos de recursos presentes mesmo no CAPS tipo II, como os recursos terapêuticos, o apoio assistencial à família e a medicação. Portanto, neste contexto, todos são responsáveis em assegurar o atendimento integral ao usuário em seu território. As internações podem ser necessárias quando a rede de atenção psicossocial ainda não dispõe de CAPS III; contudo este deve ser o último recurso terapêutico a ser adotado.

Silva (2005) ressalta que, quando a internação era o primeiro recurso pensado para o tratamento do portador de transtorno mental havia, uma grande responsabilidade do Estado em financiar a assistência, enquanto os familiares e profissionais tinham um ônus menor. Para o autor, com os serviços territorializados “a relação entre técnicos e familiares se intensifica na divisão cotidiana de cuidado e, principalmente, de responsabilidades pela gestão emocional, relacional e também econômica do usuário; o Estado redireciona seus gastos às políticas públicas locais (...)”. (Silva, 2005:307)

Com essas observações críticas, consideramos concluída a análise da atenção à crise, para passar à discussão do processo de reinserção do usuário na comunidade.

Em consonância com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com o processo de reforma psiquiátrica em vigor, todas as entrevistadas afirmam trabalhar *em prol* do processo de inclusão do portador de transtorno mental na sociedade:

“eu acho que com a reforma psiquiátrica começou-se a incluir o diferente na sociedade que até então era excluído. É mostrar para a sociedade que o diferente pode estar convivendo, harmoniosamente, porque, às vezes até os próprios familiares querem excluí-lo de alguma forma. O usuário, então, eu acho que não é deixar aqui dentro (CAPS). Aqui é o ponto de partida dele, para ele chegar lá fora e ser visto de uma forma harmoniosa com a sociedade e com a comunidade”. **(Entrevistada B)**

“a (re)inserção do paciente na família, na sociedade, seja através das residências terapêuticas (...) porque a pessoa não pode ter a mesma capacidade, que ela acha que tinha que ter, mas todo mundo tem um potencial”. **(Entrevistada C)**

“a reforma psiquiátrica traz a uma participação maior na sociedade. Eles ficam menos excluídos e pelo contrário temos a inclusão mais abrangente (...) eles vão melhorando, vão se estabilizando cada vez mais. Existe uma estabilização, uma melhora nas formas de tratamento através dos remédios, da psicoterapia, das oficinas, das atividades na sociedade e da participação da família”. **(Entrevistada A)**

“O SUS garante o atendimento a todas pessoas de forma igualitária. A gente sabe que na realidade isso é difícil. A gente procura dar oportunidade para eles correrem atrás das coisas que todo mundo tem. Todo ano a gente faz um estágio em alguns setores aqui em Juiz de Fora. Eles são inscritos e entram na lista para a triagem como qualquer um. Eles não são discriminados por serem pacientes psiquiátricos.” **(Entrevistada D)**

Percebe-se que o objetivo maior apresentado nos relatos das Assistentes Sociais é a busca pela reinserção social do sujeito que sofre em sua comunidade e em sua família, estimulando que os usuários dos CAPS tenham as mesmas condições de acessibilidade às políticas sociais públicas que os outros cidadãos. Desta maneira, a prática profissional não fica restrita a uma patologia do usuário; ela objetiva potencializar o surgimento de novas oportunidades, respeitando a singularidade de cada usuário.

Essa compreensão de prática nos permite pensar, segundo Sawaia, que (1997:80) “a avaliação da prática não se restringe à eficácia da ação, mas à virtude da prática”. Assim, a prática renovada deve ser capaz de promover o diálogo entre os diferentes atores sociais, a fim de estimular a produção de novas subjetividades.

Entretanto, alguns desafios ainda perpassam a proposta de inserção social dos sujeitos que sofrem em decorrência da atual política de saúde mental em Juiz de Fora. Vejamos:

“Eu acho que a (gente) necessitaria estar retornando alguns usuários (os que têm condições) para o mercado de trabalho, às vezes estar trabalhando, mas a gente ainda não tem esse núcleo, para que a gente possa avaliar e estar encaminhando esses usuários para o mercado de trabalho”. **(Entrevistada B)**

“A localização geográfica é um dificultador. A gente está longe da maioria dos bairros, isso é uma reclamação geral (...) motivo de não chegada ao programa, de desistência de tratamento, porque fica caro e tem paciente que precisa de duas conduções e isso onera demais. A questão da gente conseguir parcerias de inserção de algum paciente em alguma outra atividade também é um dificultador”. **(Entrevistada C)**

Os desafios da atual política de saúde mental são imensos, porque como já vimos no decorrer do capítulo, estes variam de acordo com o processo de municipalização da saúde alcançado em cada município, do empenho do gestor municipal em implantar de modo coerente e eficaz as diretrizes e determinações do Ministério da Saúde e da articulação dos

profissionais do campo, familiares e usuários para pressionar cada vez mais para a concretização da construção da rede de atenção psicossocial e intersetorial neste campo. Outro ponto relevante que não apareceu no processo investigativo é a necessidade de se pensar os CAPS como uma etapa do tratamento. Torna-se, portanto, necessário que tanto a equipe técnica como os usuários devam ser capacitados para se pensar o atendimento para fora do CAPS; caso contrário estaremos incorrendo no erro de institucionalizar os usuários dentro do CAPS, e definitivamente esta não era a proposta de Basaglia.

É inquestionável que o processo de reforma psiquiátrica favoreceu o surgimento de novas abordagens, novos princípios, valores e cuidados em relação ao sujeito que sofre através dos dispositivos de atenção psicossociais. Contudo, as práticas não são homogêneas, elas são executadas de acordo com cada realidade e com cada pessoa envolvida nesse processo. Por isso ele está sempre em renovação/construção, potencializando a cada dia o nascimento do “novo”.