

**SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
DESAFIOS, POSSIBILIDADES E NOVAS CONTRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES
SOCIAIS RESIDENTES**

Camilla Paiva Viana¹

Duane Brasil Costa²

RESUMO

O presente artigo objetiva analisar a atuação dos Assistentes Sociais residentes no projeto “Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte”, desenvolvido no âmbito do programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, RIS-ESP/CE. Com o intuito de atingir o objetivo pretendido, o artigo foi dividido em cinco tópicos que abordam a discussão sobre o Projeto Ético-Político (PEP) da Profissão, sua relação o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) e a instrumentalidade do profissional no atual contexto. Posteriormente fazemos a análise dos dados e tecemos as considerações finais. Concluimos que embora a atuação dos profissionais fosse condizente com o PEP da categoria e com o que preconiza a RP, existiram barreiras para a efetivação dessa atuação. Utilizamos o método crítico dialético para a realização da pesquisa que possui natureza qualitativa.

Palavras Chave: Saúde Mental; Serviço Social; Residência; População em situação de rua.

ABSTRACT

This article aims to analyze the performance of resident social workers in the scope of the project "Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte", developed under the program of Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, RIS-ESP/CE. To accomplish the desired goals, this article was divided into five distinct topics that approach the discussion about the Projeto Ético-Político (PEP) da Profissão and its relation with the Reforma Psiquiátrica (RP) movement and the instrumentality of the social worker considering the current context. Subsequently, we provide data analysis and discuss the outcome of this work. In conclusion, we state that therefore the performance of social workers is coherent with the PEP and the with what the RP envisions, there were some obstacles to the complete accomplishment of these activities. We made use of the "métodocríticodialético" in this research which has qualitative nature.

Key Words: Mental Health; Social Work; Residence, Homeless.

¹ Assistente social graduada pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em saúde mental e coletiva pela Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/Ce e mestra em Avaliação de Política Pública pela Universidade Federal do Ceará- UFC

² Assistente social graduada pela Universidade Estadual do Ceará e mestra em Avaliação de Política Pública pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Professora adjunta da Universidade Ateneu- UNIATENEU

INTRODUÇÃO

O presente artigo visa analisar a atuação dos Assistentes Sociais residentes em saúde mental e participantes do Projeto “Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte”, realizado junto à população em situação de rua da Praça do Ferreira, no Centro de Fortaleza, Ceará. De forma mais específica, discutiremos sobre os desafios, possibilidades e as particularidades dessa atuação em um contexto de extrema precarização de políticas públicas, refletindo se estes processos interferiram na qualidade dos atendimentos dos profissionais junto ao público em questão e se foram utilizadas estratégias para subsidiar novas práticas e superar as dificuldades, tendo em vista as competências profissionais e políticas que são demandadas a estes profissionais.

O referido projeto foi desenvolvido ao longo de 6 meses³ no âmbito da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, RIS-ESP/CE, em parceria com a Secretaria da Cultura do Estado do Ceará- SECULT. O mesmo foi idealizado por 6 profissionais residentes da Ênfase em Saúde Mental (3 Assistentes Sociais, 2 Psicólogas e 1 Terapeuta Ocupacional), e a atuação se deu *in loco* no espaço da Praça do Ferreira, no Centro de Fortaleza/CE, um dos vários locais na capital onde pode ser observado um contingente expressivo da população em situação de rua.

Pensamos o “Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte” a partir de um olhar para a realidade do Centro de Fortaleza, local onde se materializa os dados produzidos pela Secretaria do Trabalho e Combate à Fome, cuja pesquisa divulgada em julho de 2015 estima o quantitativo de 1.718 pessoas em situação de rua na capital, destes, 74% faz uso de álcool e outras drogas. Além do

³A princípio o projeto deveria ter a duração de 1 mês por ser uma proposta de intervenção de Estágio Eletivo, que consiste em um período da residência correspondente a 1 mês em que os profissionais podem sair dos cenários de prática nos quais foram lotados inicialmente para desenvolver um projeto interventivo em outro território. Contudo, a coordenação da RIS-ESP/CE considerou o interesse da Secretaria da Cultura e a pertinência das ações propostas pelos profissionais residentes, de modo que o referido projeto teve a duração estendida por 6 meses.

uso de substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde (2012) afirma que os transtornos mentais também são muito prevalentes neste público, o que contribui para o agravamento da condição de vida dessas pessoas. Em caráter nacional, a pesquisa mais recente foi realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e data de 2008, apontando 31.922 pessoas vivendo em situação de rua no país⁴.

As ações em saúde mental executadas neste projeto envolveram atendimentos individuais e em grupo realizados pelos profissionais envolvidos, rodas de conversa, encaminhamento e acompanhamento dos usuários aos equipamentos da rede de saúde e de assistência, bem como a articulação dessa rede em torno dos mesmos. Além disso, foram realizadas ações que prezavam pelo uso de expressões artísticas (batuques, contações de histórias, exposições fotográficas e oficinas de expressão corporal) como estratégia de Redução de Danos (RD)⁵ e vinculação junto ao público anteriormente mencionado que fazia uso abusivo de substâncias psicoativas, a fim de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais. Salienta-se que todas as ações foram realizadas *in loco*, ou seja, no espaço da Praça do Ferreira.

O interesse por realizar esta pesquisa surgiu a partir das experiências vivenciadas durante o período em que permaneci enquanto Assistente Social residente da RIS-ESP/CE, integrando também a equipe do referido projeto. A partir de então, passei a desenvolver ações em saúde mental junto a este público e me sentir inquietada por toda a complexidade que envolvia a nossa atuação.

O Assistente Social, segundo afirma Yamamoto (2015), vem sendo convocado a atuar frente às novas expressões⁶ da questão social, cuja demanda surge cada vez mais complexificada,

⁴Outra informação que consideramos importante em relação às pessoas em situação de rua diz respeito ao fato de que o censo mais atualizado foi produzido pelo MDS em 2008, no qual consta o número de 31.922. Essa pesquisa, segundo Venturini (2016) foi realizada apenas nas cidades com mais de 300.000 habitantes, o que nos leva a questionar veracidade dos dados já na época em que foram obtidos. Ainda de acordo com a autora, em relação aos municípios, 77% deles não possuem qualquer levantamento sobre a referida população e somente no censo que será realizado em 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística eles serão incluídos, a pedido do Governo Federal.

⁵A Redução de Danos é uma política do Ministério da Saúde que visa minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais. Prezando por intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da droga, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência, caracteriza-se como uma estratégia que pensa em práticas de saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida. (VINADÉ, 2009, p. 64, *apud* VIVA COMUNIDADE).

⁶Yamamoto (2015) afirma que a questão social no contexto contemporâneo se reproduz sob novas mediações históricas e assume expressões inéditas, mas possui ainda em sua base os traços que remontam ao seu surgimento, ainda no século XIX, que se relacionam à ordem de produção das relações capitalistas. Não há, portanto, uma “nova” questão social e sim, outras manifestações da mesma questão social, que consiste no conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, na qual a produção social é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação de seus frutos se mantém privada.

fragmentada e múltipla. Dentre os campos de intervenção que emergiram, destacamos neste trabalho a população em situação de rua.

Silva (2009) afirma que não se tem conhecimento de estudos que proponham fazer um resgate histórico do surgimento deste fenômeno no país, mas assinala em sua pesquisa que ele passou a se manifestar de forma mais latente a partir das transformações provenientes do processo de reestruturação produtiva, cujos impactos passaram a incidir no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990.

Essas mudanças, que abordaremos mais adiante, conciliaram uma reorientação do papel do Estado e novas formas de gestão do trabalho. Dito isto, corroboramos com a tese de Silva (2009), que reconhece a população em situação de rua como síntese de inúmeras determinações, mas afirma a centralidade do trabalho e de suas metamorfoses como impulsionadoras do aumento exponencial deste público nas grandes capitais.

O cuidado ofertado às pessoas que sofrem com transtornos mentais, por sua vez, se deu historicamente em instituições asilares, onde o sujeito era afastado de sua família e da comunidade, passando a viver em espaços que desrespeitavam os direitos humanos e os privavam de liberdade. Isso mudou a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica⁷ (RP), que passou a discutir a loucura sob um prisma de múltiplas causalidades.

Hoje entendemos que as expressões da questão social, objeto de trabalho do Assistente Social, são um dos determinantes no processo de adoecimento mental dos indivíduos, portanto, essa mudança de paradigma fomentou o desenvolvimento de políticas políticas nas quais estão previstos o atendimento em serviços de referência com equipes em que se inclui este profissional.

Partindo dessa compreensão, e com o intuito de analisar a atuação do núcleo de Serviço Social do referido projeto, compreendemos que a reflexão aqui pretendida possui pertinência por entendermos que o modo de organização do Estado e de materialização das políticas públicas, que surgem focalizadas, fragmentadas e seletivas no panorama neoliberal contemporâneo (Guerra 2005, 2008; Behring & Boschetti, 2011), estabelecem um cenário pouco favorável à intervenção do Assistente Social.

Fazendo referência específica à política de saúde mental neste artigo, destacamos que a realidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é marcada pela intensa precarização das estruturas físicas, diminuição do número de profissionais para prestar atendimento

⁷⁵ Almejando uma profunda mudança de paradigma de saúde e social a partir do modelo difundido pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), a RP defendia o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos tendo em vista as recorrentes denúncias de maus tratos e violações de direitos humanos que ocorriam nessas instituições. A premissa tinha por base a defesa do tratamento da pessoa com transtorno mental em comunidade, com assistência de uma RAPS formada por serviços diversos, dentre os quais se inclui o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

ao público e parca oferta de atividades para os usuários. Estes desafios são robustos e demandam dos profissionais a capacidade de romper com condutas conservadoras que ainda resistem no campo profissional, e de propor ações que apontem caminhos para um trabalho teleologicamente voltado para a inserção social e cidadania dos usuários.

Para tanto, é necessário que sejam feitas mediações que possibilitem a apreensão do sujeito em sua totalidade, superando a tendência pós-moderna de compreensão do ser social de modo descontextualizado, tendendo a individualização de questões de caráter macrosocial. Intentando alcançar os objetivos citados anteriormente escolhemos utilizar o método crítico-dialético à luz de Araújo (2003), o qual consideramos que propiciou maior aproximação entre a pesquisadora e o objeto que pretendíamos conhecer. O trabalho dos Assistentes Sociais em saúde mental é contruído historicamente e essa atuação está sempre em movimento, se metamorfesando e sendo transformada através dos anos, e por isso se apresenta a pesquisadora de forma complexa.

Essa complexidade é inerente ao objeto, pois ele é constituído por uma gama de outras relações e de processos, o que remete à categoria marxiana de totalidade: para conhecer o movimento do objeto, é necessário desvendarmos os complexos que o compõe. Portanto, para analisar essa atuação, é preciso, dentre outras coisas, situá-la em um contexto sócio-histórico neoliberal, refazer a sua trajetória, descobrir as mudanças de concepções em relação a saúde mental e ao papel desempenhado pelo Assistente Social nesta política.

Consideramos que os temas relacionados à residência e ao modo como se deu a realização do projeto, *in loco*, fora do espaço das instituições, mas não alheio à elas, também fazem parte deste complexo que baliza os desafios, possibilidades e novas estratégias de atuação. Destacamos que outros aspectos mais pessoais, de trajetórias, lutas e formação também serão considerados por delimitarem um horizonte a esse exercício profissional.

Utilizamos como técnica metodológica para a realização da pesquisa a entrevista semi-estruturada (Gil, 2002), que foi realizada individualmente com 2 dos 3 Assistentes Sociais residentes em saúde mental que atuaram junto à população em situação de rua no projeto “Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte”.

Essa entrevista foi composta por 19 perguntas que tiveram como base o referencial teórico que subsidiou as discussões presentes neste artigo, como a emergência do Serviço Social enquanto profissão no contexto do capitalismo monopolista e suas mudanças ao longo da história (Iamamoto, Netto, Montañó), a atuação da categoria na política de saúde mental e relação entre o projeto ético político e RP (Vasconcelos, Fernandes & Ribeiro), Mediação (Pontes), instrumentalidade (Guerra)

e população em situação de rua (Silva). Salientamos que a presente pesquisa foi realizada mediante aprovação do projeto no Comitê de Ética da ESP/CE (CAAE: 68180517.5.0000.5037).

O artigo é estruturado em 5 tópicos. A princípio abordamos a inserção do Assistente Social na divisão social e técnica do trabalho e o perfil por ele adotado naquele momento histórico, fazendo relação com o movimento higienista, o qual direcionava as ações em saúde mental na época. No segundo tópico debateremos sobre o movimento de reconceituação da categoria, que teve início na década de 1970 e culminou em importantes mudanças no perfil do profissional.

Posteriormente analisamos a emergência do projeto-ético político da profissão e apontamos a sua relação com os preceitos da RP, bem como discutimos sobre os processos de trabalho do Assistente Social após as mudanças citadas. No quarto tópico debatemos sobre as competências do Assistente Social no contexto neoliberal e a importância das categorias mediação e instrumentalidade, para logo em seguida fazemos a análise das informações obtidas na pesquisa junto aos Assistentes Sociais do projeto. Por fim, tecemos as considerações finais.

Observando o aumento no número⁸ de profissionais que procuram a residência multiprofissional como uma opção de pós-graduação, acreditamos que a análise realizada possui relevância ao problematizar a atuação dos Assistentes Sociais residentes que realizaram ações de saúde mental junto à população em situação de rua.

1. PROCESSOS DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NO MOMENTO DE SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O MOVIMENTO HIGIENISTA

Com o objetivo de analisar os desafios e possibilidades da atuação dos Assistentes Sociais residentes em saúde mental junto a população em situação de rua é necessário situar o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, assim como seu papel na reprodução das relações sociais no contexto capitalista monopolista. Compreendermos os residentes em saúde mental como um trabalhador assalariado, portanto, faz-se mister tecer considerações acerca da categoria trabalho.

Ao perpassarmos a emergência do Serviço Social enquanto profissão, adentraremos em seguida nas ações da categoria e discorreremos sobre a sua atuação no campo da saúde mental naquele contexto, que segundo Vasconcelos (2002, 2016), tem fortes influências das práticas higienistas da medicina psiquiátrica. Fazer este resgate é importante para que possamos perceber as transformações nos processos de trabalho do Assistente Social na saúde mental.

⁸⁶Em pesquisa realizada pela autora com base nos dados encontrados no site da RIS-ESP/CE, obtivemos que o processo seletivo para a turma III teve 1.684 inscritos, enquanto na turma IV o número de inscrições foi de 2.974. Observou-se um aumento de 76,60%.

Deste feito, Silva (2009), à luz do pensamento de Marx, afirma que o trabalho é condição vital do ser humano, indispensável à manutenção da vida e estruturante da sociabilidade humana. O homem, a partir da ação teleológica, transforma a natureza, a sociedade e a si mesmo, sendo a produção uma atividade social e histórica, pois irá variar a depender do nível de desenvolvimento dos meios de produção. Do trabalho, portanto, resultam os objetos materiais, mas também se estabelecem relações sociais entre as pessoas e as classes. No capitalismo essas relações sociais são convertidas em relações econômicas a partir do momento em que o trabalho assume a configuração de mercadoria, passando a ser negociado entre os homens.

A produção de bens advinda do trabalho torna-se mercantilizada, e o valor das mercadorias é determinado pela quantidade de tempo de trabalho humano necessário para produzi-las, pois

(...) no modo de produção capitalista a jornada de trabalho (...) é constituída de duas partes: uma delas é determinada pelo tempo de trabalho necessário à produção e reprodução da força de trabalho (tempo que determina o valor do salário do trabalhador), a outra corresponde ao trabalho excedente (trabalho não pago, mas utilizado pelo capitalista). Assim a jornada de trabalho compreende o trabalho necessário (pago) e o trabalho excedente (não pago). (SILVA, 2009, p. 51).

A mais-valia, que corresponde a este trabalho excedente e não pago, é a base da expansão do capital, portanto, o aumento da produtividade e da intensidade do trabalho possui nesse contexto a finalidade de tornar o trabalhador produtivo, ou seja, produtor de mais-valia. Diferentemente de outras profissões, o produto do trabalho do Assistente Social não é concreto no sentido de criar de bens de valor, mas isso não o exclui dos processos de produção, pelo contrário.

À medida em que os protagonistas da atuação deste profissional eram os trabalhadores, suas famílias e as condições e situações de vida destes, o Assistente Social encontra-se integrado ao processo de criação de condições indispensáveis ao funcionamento da força de trabalho, à extração da mais-valia (IAMAMOTO, 2005). Portanto, a profissionalização da categoria ocorreu a partir da década de 1930 e está intimamente relacionada aos processos econômicos e políticos que ocorreram na época, o que lhe conferiu um papel a desempenhar na ordem social vigente, pois

O Assistente Social é solicitado não pelo seu caráter propriamente técnico-especializado de suas ações, mas antes e basicamente pelas funções de cunho “educativo”, “moralizador” e disciplinador” (...) o Assistente Social aparece como o profissional da coerção e do consenso, cuja ação recai no campo político (IAMAMOTO, 1992, p.42).

A absorção deste profissional no mercado de trabalho ocorreu por existir um espaço, uma demanda na qual o Estado os convocou a intervir a partir da assimilação de sua formação

doutrinária do apostolado social⁹. Essa afirmação corrobora com a perspectiva socio histórica da gênese da profissão¹⁰ (Montaño, 2009), situando-a em uma conjuntura na qual tem um papel a cumprir na reprodução das relações sociais.

Tomando por base as informações acima, Vasconcelos (2002) ao discorrer sobre os processos de trabalho do Assistente Social na saúde mental no momento de sua institucionalização, afirma que há uma relação direta entre o movimento de higiene mental de base eugenista¹¹ protagonizado pelos psiquiatras e o perfil do profissional existente na época.

O Serviço Social a princípio teve a influência Europeia (franco-belga) no trato da questão social, compreendida em uma perspectiva moralizadora e de personificação dos problemas. A psiquiatria, por sua vez, entendia que as “degenerações humanas” poderiam ser prevenidas por uma educação higiênica e normatizadora na família, nos ambientes de trabalho e na educação, nos quais os trabalhadores e visitantes sociais teriam um papel central, geralmente sob a supervisão dos médicos (VASCONCELOS, 2016).

Ainda segundo o autor, existe uma relação explícita, mas não reconhecida pela categoria entre as disciplinas ministradas nas primeiras escolas de Serviço Social e os princípios da eugenia. Este conteúdo foi integrado à abordagem doutrinária católica e mantido até a década de 1970, quando ocorreu a mudança curricular. Vasconcelos aponta que a inserção do profissional no nincho da saúde mental se deu desde meados de 1940, quando passou a atuar nos hospitais psiquiátricos existentes na época.

A inserção da categoria teve início nas seções de assistência social dessas instituições, as quais até então eram presididas por médicos e compostas por trabalhadores sem qualificação universitária (VASCONCELOS, 2002). Os processos de trabalho consistiam no atendimento das demandas mais imediatas dos pacientes e de seus familiares, como a aquisição de roupas, campanhas para angariar recursos financeiros e outros insumos de primeira necessidade, o que denotava um cunho assistencialista dos procedimentos. Caracterizada também pela subordinação à classe médica, era atividade recorrente a confecção de atestados.

⁹⁷O apostolado social remete às ações de caridade da igreja católica desenvolvidas pelas moças da burguesia. A atuação se dava através de grupos que surgiram após a primeira guerra mundial, e tinha como centralidade a caridade, a filantropia e a missão cristã.

¹⁰⁸Montano (2009) discorre também sobre a perspectiva endógena do Serviço Social, onde é analisado por um viés focalista, que o coloca como um desejo, uma opção pessoal dos filantropos em organizarem-se, não circunscrevendo a profissão em um contexto mais amplo. Nessa visão, não se considera a função na ordem social e política que a categoria possui no momento de sua institucionalização.

¹¹⁹A Eugenia basea-se na ideia de transmissão hereditária de doenças e predisposições mentais que fomentaram o projeto de saneamento racial, uma vez que indivíduos não brancos, amarelos e mestiços foram considerados patológicos em si mesmos (Vasconcelos, 2016). Este conceito é base do movimento de higiene mental, que nasceu nos Estados Unidos no início do Século XX e ganhou força nos países latino-americanos a partir da década de 1920.

Apesar da adoção da matriz positivista¹² no Serviço Social a partir de 1940, numa tentativa de imprimir um traço mais técnico a sua atuação, essa corrente não anulou a influência europeia do fazer profissional. Sobre este fato, Yamamoto (2011) afirma que houve um “arranjo teórico doutrinário”, que consiste na incorporação da influência humanista cristã ao suporte técnico científico, no caso, o positivismo

A partir dessas influências e da visão predominante no período acerca dos transtornos mentais, o Assistente Social nesse cenário não possuía uma percepção mais aprofundada da influência das expressões da questão social sobre o processo de saúde e doença. O indivíduo é compreendido de maneira a-histórica, ou seja, de forma desconectada do seu contexto, tornando as questões macrossociais em problemas de cunho pessoal e de ajustamento.

Com o passar dos anos, a partir da necessidade de repensar a atuação e a identidade profissional, já na década de 1960, visando a inserção da profissão no projeto de modernização nacional, emerge o movimento de reconceituação. Nele, o Serviço Social questionou suas bases teóricas e procedimentos, no intuito conferir-lhe uma nova roupagem, de caráter mais científico e técnico. Discorreremos sobre as mudanças que ocorreram no interior da categoria, enfatizando a perspectiva de “intenção de ruptura” (Neto, 2015) no tópico seguinte, onde faremos também a relação entre essas transformações e o movimento da RP.

O resgate deste ponto na história do Serviço Social é importante também por sinalizar a direção ético-política que a profissão segue desde então, e por essa direção se coadunar aos preceitos da RP, conforme aponta Vasconcelos (2016). Este movimento que também eclodiu nos anos 80 revolucionou a assistência ofertada à pessoa com transtornos mentais a partir de um estatuto legislativo que promove o exercício da cidadania, de sua emancipação e de seus direitos.

2. PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A RELAÇÃO COM A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Conforme assinalado no tópico anterior, o Serviço Social adentrou a década de 1960 ensejando se adequar ao processo de modernização vivenciado naquele momento. Isso fez com que os profissionais passassem a questionar as antigas bases, iniciando assim uma mudança teórica e conceitual com o intuito de conferir um caráter mais técnico e científico à sua prática. O denominado de movimento de reconceituação teve início na referida década e foi um marco na categoria por ser a primeira tentativa de rompimento com as bases conservadoras da profissão.

¹²10 Corrente filosófica surgida na França, na metade do século XIX, tem como um dos nomes mais conhecidos Augusto Comte. Tem como uma de suas características a atuação voltada para os ajustes e a conservação, não apontando para mudanças.

Não é nosso objetivo neste artigo nos aprofundarmos sobre as vertentes deste movimento, tendo em vista toda a sua complexidade. Consideramos, no entanto, que em virtude do nosso objetivo de analisar a atuação dos Assistentes Sociais residentes em saúde mental junto à população em situação de rua, faz-se importante aludir às mudanças teórico-metodológicas decorrentes da vertente denominada “intenção de ruptura”¹³. Esta eclodiu na década de 1980 e influenciou profundamente a profissão por ter dado o direcionamento ético e político que a categoria adota até hoje, reverberando nos processos de trabalho do Serviço Social de uma maneira geral.

Em virtude de nossa análise se deter especificamente à atuação dos residentes na política de saúde mental, consideramos importante abordar também neste tópico as mudanças provenientes da RP, movimento que, assim como a referida vertente, despontou na década de 1980 e que revolucionou o tratamento ofertado às pessoas com transtorno mental. A partir dessa discussão apontamos ainda com base em Vaconcelos (2002; 2016) a relação existente entre o projeto ético-político da categoria e a RP, que devem nortear o trabalho do Assistente Social na política supracitada.

Feitos estes esclarecimentos, destacamos que a vertente denominada de “intenção de ruptura” emergiu no ambiente universitário mineiro e criticava as bases tradicionais da profissão e seus suportes teóricos metodológicos. Recorrendo à teoria marxista inicialmente de forma problemática¹⁴, ganhou destaque e se alastrou além dos ciclos universitários somente no início da década de 1980 em virtude do contexto vivenciado na época com enfraquecimento da ditadura, da reinserção da classe operária e de suas entidades representativas na cena política e eclosão movimentos sociais.

Salienta-se também que neste período observou-se a expansão dos cursos de graduação e pós-graduação em Serviço Social, bem como uma maior interlocução com as Ciências Sociais. Isso

¹³¹¹Netto (2015) ao refletir sobre o movimento de reconceituação, o divide em três momentos. O primeiro deles, a “perspectiva modernizadora” ocorreu na segunda metade da década de 1960, prezando pela adequação do Serviço Social enquanto profissão dotada de técnicas a serem operacionalizadas com vistas a integrar o processo de mudanças advindas do avanço capitalista em solo nacional. Tendo por base a influência do positivismo, o autor afirma que ocorreram avanços, especialmente referentes à macro ação, mas estes não superam o conservadorismo no interior da categoria, havendo uma reedição do “tradicional sob novas bases”. A segunda perspectiva é a “reatualização do conservadorismo”, já na década de 1970, que teve como premissa a retomada de elementos da tradição conservadora do Serviço Social - a psicologização, centralidade nas dinâmicas individuais e intervenção em nível de microação. Recusando o padrão metodológico positivista e tentando neutralizar a incipiente influência marxista que rebatia no seio das discussões da categoria, essa corrente tem influência da fenomenologia, pautando-se no diálogo e nas práticas em perspectiva individualistas, atuando o Assistente Social no âmbito da ajuda psicossocial. A terceira perspectiva é a “intenção de ruptura”, tendo início da década de 1970

¹⁴¹²Apropriação da teoria de Marx durante a trajetória do Serviço Social mudou com o passar das décadas, influenciando a percepção de sociedade e Estado da categoria. Em 1970 temos a aproximação ideológica, a partir de Althusser (aqui, vê-se a negação das instituições, entendidas como reflexo/práticas de dominação); em 1980 ocorre o diálogo com a teoria de Gramsci e o entendimento das instituições como espaços de contradição.

proporcionou o amadurecimento do Serviço Social brasileiro a partir do aumento da produção de conhecimento e o estreitamento de sua ligação/identificação com as teorias da tradição Marxista.

Outro fato importante que se relaciona ao amadurecimento teórico da profissão consiste no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), também conhecido como “congresso da virada”, realizado em São Paulo no ano de 1979, ou seja, no início do processo de redemocratização do país. O evento contou pela primeira vez com a participação de representantes da classe trabalhadora, o que colaborou na reflexão e na construção de um Serviço Social mais crítico e em uma mudança de perspectiva a partir da necessidade de se pensar uma formação profissional mais sensibilizada com as demandas das classes populares.

Estes fatos contribuíram para a necessidade de mudanças na base curricular com o intuito de construir um outro perfil de formação de profissional, dotado de condições para realização de leituras críticas da realidade com o intuito de responder de forma mais qualificada as demandas emergentes. As mudanças enumeradas foram o mote para a construção do projeto ético-político da categoria. Este, que consiste em um projeto profissional, reflete, dentre outras coisas.

(...) a auto imagem da profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, prático e institucionais) para o seu exercício, prescrevem as normas para o comportamento dos profissionais (NETTO, 1999, p. 04).

O projeto¹⁵ possui princípios e valores que prezam por uma atuação que seja compatível com os ideais de construção de uma nova sociabilidade sem exploração e discriminação de qualquer espécie, tendo como valor ético central a liberdade e a democracia. Negando a neutralidade no posicionamento político, o seu direcionamento é claramente percebido, se colocando sempre na perspectiva de justiça social e da universalização do acesso referente às políticas públicas.

Ao discorrer sobre o projeto ético-político e saúde mental, Vasconcelos (2016) aponta que este possui pontos em comum com o movimento da RP. Isso ocorre porque o projeto ético-político assume valores a favor da emancipação humana com a construção, inclusive, de outra sociabilidade. Entre os valores existentes que se coadunam, destacamos a defesa intransigente dos direitos humanos, da liberdade, do empoderamento e protagonismo dos usuários das políticas públicas, além do ativismo político por parte dos usuários e também dos profissionais.

¹⁵¹³Destacamos que em virtude de tudo o que o projeto ético-político comporta, ele não está contido na sua totalidade em apenas um documento específico. Deste modo, ele se materializa a partir da produção de conhecimentos no interior da categoria, de suas instâncias político-organizativas – o Conselho Nacional de Serviço Social e os Conselhos Regionais de Serviço Social – e da sua dimensão jurídico-política, ou seja, as leis que versam especificamente sobre a profissão - o Código de Ética do/a Assistente Social (1993) e Lei 8.662 de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social.

O autor aponta ainda que em virtude deste fato é comum encontrarmos Assistentes Sociais integrando campanhas de diversas lutas no país, dentre elas a antimanicomial. Atualmente, após décadas de luta e de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passou a dispor de uma legislação que discorre sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e o funcionamento dos equipamentos nos quais o tratamento deve ser ofertado (Lei 10.216/2001 e Portaria 3.088/2011). Destaca-se também que o atendimento à grupos vulneráveis – o qual se inclui a população em situação de rua – deve ser garantido na RAPS.

As mudanças advindas da RP quebraram o paradigma da centralidade médica no atendimento à pessoa com transtorno mental, a partir do conceito da clínica ampliada. Nesta concepção, desloca-se o olhar da doença, focando no sujeito e em seu contexto, com o intuito de ampliar os recursos de intervenção no processo de saúde-doença, via trabalho coletivo e não priorizando apenas o saber de uma categoria. O projeto ético-político do Serviço Social, dentre outras coisas, se posiciona pela defesa da liberdade e dos direitos humanos, pela consolidação da cidadania, eliminação de preconceitos e em favor da equidade. Tudo isso se relaciona diretamente ao que preconiza a RP para o trabalho em saúde mental.

Dito isto, considerando as transformações que ocorreram no interior da categoria, bem como as mudanças de paradigmas advindas da RP, observou-se diversas mudanças nos processos de trabalho dos Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental. Tendo em vista que o nosso objetivo consiste em analisar a atuação dos Assistentes Sociais residentes em saúde mental, apresentaremos em seguida algumas das ações mais usuais da categoria na referida política após as mudanças anteriormente abordadas.

3. PROCESSOS DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL APÓS A REFORMA PSQUIÁTRICA

Remetendo ao nosso objetivo de analisar atuação dos Assistentes Sociais residentes em saúde mental participantes do Projeto “Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte”, discorreremos a seguir sobre os processos de trabalho em saúde mental após as transformações citadas anteriormente, ou seja, que ocorreram tanto no interior da categoria quanto em relação à RP. Salientamos que em nossa análise não temos pretensão de abordar todas as competências deste profissional no referido campo de atuação, mas sim destacar as ações mais usuais.

Deste modo, faremos referência às ações de núcleo – que consistem no conjunto de saberes específicos de cada profissão, mas também às ações de campo - entendidas como saberes e responsabilidades comuns a varias especialidades. Para tanto, teremos por base a discussão de Fernandes & Ribeiro (2016) e Vasconcelos (2016).

As ações de campo mais recorrentes no trabalho em saúde mental são a de técnico de referência e elaboração de Plano Terapêutico Singular (PTS). A primeira consiste no que é considerado o alicerce do atendimento em saúde mental, partindo da premissa de aproximação entre trabalhador e usuário, orientada pela noção de vínculo e responsabilização.

Essa aproximação possibilita ao profissional um maior conhecimento das condições sociais do sujeito, o que pode favorecer na articulação de políticas públicas em torno do mesmo. Ao técnico de referência cabe também a escuta qualificada do usuário e de sua família, bem como a atenção em relação à frequência destes nos atendimentos; o acolhimento; o fomento à participação nos mais variados dispositivos sociais; o acompanhamento e atendimentos em grupo e/ou individuais.

O PTS é em um plano de ação e cuidado de caráter individualizado, elaborado pelo profissional e usuário a partir da compreensão que as demandas de saúde e sociais de cada um são particulares devido as especificidades de cada pessoa. Como se trata de uma construção coletiva, cada categoria contribui com seu saber específico no intuito de estabelecer uma linha de cuidados mais abrangente, podendo ser adaptado conforme a necessidade.

As atividades referentes ao núcleo do Serviço Social relacionam-se diretamente ao arcabouço de teorias sociais e críticas advindas de sua formação, o qual subsidiará uma leitura acurada da realidade no que diz respeito às expressões da questão social e às políticas sociais. Suas principais ações estão voltadas ao acesso à proteção social, aos direitos sociais do usuários e de sua família, participação social e articulação intersetorial.

O encaminhamento para a concessão de benefícios é outra atividade muito solicitada ao profissional deste núcleo, e por isso deve-se ter atenção para que a alta demanda não transforme o reconhecimento deste direito em uma tarefa meramente burocrática, de preenchimento de formulários. Do Assistente Social é exigido o acolhimento, a escuta qualificada e também um conhecimento dos tipos de transtornos mentais e seus principais sintomas, com o intuito de fundamentar a solicitação e tentar viabilizar o acesso. Neste sentido, o olhar atento para as condições socioeconômicas dos sujeitos também é fundamental.

As atividades de estímulo a participação social se colocam na perspectiva de ampliação da cidadania, por isso é necessário criar espaços onde as vozes deste público possam expressar seus anseios. Isto pode ocorrer a partir da criação de grupos que incentivem a discussão da temática, tanto nas instituições como fora delas. O incentivo a participação em conselhos e assembléias também deve ser estimulado.

A realização de ações intersetoriais também são importantes na viabilização da integralidade do atendimento. Deste modo, o Assistente Social deve se articular às diferentes

instituições cujo foco seja a proteção social, com o intuito de atender as múltiplas demandas. Essa articulação também deve acontecer no intuito de estabelecer espaços de diálogos com vistas a transformação da cultura. Considerando o histórico de estigma existente no ideário social em relação às pessoas com transtorno mental, usuários de substâncias psicoativas e em situação de rua, o profissional pode colaborar para essa desmistificação.

Conforme podemos observar a partir do exposto, o trabalho do Assistente Social na saúde mental está diretamente relacionado à cidadania e ao acesso aos direitos sociais das pessoas com transtorno mental. Remetendo à Guerra (1999) ao afirmar que o reconhecimento de uma profissão advém da sua instrumentalidade, ou seja, da capacidade de dar respostas às demandas que surgem, entendemos que o contexto neoliberal de crise coloca o profissional perante inúmeros desafios, os quais vão exigir a adoção de estratégias vislumbrando a construção de respostas condizentes com o projeto ético-político da categoria, bem como, no caso da atuação em saúde mental, condizente também com os preceitos da RP.

Deste modo, pelo fato de compreendermos que os Assistentes Sociais residentes em saúde mental, sujeitos de nossa análise, estão inseridos em um contexto social de fragilização de políticas públicas e de precarização dos postos de trabalho, faz-se mister discorrer, ainda que brevemente, sobre esses processos e suas estratégias de enfrentamento, o que faremos no tópico a seguir.

4. A INSTRUMENTALIDADE DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Ao propormos realizar uma análise da atuação dos Assistentes Sociais residentes em saúde mental e participantes do projeto “Residência na Rua”, acreditamos que era necessário perpassar as transformações provenientes do neoliberalismo no mundo do trabalho e nas políticas sociais por entendermos que são fenômenos que se relacionam diretamente com nosso objeto. Afirmamos isso porque em nossa compreensão, a referida atuação não está desconectada de todo o contexto que a cerca, ao contrário, é influenciada diretamente por ele, portanto, o cenário de desmontes e fragilização dessas políticas baliza desafios e possibilidades para essa atuação.

Considerando que o neoliberalismo¹⁶ é um processo complexo e que implementou mudanças em várias esferas, não será possível abordar profundamente essa discussão neste artigo. Destacaremos então os elementos que acreditamos estar relacionados à nossa análise, sendo eles o redimensionamento na atuação do Estado na área social e a reestruturação no mundo do trabalho.

¹⁶A ideologia neoliberal compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado) (NETTO & BRAZ, 2012, p. 238).

Posteriormente abordaremos ainda a instrumentalidade e a mediação tendo como referência a discussão realizada por Guerra (1999, 2005) e Pontes (2000), na qual os autores as apontam que as referidas categorias podem ser um meio que possibilita a construção de respostas profissionais críticas e competentes.

Consideramos que as discussões propostas são pertinentes por relacionarem-se ao objetivo de nossa análise, tendo em vista que as alterações provenientes do neoliberalismo produzem múltiplas demandas que se colocam cotidianamente perante o Assistente Social, que também sofre com a instabilidade em seu posto de trabalho e com a falência das políticas públicas. Tendo todas essas dificuldades em vista, Guerra (2005) assevera que a dimensão instrumental da profissão passa a necessitar de vínculos cada vez mais estreitos com um projeto ético-político em defesa dos direitos sociais e da democracia.

Dito isto, ao intentar sair da profunda crise econômica pela qual o país passava após os anos 1980, foi construído um projeto de reforma orientado para favorecer o mercado e as privatizações em detrimento da efetivação da proposta de seguridade social, prevista na Constituição Federal de 1988. Essa iniciativa teve início no Brasil a partir de 1995, no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. Nesse cenário a atuação do Estado é considerada agigantada, sendo necessário portanto, redimensioná-la no que tange aos investimentos em políticas públicas.

O impacto dessa iniciativa pode ser percebido tanto pelo desfinanciamento que acarreta na precarização dos serviços ofertados, quanto pela regulamentação do terceiro setor por meio de ONG's e entidades filantrópicas para a execução de políticas sociais, conforme apontam Boschetti e Behring (2011). As autoras assertam que este fato conferiu um senso de desresponsabilização do Estado perante suas obrigações constitucionais, assim como também contribuiu com a desprofissionalização da atuação na área, uma vez que as intervenções ocorriam muitas vezes mediante trabalho voluntário não remunerado, pelo viés da solidariedade, e não do direito.

O mundo do trabalho também foi reconfigurado. Dentre as principais mudanças temos a massiva implementação da automação nos processos de produção e a flexibilização das relações trabalhistas. Em relação a essas transformações para o Serviço Social, apontamos que os três segmentos que tradicionalmente contratam Assistentes Sociais, quais sejam, o setor público estatal, as empresas e as instituições sem fins lucrativos, produzem uma modificação nas formas de contratação, com ampliação de vínculos de trabalho não estáveis (...) flexibilizando os contratos, induzindo contratos por tempo parcial e contratação através de terceiros (...) as conseqüências: maior rotatividade dos profissionais, instabilidade, precarização das condições de trabalho, redução de salários (GUERRA, 2005, p. 16).

Deste modo, acreditamos que nesse contexto o trabalho em saúde mental junto à pessoas em situação de rua se coloca como um desafio, tendo em vista a posição do Assistente Social como trabalhador em condições precárias por questões de vínculo empregatício quanto pela fragilização das políticas públicas na atual conjuntura. Esta situação facilita a existência de respostas profissionais meramente paliativas e desconectadas de toda a processualidade que envolve a questão social. Visando intentar por uma atuação crítica, um dos caminhos que poderiam auxiliar neste processo seria tomar a instrumentalidade como campo de mediação.

Santos (2013) aponta que o Serviço Social deve ser compreendido como uma categoria dotada de dimensões, que possuem características distintas, mas que se complementam, pois

(...) a atuação competente do Assistente Social se dá a partir dessa articulação. Sinteticamente podemos afirmar que a relação entre as dimensões se coloca no exercício profissional da seguinte forma: teoria como instrumento de análise do real, onde ocorre a intervenção profissional (dimensão teórico-metodológica), para criar estratégias de intervenção (dimensão técnico-operativa), comprometidas com determinado projeto profissional (dimensão ético-política). (SANTOS, 2013, p. 26).

A atuação do Assistente Social se dá no campo do cotidiano, onde predomina a imediatividade. Com o intuito de evitar a compreensão simplista de questões complexas, e conferir uma instrumentalidade crítica a atuação, Guerra (1999) afirma a necessidade de mediação dessas dimensões. A instrumentalidade nessa perspectiva significaria não apenas reconhecer as dimensões constitutivas do Serviço Social, mas também articulá-las com vistas ao sujeito produzir respostas profissionais que concretizem valores éticos, políticos e teóricos.

Outro caminho se daria também através da mediação à luz de Pontes (2000), ao afirmar que esta categoria possui um caráter reflexivo, que se daria a partir da (re)construção do próprio movimento do objeto, intentando ultrapassar o plano da imediatividade (aparência) em busca da essência.

Para que seja feita essa reconstrução, o profissional inicialmente apreenderia o fenômeno em sua aparência e superficialidade (singularidade¹⁷), e posteriormente o projetaria no âmbito das determinações macrossociais e complexos que o compõe (universalidade¹⁸), para depois tornar aquilo que era universal em particular daquele indivíduo (particularidade¹⁹). Esta perspectiva

¹⁷¹⁵ A singularidade consiste em fatos percebidos em sua aparência, senso comum. Problemas, sejam de qualquer ordem, apreendidos de modo desconectado de suas determinações sociais e históricas.

¹⁸¹⁶ A universalidade “remete à grandes determinações sociais tais como: relações sociais de produção, relação capital-trabalho, leis de mercado, relação Sociedade-Estado; lei da mais valia e um largo etcétera (PONTES, 2000, p. 46).

¹⁹¹⁷ A particularidade remete ao fato de que as grandes determinações sociais incidem sobre a vida dos indivíduos e suas relações sociais, deste modo, aquilo que era universal torna-se particular, mas sem perder seu caráter de universalidade.

metodológica é defendida pelo autor como um conduto que possibilita a construção de respostas às demandas que possuam caráter crítico, condizente com o projeto ético-político da categoria.

Diante de todos os desafios postos no atual panorama, acreditamos que o trabalho do Assistente Social na política de saúde mental, seja ele residente ou não, junto ao público em situação de rua que está sujeito tantas a vulnerabilidades necessita da mediação das competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas. É necessário também, no entanto, que o profissional entenda o seu papel nas políticas sociais, estando ciente que existem condições que impõem limites à sua atuação neste contexto, evitando assim, como Iamamoto (2011) alerta, a adoção de posturas messiânicas ou fatalísticas.

5. ANALISANDO A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROJETO “RESIDÊNCIA NA RUA: SAÚDE, CULTURA E ARTE”

Os 2 Assistentes Sociais participantes da pesquisa integravam a equipe do projeto “Residência na Rua: Saúde, Cultura e Arte”, desenvolvido entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017 no âmbito da RIS-ESP/CE. Ambos foram entrevistados em junho de 2017 no mesmo dia em uma praça do Centro de Fortaleza, mas em horários distintos, com o intuito de não haver influência do companheiro de trabalho nas respostas.

Cada um respondeu ao questionário semi-estruturado contendo 19 perguntas que versavam sobre a trajetória profissional até o momento anterior ao ingresso na RIS-ESP/CE, visão sobre o fenômeno da população em situação de rua, atuação fora do espaço institucional, atividades desenvolvidas pelo núcleo de Serviço Social no projeto, os desafios e possibilidades na execução dessas ações, estratégias utilizadas para superação das dificuldades, percepção da rede socioassistencial e de si enquanto profissional residente no atual contexto laboral.

O intuito das perguntas consistia principalmente em traçar um perfil dos profissionais e perceber como se dava a atuação em saúde mental junto à população em situação de rua *in loco* a partir dos processos de trabalho descritos por eles. Atentamos à relação dessas ações com o projeto ético-político e com as competências requisitadas pela categoria. Empreendemos também pelo conhecimento das dificuldades na execução do projeto e que mediações foram feitas para transpor tais obstáculos.

Destacamos que conforme é preconizado na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizamos nomes fictícios para preservar a identidade dos entrevistados. Para tanto,

escolhemos chamá-los de Nise²⁰ e Damião²¹, por considerarmos que são identidades representativas na trajetória da luta antimanicomial. Dito isso, seguimos com a análise das entrevistas.

Os participantes da pesquisa possuem perfis distintos. Damião graduou-se em Serviço Social por uma faculdade particular em 2013, possui especialização em trabalho social com famílias e teve sua primeira experiência de trabalho como Assistente Social quando ingressou na RIS-ESP/CE em 2015, portanto, nunca havia trabalhado com saúde mental e pessoas em situação de rua. Nise, por sua vez, graduou-se em universidade pública em 1994 e atua na área desde o ano de sua formação, tendo trabalhado com arte e educação, saúde mental e população em situação de rua (crianças, adolescentes e adultos) no período anterior a residência, tendo inclusive coordenado por 2 anos um Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop), na capital.

Apesar de possuírem trajetórias profissionais consideravelmente diversas, ambos optaram por desenvolver um trabalho com a população em situação de rua fora do espaço institucional no período da residência. A motivação apontada foi o contexto vivenciado nos municípios em que atuavam enquanto profissionais residentes

Eu passei do CAPS Geral pro AD e eu senti um pouco de dificuldade no trabalho no AD pela estrutura do serviço (...) e eu tive muitas questões complicadas em trabalhar a RD, porque onde eu executava a residência não tinha (...) e as novas práticas que a residência possibilitava, que nesse aspecto trazia a RD, era vetada, era questionada pelo próprio equipamento, pelos profissionais, e aí foi um dos fatores que levou a realizar esse trabalho (o “Residência na Rua”). [Damião].

Acho que aquela questão, né, primeiro a questão da gente não conseguir dentro do cenário de prática trabalhar com essa perspectiva (da RD) por conta de todo o desmonte e da concepção que hoje tem nos serviços. [Nise].

Apesar da RD ser uma prática relativamente antiga em termos mundiais, tendo surgido na Inglaterra em meados de 1930, no Brasil suas primeiras ações tomaram corpo somente no final da década de 1980 na cidade de Santos, São Paulo, com a distribuição de seringas descartáveis com o intuito de diminuir a contaminação pelos vírus HIV e da hepatite por pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Em seguida, ações concernentes à reduzir os danos causados por outros tipos de

²⁰¹⁸Nise da Silveira (1905-1999), psiquiatra alagoana, revolucionou a atuação em saúde mental com a sua proposta de levar arte e cidadania aos pacientes do antigo Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, hoje conhecido como Instituto Nise da Silveira. Nesta perspectiva, Silveira assegura que existe uma via de expressão muito mais simples e eficaz para dar vazão aos impulsos humanos do que qualquer outra. Via esta que durante milênios foi cultivada pelas culturas e que se refere às artes no geral, como a dança, representações mímicas, pintura, modelagem e música.

²¹¹⁹Damião Ximenes, cearense nascido em Sobral, foi morto em 4 de outubro de 1999 após o terceiro dia de internamento na casa de repouso Guararapes, localizada na referida cidade. Após ser internado em decorrência de uma depressão grave, foi vítima de espancamento e morto por traumatismo craniano. O caso foi denunciado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos que em uma decisão histórica condenou o Brasil a pagar indenizações à família. A repercussão do caso fez com que a casa de repouso fosse fechada, modificando a estrutura de atendimento à pessoa com transtorno mental em Sobral, além de fomentar o debate sobre a reforma psiquiátrica nacionalmente.

substâncias foram sendo ampliadas com o passar dos anos sem, no entanto, visar o combate ao uso, ao contrário da perspectiva punitiva e proibicionista, e sim prezando pela minimização dos danos sociais e de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Esse é o ponto que, segundo Costa (2001), é considerado polêmico nessa estratégia, uma vez que ela não pressupõe a interrupção do consumo de substâncias psicoativas por parte do usuário, mas sim, de proteger a sua saúde e minorar os danos sociais, apesar do uso. Deste modo

A RD não constitui um estímulo, nem sequer um auxílio ao consumo. Sem essa intervenção, o consumo (clandestino), sempre terá seu lugar. A RD pretende substituir um ato de consumo perigoso e prejudicial à saúde pública por um outro em que esses fatores negativos sejam drasticamente reduzidos (COSTA, 2001, p. 54).

Quando perguntados sobre as atividades realizadas por todos os profissionais no projeto, os entrevistados destacaram a territorialização, os atendimentos individuais, acolhimentos e a vinculação, sendo todas essas atividades basilares no trabalho em saúde mental, conforme a discussão de Fernandes & Ribeiro (2016) que abordamos anteriormente. Sobre as ações do projeto que eram executadas especificamente pelos Assistentes Sociais na praça, foram citados os acolhimentos, atendimentos individuais e coletivos, rodas de conversas abordando temas diversos, além da articulação das redes de saúde e socioassistencial para tentar garantir a integralidade do atendimento

A pessoa em situação de rua perpassa várias expressões da questão social, né, que é a questão da habitação, da alimentação, da assistência social, da saúde mental. A gente não estava dentro de um espaço institucional, era na Praça do Ferreira, e ai no olhar do Assistente Social, a gente conversava com eles pra entender o contexto que essa pessoa estava passando, o que ela vivenciou, através da escuta, que é uma forte ferramenta da RD, que é entender primeiro, acolher essa pessoa. [Damião].

Eu acho que o nosso olhar é muito diferenciado das outras categorias, de entender mesmo o fenomeno da população de rua como uma expressão da questão social e ter esse olhar faz uma grande diferença porque a gente entende o contexto em que se dá a problemática, e eu acho que meio que através do nosso olhar e através da nossa prática. [Nise]

Destacamos dois elementos que consideramos importantes nas falas. O primeiro refere-se a escuta, estratégia importante da RD que possibilita uma mudança de perspectiva na abordagem, rompendo com a ideia de “construir para” a “contruir com”, o que oportuniza uma relação horizontal entre profissional e usuários, onde o saber e as experiências do sujeito devem ser respeitados.

(...) ao tratar o dependente como um igual, os profissionais de saúde logo descobrem que, através do vínculo, é possível despertar no outro o desejo de se cuidar a partir de uma atitude pautada no respeito e na oferta de meios acessíveis de

melhora da qualidade de vida, especialmente no que diz respeito às condições de saúde (XAVIER, 2008, p. 9).

O segundo remete ao olhar diferenciado do Assistente Social, que compreendemos estar relacionado ao acúmulo teórico oriundo da formação universitária e continuada (dimensão teórico-crítica). Esta dimensão teórica transforma as concepções e ideias, devendo subsidiar a prática, ou seja, a concepção das ações de modo que elas se coadunem com o projeto ético-político da profissão. Perceber o fenômeno da população em situação de rua como expressão da questão social e os complexos que a compõe é um dos caminhos que proporcionaram a construção de alternativas de intervenção vislumbrando o conhecimento e a transformação daquela realidade

Como são N questões, você precisa articular muita coisa, muita rede, você precisa sentir, você precisa entender, e saber onde recorrer, né? E como essa experiência foi uma experiência nova, na verdade foi inovadora também, a gente teve que pensar em diversas estruturas que a pessoa em situação de rua percorre, dentro das políticas públicas. [Damião].

Conforme relato dos entrevistados, a demanda que chegava até eles no espaço da praça possuía caráter imediatista (singularidade) referente a todas as necessidades de primeira ordem de um público tão vulnerabilizado. Paralelamente a este processo, todos os profissionais realizaram a territorialização dos equipamentos de saúde e assistência do Centro de Fortaleza. O intuito era de apresentar o projeto aos trabalhadores da rede e sensibilizá-los para receber os possíveis encaminhamentos.

Ao passo que os Assistentes Sociais realizavam os atendimentos e se aproximavam das histórias de vida de cada um, compreendendo aquele fenômeno como expressão da questão social e inserindo-os em um contexto mais amplo de complexos que compõem essa problemática (universalidade), tinha início um trabalho de sensibilização em relação ao acesso aos serviços de saúde daqueles que começaram o processo de vinculação com os profissionais. Deste modo, as demandas clínicas começaram a ser pensadas conjuntamente, entre usuário, profissional de referência e equipe (particularidade).

Observamos que a mediação foi utilizada pelos profissionais como um conduto para a desvendar os complexos que constituíam o seu objeto de intervenção a partir da reconstrução ontológica dos mesmos (singularidade-universalidade-particularidade). Segundo Pontes (2000), esse é um dos caminhos que possibilitam a construção ações exitosas, mas no entanto, é necessário que ação e conhecimento sejam articulados, fazendo-se imprescindível instrumentos, estratégias e técnicas, o que remete à dimensão técnico-operativa da profissão.

Sobre o uso de algum tipo de instrumental, foi citada a criação de um formulário comum a todos os profissionais, mas que logo ele caiu em desuso por não ser considerado prático no momento da abordagem. Os registros, segundo os entrevistados, eram feitos em diários de campo.

Não existia instrumental. Inicialmente a gente pensou na formulação do instrumental e a gente passou a fazer a escuta qualificada. Ao chegar em casa a gente fazia as anotações do que foi feito, para que posteriormente em coletivo a gente pudesse sentar, mostrar as impressões, do que achou, do que foi legal, do que precisava melhorar, e compartilhar com o grupo pra futuramente pensar num proposta integrada, né, além do Serviço Social. [Damião].

Percebe-se na fala que havia uma sistematização do que era vivido na praça. Este processo diz respeito a refletir, através da nossa prática, de forma ordenada, crítica, submetendo tudo à crítica, problematizando e identificando os conflitos, as contradições e analisando tudo o que fizemos, buscando os porquês e as relações entre as coisas (AZEVEDO, 2014). A partir das análises das atividades realizadas pelo grupo, eram identificadas possíveis estratégias de atuação coletivas, ou de intervenções individuais. Além das reuniões semanais de avaliação e discussão de caso, eram realizados também grupos de estudo com auxílio de uma psicóloga da SECULT, que acompanhou todo o projeto, utilizando referências teóricas com o intuito de embasar a prática.

Por se tratar de um grupo que historicamente não acessa os serviços de saúde e da rede socioassistencial, coube também a realização de atividades visando o esclarecimento quanto ao papel de determinados equipamentos, deste modo, aconteceram encaminhamentos e acompanhamento do percurso clínico dos usuários na rede, através da utilização da estratégia da clínica peripatética.

Apontada pelos profissionais entrevistados como uma estratégia de atendimento que eles passaram a conhecer após atuarem no projeto, essa clínica foi difundida pelo psiquiatra argentino Antonio Lancetti (2006) e foi desenvolvida como uma alternativa para pessoas que não se adaptam aos percursos clínicos tradicionais. Acontecendo fora do consultório (em movimento) a partir de uma conversa entre o profissional e o usuário durante uma caminhada, por exemplo, são compartilhados pensamentos, afetos, histórias de vida e demandas.

No caso do projeto “Residência na Rua”, esse movimento se dava no acompanhamento dos profissionais junto aos usuários com os quais haviam vinculado no trajeto rumo aos primeiros atendimentos clínicos e sócioassistenciais nos equipamentos que se localizavam nas proximidades do Centro de Fortaleza. Segundo os entrevistados, essa técnica foi utilizada durante todo o tempo de duração do projeto e foi considerada muito efetiva, especialmente na manutenção da vinculação e na adesão aos serviços de saúde e assistência.

Perguntamos a ambos sobre o trabalho realizado no projeto, que ocorreu fora do espaço institucional. Foi ressaltado que a experiência proporcionou mais liberdade na escolha das ações a serem implementadas, bem como na condução do trabalho pelos próprios residentes, ao contrário do que acontecia nos equipamentos onde eles atuavam nos cenários de prática, que possuía uma estrutura de funcionamento mais rígida. Foi citada também a facilidade no processo de vinculação com os usuários atendidos e, por consequência disso o estabelecimento de uma relação mais horizontal entre os profissionais e os sujeitos, comparando a atuação na praça àquela que ocorria dentro das instituições, conforme pode ser apreendido na seguinte fala

Eu achei uma experiência fantástica (...) acho que a gente tem uma vinculação muito mais rápida e mais sólida com eles fora desse espaço institucional porque no espaço institucional a gente tá ali mediando o Estado na relação com eles e aí eu acho que de uma certa forma isso embarrera um pouco porque aí ele nos vêem como representante desse Estado, que mesmo que não seja consciente da parte deles isso reflete na relação, no vínculo e é muito diferente. Assim (fora da instituição) você tá mais próximo, você entende melhor como é que se dá a vivência na rua e *in loco* né, porque a gente tava ali vendo como eles ficavam, como eles dormiam, como se alimentavam, porque eu sabia como era no Centro Pop, eu tinha noção porque eles falavam “quando a gente sai daqui do Centro Pop a gente vai pra praça e aí já passa a sopa”, mas ali a gente tava vivendo com eles aquilo e eu acho que foi fantástico, queria ter mais oportunidade de trabalhar assim. [Nise].

Percebe-se que a intervenção na praça do Ferreira trouxe para os entrevistados um maior conhecimento do contexto e das vivências do público atendido, o que foi exaltado como um elemento que enriqueceu a prática profissional. Por outro lado, trouxe também o desafio de realizar intervenções em saúde mental junto a um público que possuía também outras necessidades diversas.

Perguntamos sobre as dificuldades encontradas na realização deste trabalho e como resposta obtivemos que a tentativa de ativação das redes de saúde foi considerado um ponto frágil do projeto. Na percepção deles faltou acompanhamento mais próximo da RIS-ESP/CE tanto para fazer a articulação institucional, quanto nas ações realizadas no decorrer do projeto e em relação às orientações pertinentes ao núcleo do Serviço Social.

Agora institucional eu acho que foi o que mais pegou porque a gente não teve a retaguarda da ESP nessa articulação com a rede. Foi-nos solicitado, e aí eu acho que o nosso erro de ir lá e tentar na assistência em si foi muito pela condução que a ESP também deu inicialmente e depois não nos ajudou a articular a rede e a gente acabou tendo que assumir um bocado de coisa sem ter essa articulação institucional. [Nise].

A residência estava passando por algumas situações, falta de financiamento, esse processo também impactou no projeto, porque nós éramos profissionais residentes, mas profissionais estudantes, e faltou um pouco de apoio técnico referente a centralidade do trabalho do Assistente Social, de uma pessoa que pudesse estar nos

auxiliando, assim como no projeto todo, tinham poucas pessoas no apoio, e essa fragilidade da residência perpassou a execução do projeto. [Damião].

É importante salientar que a RIS-ESP/CE, apesar de ser o maior programa e residência multiprofissional do país no que diz respeito ao número de residentes por turma, possui limitações referentes ao financiamento de seu corpo docente. Desde a fundação, em 2013, as bolsas dos residentes são garantidas via Ministério da Saúde, não havendo, no entanto, contrapartida do Estado ao estabelecer uma verba própria para o pagamento dos tutores, que é uma reivindicação antiga da coordenação do programa. Isso ocasiona um número diminuto de profissionais na condução pedagógica da RIS-ESP/CE, frente ao expressivo quantitativo de alunos por turma.

Entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017, período de duração do projeto “Residência na Rua” com a primeira turma, havia somente 3 tutores da ênfase em Saúde Mental na RIS-ESP/CE para acompanhar todos os residentes que estavam atuando nos CAPS existentes nos diversos municípios do Estado que fizeram pactuação com o programa. Destacamos também que não havia tutoria específica de Serviço Social na ênfase de saúde mental que na época pudesse acompanhar a realização do trabalho pelo núcleo, necessidade que foi sentida por um dos profissionais, conforme o relato acima.

Quando perguntados sobre as estratégias de enfrentamento das dificuldades citadas anteriormente, os Assistentes Sociais encontraram como solução buscar a articulação da rede de saúde e de assistência por conta própria. Esse movimento foi considerado por ambos muito desgastante, primeiro por considerarem que este era um papel que deveria ter sido exercido de modo mais enfático pela ESP, e segundo em virtude da precarização²² dos serviços voltados ao atendimento da pessoa em situação de rua e de saúde mental no município, mais especificamente no Centro de Fortaleza, o que fez com que algumas pactuações não vingassem como desejado.

²²²⁰O Corre pra Vida, serviço mantido pela Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas, teve os atendimentos suspensos no início deste ano por indefinições em relação à possibilidade extinção da referida secretaria, conforme matéria publicada no jornal o povo em fevereiro de 2017. <http://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2017/02/container-de-atendimento-a-usuarios-de-drogas-esta-fechado.html>
O Centro Pop sede Centro que já vinha atendendo de modo bastante precarizado está com os serviços suspensos há 3 meses por falta de pagamento do aluguel do imóvel onde funcionava, deixando sobrecarregado o atendimento à população em situação de rua no Centro Pop Benfica, uma vez que é o único que está operando na região mais próxima ao Centro, conforme matéria publicada no jornal O Povo, em julho de 2017: <http://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/06/unidade-para-moradores-de-rua-esta-fechada.html>
O prédio onde funcionava o CAPS AD da regional II foi interditado pela Defesa Civil por risco de desabamento em fevereiro deste ano, e somente em julho o serviço passou a funcionar em outro local que não oferecesse risco de vida para usuários e trabalhadores. Foi transferido para o bairro Cidade 2000 e atualmente funciona de modo improvisado, reproduzindo em outro espaço os mesmos problemas, especialmente referentes à falta de insumos, que existiam no espaço antigo: <http://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/06/predio-provisorio-de-caps-na-cidade-2000-funciona-sem-luz.html>

Essa precarização foi citada por ambos como o maior entrave das ações da equipe, principalmente ao tentar articular um atendimento em algum equipamento mais distante da área de atuação do projeto. Na tentativa de tornar viável a consulta, era solicitado o transporte da instituição, que algumas vezes cancelava a solicitação no dia do atendimento, causando transtorno para o usuário e o profissional, conforme pode ser observado no relato a seguir

Outra questão é que o trabalho com a população em situação de rua exige vínculo, e aí quando um processo desse não é executado corretamente, a gente conversa, orienta o usuário, a pessoa espera e você não executa o trabalho que tinha sido pactuado com ele. Existe uma quebra de vínculo como aconteceu, e aí a gente trás como dificuldade também esse realinhamento de retornar a pessoa, de muitas vezes buscar se desculpar com a pessoa pra poder dar continuidade ao processo que estava tendo. [Damião].

Frente a esse contexto torna-se fundamental que os Assistentes Sociais empreendam pelo trabalho de organização política dos usuários, conforme preconiza o projeto ético-político da profissão. Sobre esse aspecto, eles relataram que esta era uma vertente constante da atuação na praça, cuja abordagem possuía o intuito de exigir melhorias nos atendimentos das instituições que os referenciavam e até mesmo a permanência do CAPS AD da regional II na área do Centro.

Ambos consideraram, no entanto, que o trabalho dessa dimensão não produziu os resultados esperados. A isso foi atribuído o fato das pessoas em situação de rua não conseguirem fazer uso desses equipamentos por diversas razões, seja por destrato, preconceito sofrido, falta de insumos, morosidade na resolução das solicitações, dentre outras queixas. Foi citado também como impedimento o fato do público participante das atividades propostas possuir alta rotatividade, o que fazia com que as discussões não avançassem

(...) atualmente é uma coisa que eu venho me perguntando muito como a gente também no Residência na Rua não conseguiu fortalecer a organização política deles e é muito difícil. Mesmo o Centro Pop quando eu tinha mais tempo com eles, eu fazia uma roda de conversa toda semana. Como era difícil! Era um grande desafio, e ver eles hoje sem nenhuma proteção, inclusive sem nenhum movimento social a favor deles (...) o Estado tá virando as costas pra esse público e não é a toa porque eles não tem poder de reivindicação e eu vejo muito que nosso papel com eles, e aí eu falo como Assistente Social mesmo, tem que ser nessa perspectiva de empoderá-los, de tentar junto com eles construir alternativas de luta. [Nise]

Apesar das dificuldades que permearam a execução do projeto, os entrevistados entendem que a experiência incentivou novas contribuições para a RIS-ESP/CE. O “Residência na Rua” que nasceu como um projeto do estágio eletivo²³ dos 6 residentes participantes, hoje foi adotado na

²³²¹Durante o percurso formativo de 2 anos da residência existe o estágio eletivo, no qual o profissional residente pode propor um projeto de atuação no espaço que o interesse, tanto em caráter nacional como internacional. O projeto é avaliado pela coordenação da RIS-ESP/CE, que autoriza a saída do profissional residente do seu campo de atuação pelo período de um mês.

turma IV como uma possibilidade para o percurso formativo dos demais profissionais residentes de qualquer ênfase que desejarem fazer parte. Houve também a assinatura do termo de cooperação técnica entre a Secretaria de Saúde do Estado e a SECULT, com vistas a formalizar e fortalecer a parceria entre as instituições, o que poderá contribuir para uma melhoria nas ações realizadas no que tange a articulação entre as instituições e infraestrutura.

Os entrevistados destacaram também que o processo de territorialização e a busca pela solução dos desafios por parte da equipe provocou uma ativação da rede, embora eles tenham consciência que não cabia a eles, por limitações pessoais e institucionais, fazer com que a articulação acontecesse de modo pleno. Essa ativação a qual eles se referiram diz respeito à sensibilização dos profissionais dos equipamentos para discutir estratégias de atendimentos das pessoas em situação de rua, bem como da necessidade de envolvimento destes mesmos profissionais nos atendimentos prestados.

Sobre contribuições específicas em relação ao núcleo de Serviço Social na ênfase de saúde mental, foi apontada a importância de dar continuidade ao uso de estratégias envolvendo atividades artísticas no trabalho dos Assistentes Sociais dentro da residência. Este pode ser um caminho para pensar em outras formas de intervenção, o que é fortemente apoiado pelo projeto pedagógico da ESP (2016) que busca aliar a dimensão técnica às posturas críticas, reflexivas quanto à realidade e dinâmicas.

Esses são alguns dos fatores que, na visão dos entrevistados, faz com que a RIS-ESP/CE proporcione um contexto laboral mais favorável, se comparado aos outros profissionais da categoria que estão inseridos em equipamentos da rede de saúde e assistência social, por exemplo. Além da possibilidade de poder desenvolver um trabalho de fato multiprofissional, uma vez que essa é uma premissa que perpassa todo o programa da residência, independente da ênfase, foram destacados outros aspectos, conforme podemos observar nas falas abaixo

Eu acho que a gente tinha um certo privilegio né? Primeiro não estar subordinado em termos de relação trabalhista à gestão daquele local, e mesmo com todas as fragilidades que a residência tem, a RIS tinha muitas coisas bacanas de organização de processo de trabalho (...) Eu acho um privilégio você passar um mês territorializando o município que voce vai atuar, eu acho que deveria ser assim pra todos os profissionais. Então eu acho que a gente tinha esse privilegio de poder parar, refletir nossa prática, ter acesso a referências que nos ajudavam a pensar, apesar de todas a dificuldades. [Nise]

(...) o diferencial de ser profissional do equipamento e ser residente é que existe alguns momentos do processo de residência que você se sente um profissional mais liberto, na questão de você poder participar de movimentos sociais, inclusive de saúde mental, de estar mais próximo, né? Poder questionar, poder criticar, porque a gente percebe que há um assédio muito grande nos espaços, né? Das relações políticas institucionais que prejudicam o trabalho, mas a residência, pra mim, ela

possibilitou esse trabalho de estar percebendo o sujeito, o usuário, a política como um todo, e poder estar contribuindo nos movimentos. É um diferencial muito grande da residência, que ela propicia essas articulações para além do trabalho. [Damião].

A inexistência de vínculo empregatício com o município com o qual a residência fez a pactuação garante, na visão dos entrevistados, mais autonomia na execução de suas atividades laborais, uma vez que não estão envolvidos com as gestões e deste modo, são menos suscetíveis a pressões e assédios, muito comuns no atual panorama de precarização trabalhista. Ressalta-se também a possibilidade de organizar o processo de trabalho de modo a respeitar as outras necessidades que o profissional possui, no caso do Assistente Social. O aprimoramento contínuo e a participação dos residentes em eventos e cursos, bem como em movimentos sociais e organizações populares que sejam vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania, ambos preconizados no Código de Ética da profissão, são respeitados na RIS-ESP/CE.

Diante de tudo o que nos foi relatado, consideramos que a instrumentalidade da atuação dos profissionais entrevistados se deu a partir da mediação das dimensões teórico- metodológica (a partir do conhecimento das políticas públicas, do entendimento da população em situação de rua como expressão da questão social e do trabalho em saúde mental coadunado com os princípios da RP), técnico-operativa (criação de estratégias de intervenção condizentes com a RD, respeitando os preceitos da RP) e dimensão ético-política (comprometidas com o projeto ético-político da profissão e trabalhando na perspectiva de emancipação dos usuários). No entanto, é sensível que as dificuldades por eles encontradas, sejam elas institucionais e de contexto, incidiram tanto na realização do projeto como em suas atuações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme podemos observar a partir dos relatos dos Assistentes Sociais participantes do projeto “Residência na Rua”, a atuação *in loco* foi considerada positiva por proporcioná-los autonomia na condução dos processos de trabalho, além de uma relação com mais horizontalidade e por consequência, de maior vinculação com os usuários, o que foi exaltado pelos profissionais como um elemento que facilitou o trabalho em saúde mental junto ao público em situação de rua. O uso da escuta qualificada para o trabalho em RD e da estratégia da clínica peripatética auxiliou neste processo.

A atuação, embora adotasse os preceitos da RP e articulasse as dimensões e competências requisitadas aos profissionais conforme abordado nos tópicos do presente artigo, encontrou várias

barreiras para a sua plena efetivação. Essas dificuldades eram referentes ao fato de estarem fora do espaço institucional ou em virtude do cenário de intensa precarização de políticas públicas e de serviços, cujas redes de saúde e assistência encontram-se desarticuladas. A situação vivenciada pela RIS-ESP/CE também se colocou em determinados momentos como um entrave, uma vez que o acompanhamento pedagógico do projeto sofreu com a limitação oriunda do diminuto corpo docente que naquele momento existia no programa.

Apesar das limitações, que em nossa compreensão existirão em qualquer local de trabalho, acreditamos que a RIS-ESP/CE vem se firmando como um espaço que favorece a atuação dos Assistentes Sociais, não só por proporcionar maior autonomia na execução do trabalho, mas também por incentivar através de sua proposta pedagógica uma atuação crítica, que problematiza e contextualiza a realidade dentro do SUS, independente da formação do profissional que ingressou na residência.

A atuação dos Assistentes Sociais foi condizente com o que preconiza o projeto ético-político da profissão, mas para que o trabalho seja realizado fora do espaço institucional, são necessárias também condições objetivas referentes a apoio e infraestrutura. Consideramos que a proposta do projeto, inovadora no âmbito da residência, precisa ser aperfeiçoada tanto em sua concepção quanto em sua execução. Para tanto, será necessário mais investimento do Estado na RIS-ESP/CE pra que seja aumentado o número de tutores com vistas a um melhor acompanhamento da residência como um todo, inclusive do projeto em sua continuidade. Será necessário também um maior envolvimento do programa no estabelecimento de articulações institucionais.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. B. de C. **A questão do método em Marx e Lukács: o desafio da reprodução ideal de um processo real.** IN MENEZES E FIGUEIREDO (org.). Trabalho, educação e sociabilidade. Uma crítica à ordem do capital. Fortaleza – CE, Ed. UFC, 2003.

AZEVEDO. Isabela Sarmet. **A Dimensão Ética da Sistematização do Exercício Profissional.** Serv. Soc. Revista Londrina, V.16,n. 2, p.166-185, Janeiro. 2014.

BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; V. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população de rua.** Brasília – DF. 2012.

CFESS. **Código de ética profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

COSTA, E. M. **Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação.** Toxicodependências, Lisboa, v. 7, n. 3, p. 53-58, 2001

FERNANDES, J. C. & RIBEIRO, C. S. **Saúde mental e serviço social: entre o campo e o núcleo.** IN LÚCIA ROSA (org.). Atenção psicossocial e serviço social. – 1 Ed. Campinas: Papel Social, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002

GUERRA, Y. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social.** In: Programa de capacitação continuada para assistentes sociais - Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas de sociais. Brasília: CFESS-ABEPSS – CEAD/NED-Unb, 1999. p. 52-63.

_____, Y. **O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas.** In Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005 - ISSN - 1807-698X. Disponível em [tp://www.assistentesocial.com.br](http://www.assistentesocial.com.br)".

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 9. Ed. – São Paulo, Cortez, 2015.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação profissional.** – 20 ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** – 11. Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** São Paulo, Hucitec, 2006.

MADEIRA, V. **“Pessoas em situação de rua ainda são um desafio”.** DIÁRIO DO NORDESTE, 2016. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/pessoas-em-situacao-de-rua-ainda-sao-desafio-1.1475239> Acesso em: 30 mar. 2017.

MONTANO, C. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução** – 2.ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P., & Braz, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** 8 ed. - São Paulo. Cortez, 2012. – (Biblioteca do Serviço Social; Vol. 1)

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 17. Ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

Niel, Marcelo; da Silveira, Dartiu Xavier **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008.

ONG VIVA RIO. **Diminuir para somar**: cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf Acesso em: 30 mar. 2017.

PONTES, R. N. **Mediação: categoria fundamental para o trabalho do Assistente Social**. IN: Capacitação em serviço social e política social, módulo 04: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. – Brasília, UnB, Cnetro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

SANTOS, C. M, dos. **A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no serviço social**. IN REVISTA CONEXÕES GERAES. N° 3. Pag. 25-30. CRESS-MG, 2013.

SILVA, M. L. L. da. **Trabalho e população em situações de rua no Brasil**. São Paulo, Cortez, 2009.

ROCHA, T. S. **A Saúde Mental como campo de intervenção profissional do Assistente Social**: limites, desafios e possibilidades. Rio das Ostras: Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Federal de Rio das Ostras, 2012. Disponível em: <http://www.puro.uff.br/tcc/2012-1/tatiana%20-%20completo.pdf> Acesso em: 04 abr. 2016.

ROSA, A.da S. & C. L. A de, SANTANA (org.) **Saude mental das pessoas em situacao de rua** : conceitos e praticas para profissionais da assistencia social. – São Paulo: Epidauros medicina e arte, 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2 ed. - São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. – Campinas: Papel Social, 2016.

VENTURINI, L. “**Não se sabe quantas pessoas em situação de rua existem no Brasil**. Por que isso é um problema.”. NEXO JORNAL LTDA, 2016. Disponível em <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/12/26/N%C3%A3o-se-sabe-quantas-pessoas-em-situacao-de-rua-existem-no-Brasil.-Por-que-isso-%C3%A9-um-problema> Acesso em: 30 mar. 2017.