



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica.

JAIRA ALANA CLARO PEREIRA

JOÃO PESSOA - PB

2011

JAIRA ALANA CLARO PEREIRA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. Áurea Carneiro

JOÃO PESSOA - PB

2011

P436s Pereira, Jaira Alana Claro.
O serviço social na saúde mental: um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica / Jaira Alana Claro Pereira.-- João Pessoa, 2011.
126f. : il.
Orientadora: Áurea Carneiro
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA
1.Serviço Social – Saúde Mental. 2. Política Públicas de Saúde. 3. Assistente social - competências e dificuldades profissionais. 4. CAPS – demanda.

UFPB/BC

CDU: 36:616.89(043)

JAIRA ALANA CLARO PEREIRA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em ____/____/____

Comissão Examinadora:

Orientadora: **Prof^a. Dra. Áurea Carneiro**
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Examinador: **Prof^a. Dra. Maria de Lourdes Soares**
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Examinador: **Prof^a. Dra. Aurí Donato da Costa Cunha**
Departamento de Serviço Social
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo, com total apreço e reconhecimento à minha família, mãe, pai, meus queridos irmãos Douglas e Liza. Estendo aos tios (as), primos (as) e avôs (as) *“in memoriam”*, por sempre acreditarem em mim e sem medir esforços me apoiaram e me ajudaram a alcançar essa vitória.

A vocês meu muito obrigada, todos são a razão de minha árdua caminhada, foi por vocês que enfrentei essa jornada, vencendo dia após dia cada dificuldade, agradeço por me fazerem acreditar que tudo é possível, desde que tenhamos força de buscar e por em nenhum momento me deixarem vencer pelos obstáculos da vida, acreditando que posso ir mais além.

AGRADECIMENTOS

Esta faina significa a realização de um sonho e agradecer a todos que me ajudaram a construí-la é um processo difícil, uma vez que estas linhas não seriam suficientes para tal ato. Desse modo, no âmbito acadêmico remeto-me com total apreço e admiração:

À Professora Dra. Áurea Carneiro que com compreensão e compromisso contribuiu para meu crescimento e para a construção deste trabalho, agradeço por ter aceitado num momento crucial a orientação desta dissertação, foi sorte ela ter cruzado meu caminho num período tão conturbado da minha vida pessoal, mas Deus sabe o que faz, pois tive a oportunidade conhecer um coração generoso, humilde, ético e muito competente que me fez crescer com muita sabedoria. Áurea, admiro-te muito, e acredito que Deus me dará forças para que eu possa ter um pouco da luz especial que carregas, és mulher guerreira, com uma força impressionante, me ensinaste neste momento de convivência que a fé deve ser onipotente e realiza milagres. Não tenhas dúvidas que me ajudaste a crescer enquanto pessoa e que os problemas da vida são apenas provas, pois Deus está conosco em todo o sempre. O meu muito obrigado a você vem emocionado, és uma das razões que me incentivam a crescer enquanto ser humano imperfeito e cheio de defeitos. Tens lugar certo no meu coração.

À Professora Dra. Maria de Lourdes Soares, pelos conselhos, incentivo e confiança, e a Professora Dra. Auri Donato pelo prestígio e disponibilidade na participação desta banca examinadora, saudades de nossas aulas na UEPB.

E em respeito, carinho, companheirismo, atenção e ajuda as professoras Bernadete, Nívia e Lúcia Patriota, vocês são exemplos de força, humildade e sem medo de errar, ícones do Serviço Social.

Aos meus amigos (todos), que se tornaram irmãos, pelo acolhimento, carinho, companheirismo, incentivo e pela saudade que sempre esteve presente em nossos corações, destaco com apreço Talita, Mana, Mila, Ilza, Silene, Rosenilda, Aline, Bruna, Poliana, Carlos Henrique, Lulu e Manuca.

Aos colegas da turma de mestrado 2009, pelo laço de amizade que construímos durante esses dois anos. Que esta possa ser cultivada durante toda a existência, em especial à Glau, Cris, Manu, Cizinha, Ariana e Nuara, sem a presença

de vocês esse meu trajeto toda semana, de Patos à João Pessoa, com certeza teria sido muito mais desgastante e cansativo.

À todas as famílias que me acolheram em suas residências, no momento que mais precisei, possibilitando-me não desistir desse sonho, muito obrigada pelo acolhimento e atenção.

Aos assistentes sociais dos CAPS, pela ética e respeito dedicado, e por contribuírem para a realização desse trabalho.

Em especial, ao meu namorado João Paulo, pelo incentivo, paciência e apoio. Você é a expressão mais verdadeira de minha felicidade.

Remeto-me sem cansaço, mais uma vez a minha família, muito obrigada, sem vocês eu não seria nada, sei muito bem dos esforços que fizeram para que eu possa realizar esse sonho que pensava ser impossível.

Por fim, a Deus, minha fonte de vida e inspiração, pela presença inequívoca nos momentos mais difíceis, pelas oportunidades que tem me propiciado e pelas portas que abriu em minha vida.

RESUMO

A presente dissertação tem como foco de estudo a experiência dos profissionais de Serviço Social junto a entidades executoras das políticas públicas de saúde, particularmente a saúde mental, traz uma reflexão acerca das demandas profissionais postas aos assistentes sociais, as competências do profissional nos serviços substitutivos, os instrumentos técnico-operativos utilizados para execução de suas atividades e as principais dificuldades arroladas com a prática. A pesquisa foi realizada nas cidades de Patos e Piancó, por se considerar como pólos estratégicos no sertão do Estado e atualmente ser referenciados ao tratamento dos portadores de transtornos mentais. A experiência evidenciou que nesses municípios existiam 03 CAPS na cidade de Patos e 03 CAPS na cidade de Piancó além de Serviços de Residências Terapêuticas e uma Unidade de Desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas nesta última localidade. O campo dessa pesquisa abrangeu os 06 CAPS identificados, uma vez que nessas outras instituições o assistente social não estava presente em seu quadro técnico totalizando 06 instituições pesquisadas. A amostra foi composta pelos assistentes sociais empregados nos serviços propostos, totalizando 12 profissionais existentes, sendo 02 de cada CAPS pesquisado. Como técnica de coleta de dados, optamos pela pesquisa bibliográfica como forma de aprofundar as análises inerentes ao objeto estudado e a aplicação de questionários com roteiro de entrevista semi-estruturada. Para registro das falas dos profissionais envolvidos utilizamos a gravação por meio de aparelho digital. Por fim, o estudo de cunho quanti-qualitativo foi esquematizado sob categorias empíricas, com destaque as competências profissionais na instituição; ao conceito de saúde mental na visão profissional; as principais demandas postas aos assistentes sociais; a contribuição e articulação profissional com a rede de atendimento e as dificuldades no cotidiano da prática. A guisa de conclusão, diremos que a análise evidenciou que a Saúde Mental guiada pelas premissas do movimento de Reforma Psiquiátrica, possibilita a abertura de um leque amplo de atuação do Serviço Social, as demandas historicamente postas a profissão encontram-se presentes nessa articulação, necessitando, pois, a utilização do instrumental técnico-operativo com vista a promover o acesso a condições sociais mais justas e igualitárias, almejando a busca de uma reinserção social aos portadores de transtornos mentais democrática e cidadã.

Palavras chave: Serviço Social; Demandas, Competências e Dificuldades Profissionais; Saúde Mental.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the experience of social work professionals with the executing agencies of public health policies, particularly mental health, brings a reflection on the professional demands placed upon the social workers, professional skills in the substitute services, tools used for technical and operating performance of their activities and the main difficulties enrolled with practice. The survey was conducted in the cities of Ducks and Piancó which are considered as strategic nodes in the towns of Patos and Piancó which are considered as strategic poles in the backwoods of the state and currently have been referred to the treatment of patients with mental disorders. Experience has shown that there were 03 CAPS in Patos and 03 CAPS in Piancó besides Therapeutic Residence Services and a detoxification unit for users of alcohol and other drugs in the latter place. The field of study covered the 06 CAPS identified, since these institutions the social worker was not present in the technical staff totaling 06 institutions surveyed. The sample was composed of social workers employed in the services offered, a total of 12 existing professionals, 02 of each CAPS searched. As a technique for data collection, we chose bibliographic research as a way to deepen the analysis inherent in the object of study and application of questionnaires with a semi-structured script. To record the speeches of the professionals involved, it was used the recording via digital device. Finally, the study of quantitative nature was outlined in empirical categories, especially the professional skills within the institution, the concept of mental health on professional view, the main demands put to the social worker, the contribution and professional liaison with the service network and the difficulties in daily practice. In conclusion, we say that the analysis showed that the Mental Health guided by the premises of the Psychiatric Reform movement, enables the opening of a wide range of performance of Social Services, the historical demands put to the profession are present in this joint, requiring therefore the use of technical equipment-operating to promote access to fairer and more egalitarian social conditions, aiming at finding a democratic and civic social rehabilitation to individuals with mental disorders.

Keywords: Social Work, Demands, Skills and Professional Difficulties, Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ANAS – Associação Nacional de Assistência Social

A.S – Assistente Social

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CFAS – Conselho Federal de Assistência Social

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

COI – Centro de Orientação Infantil

COJ – Centro de Orientação Juvenil

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

FUNRURAL – Fundo dos Trabalhadores Rurais

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

BA – Liga Brasileira de Assistência

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PPA – Programa de Pronta Ação

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SRTs – Serviços de Residências Terapêuticas

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UNITINS – EAD - Universidade do Tocantins – Educação à Distância

UNOPAR – VIRTUAL - Universidade Norte do Paraná

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição por Gênero	85
GRÁFICO 2 – Distribuição por Faixa Etária.....	86
GRÁFICO 3 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Tempo de Formação	87
GRÁFICO 4 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Instituição de Graduação	89
GRÁFICO 5 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Tempo de Atuação na Saúde Mental.....	91
GRÁFICO 6 - Distribuição dos Assistentes Sociais por Nível de Especialização em Saúde Mental	92

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Treinamento da Equipe Técnica	94
TABELA 2: Demandas Profissionais e Institucionais	95
TABELA 3: Instrumental Técnico-Operativo	96
TABELA 4: Avaliação das Condições de Trabalho	98
TABELA 5: Sentimento de Reconhecimento Profissional dentro da Instituição	99

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - A CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL E SUA RELAÇÃO HISTÓRICA COM O SERVIÇO SOCIAL	19
CAPÍTULO II – A PERSPECTIVA HISTÓRICA DA LOUCURA, O ENFRENTAMENTO DO ESTADO FACE À SUA CONSTRUÇÃO SOCIAL E OS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA	37
CAPÍTULO III – A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E AS DEMANDAS POSTAS AO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	61
CAPÍTULO IV - CAMINHO METODOLÓGICO E ANÁLISE DOS DADOS.....	79
4.1 Método.....	79
4.1.2 Tipo de Estudo	79
4.1.3 Campo da Pesquisa	81
4.1.4 Sujeitos da Pesquisa	81
4.1.5 Considerações Éticas	82
4.1.6 Procedimentos para Coleta do Material.....	82
4.1.7 Procedimento para Análise do Material	83
4.2 ANÁLISE E APRECIÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....	84
4.2.1 Perfil dos Assistentes Sociais Entrevistados	85
4.3 Análise dos Aspectos Relacionados ao Objeto de Estudo expressos nas Falas dos Sujeitos	99
4.3.1 As Competências Profissionais dos Assistentes Social na Instituição	100
4.3.2 A Saúde Mental na Visão dos Assistentes Sociais	102
4.3.3 Principais Demandas Profissionais postas aos Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental	104
4.3.4 Contribuição do Assistente Social na Saúde Mental	105
4.3.5 Articulação do Serviço Social com a Rede de Atendimento	107
4.3.6 Críticas ou Ressalva à Política de Saúde Mental	108
4.3.7 Principais Dificuldades Apresentadas no Cotidiano da Prática	

Profissional	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	123
APÊNDICE 01 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ASSISTENTES SOCIAIS DOS CAPS DAS CIDADES DE PATOS E PIANCÓ-PB	124
APÊNDICE 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	125
APÊNDICE 03 - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES).	126
ANEXOS	127

INTRODUÇÃO

A assistência à Saúde Mental no Brasil configurou-se historicamente por estruturas manicomiais, prática esta que foi se constituindo num mecanismo de exclusão, afastando as pessoas de seu meio familiar e comunitário, obrigando-as a incorporar uma cultura asilar que o despersonaliza e que, segundo Goffman (1987), leva à morte dos indivíduos como sujeitos sociais.

Com um modelo de assistência psiquiátrica asilar, o Brasil chega ao século XX com instituições para doentes mentais em sua maioria precárias, caracterizando-se por superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, ou seja, em situação de extrema calamidade.

Nesse caso, tornou-se premente encontrar uma solução para o problema da loucura e dos loucos, estes conforme registros de Costa (1981) viviam perambulando pelas ruas, perturbando a ordem da sociedade, sendo pois, este indivíduo insensato, não poderia responder judicialmente por seus atos, não se encaixava no mercado de trabalho nem muito menos no sistema produtivo, então medidas higienistas foram adotadas, retirando o louco do convívio social.

A partir de então os loucos passaram a serem vistos como doentes mentais, merecendo um espaço para sua reclusão e tratamento, uma vez que eram encontrados em todas as partes: nas ruas, nas prisões e casas de correções, em asilos e nos porões das Santas Casas de Misericórdia.

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que tinha como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais pela renovação do quadro de profissionais e das instituições. Com a LBHM a psiquiatria passou a intervir no aspecto social, mas para Costa (1981), esta intervenção apresentava características antiliberais, xenofóbicas e raciais.

Anos mais tarde, iniciou-se um processo de discussão em torno das necessidades de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil. Esse movimento ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que tem como objetivo a construção de uma rede de serviços que possam ajudar na melhoria da vida das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de transformar as práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico e com as diferenças entre os sujeitos.

Conseqüentemente começaram a ser implantados em todo o país os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como forma de abolir as estruturas

manicomiais, atribuindo o atendimento aos portadores de transtornos mentais, principalmente, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Nos registros e análises feitas por Vasconcelos (2002) sobre o Serviço Social e a Saúde Mental no Brasil, a década de 1940 é apontada como o marco de entrada do Serviço Social na Saúde Mental. Inicialmente sua inserção no campo da Saúde Mental deu-se através dos Centros de Orientação Infanto-Juvenil, como estratégia de diagnóstico e tratamento de “crianças-problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família.

Assim, na Saúde Mental o Serviço Social é chamado, justamente com as demais profissões especializadas, a atuar sobre as demandas postas pelos portadores de transtornos mentais. Essas demandas, inseridas no contexto econômico, político e social da realidade histórica construídas pelos sujeitos sociais na sociedade capitalista podem ampliar os espaços de atuação dos assistentes sociais face ao projeto de Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, o motivo da escolha à temática estudada desencadeou-se desde o período do campo de estágio curricular na época da graduação do curso em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba, estágio este realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi, na cidade de Campina Grande – PB, intensificando o interesse e despertando o olhar de curiosidade sobre este tema, primordialmente, a partir da experiência profissional enquanto assistente social no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas – CAPS ad, na cidade de Piancó sertão paraibano.

Em sendo assim, a presente dissertação é fruto de um projeto de pesquisa elaborado na ocasião de conclusão da disciplina Metodologia da Investigação Científica, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB.

Este trabalho consiste em um Estudo de Caso, adotou-se uma abordagem qualitativa e quantitativa, como forma de melhor complementar suas inferências, visando um maior aprofundamento da realidade. A análise de dados, por sua vez, seguiu uma perspectiva crítico-dialética. Os objetivos do nosso trabalho foram os seguintes:

- Analisar o universo das demandas profissionais que a política da Saúde Mental tem posto aos assistentes sociais no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS;
- Apreender as competências profissionais nos serviços pesquisados;

- Identificar os instrumentos técnico-operativos utilizados no exercício da prática profissional; e ainda
- Compreender as dificuldades da atuação postas aos assistentes sociais no cotidiano da prática.

A pesquisa foi realizada nos CAPS das cidades de Patos e Piancó, sertão do Estado da Paraíba, o local foi escolhido pelo fato de serem considerados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), como pólos de referências e pontos estratégicos no processo de desinstitucionalização, e também pelo fato de ter tido a oportunidade de atuar anteriormente na função de assistente social em um desses espaços sócio-ocupacionais.

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais trabalhadores dos CAPS, totalizando uma amostra de 12 profissionais. A coleta de dados foi realizada no período de agosto e setembro de 2010, por meio de entrevista semi-estruturada, as mesmas foram gravadas, posteriormente transcritas e elencadas em categorias significativas ao nosso objeto de estudo

Posteriormente à coleta de dados, precedeu-se à análise dos mesmos, baseada na técnica de análise de conteúdo. Assim, para melhor estruturação desse estudo decidimos elencá-lo em cinco capítulos:

No primeiro disserta-se acerca da consolidação da política de saúde no Brasil e sua relação com o Serviço Social, objetivando identificar os principais aspectos presentes nas estruturas consolidantes desses referenciais para a atualidade.

No segundo capítulo fez-se um breve apanhado sobre a loucura e a Reforma Psiquiátrica, envolvendo as diversas concepções da loucura ao longo da história, o enfrentamento do Estado a essa problemática, as reformas no mundo e no Brasil, e a atual política de Saúde Mental do país.

No terceiro capítulo descreve-se sobre a Saúde Mental e sua relação histórica com o Serviço Social, enfatizando desde a inserção dos assistentes sociais nos serviços psiquiátricos dos EUA até a consolidação de uma prática crítica e humanitária pautada nos dias atuais.

No quarto, discorre-se uma análise precisa em relação ao percurso metodológico seguido pela pesquisa.

No quinto e último, expõe-se os achados da pesquisa, seguidos pelas considerações finais, aportes bibliográficos, apêndices dos métodos investigatórios, os quais objetivaram principalmente, expor as principais demandas postas aos

profissionais, as competências profissionais dos assistentes sociais nos CAPS, os instrumentais para execução de suas atividades e as dificuldades arroladas com a prática.

CAPÍTULO I - A CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL E SUA RELAÇÃO HISTÓRICA COM O SERVIÇO SOCIAL

Na constituição da política de saúde no Brasil iremos identificar um contexto de profundas modificações sociais, políticas e econômicas que associadas a outros fatores internos e externos se intensificaram e exigiram do Estado uma tomada de posição, particularmente durante o século XX, nesse cenário a saúde enquanto assistência médica se transformou paulatinamente em direito à saúde, evidenciando inúmeros conflitos e interesses presentes na constituição desse setor.

Segundo Luz (1991) os aspectos políticos e econômicos e a grande desigualdade na distribuição de riquezas entre as diversas regiões e segmentos da sociedade brasileira foram determinantes na elaboração e configuração das políticas de saúde no país, sendo necessário considerar as várias faces dessa dependência conjuntural como forma de análise sobre a evolução histórica da política de saúde no Brasil.

As primeiras décadas do século XX foram marcadas por um enorme crescimento econômico no país devido seu desenvolvimento agrícola na produção cafeeira, no entanto, evidenciando-se também um período de crise sócio-econômica e sanitária, porque se aglomeravam no cenário popular várias epidemias com destaque para a febre amarela que ameaçava a economia agroexportadora brasileira, uma vez que havia resistência dos navios estrangeiros em atracar nos portos do país.

Como forma de reverter esta situação, o Estado começou a intervir na área da saúde, nesse contexto em 1903 o governo Rodrigues Alves nomeou o médico sanitaria Oswaldo Cruz ao cargo de chefe da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), - órgão este destinado a melhorar as condições sanitárias das cidades – objetivando a organização da assistência à saúde pública.

Nesse contexto, a população enfrentava situações precárias por falta de um sistema eficiente de saneamento básico, o que favorecia ao desencadeamento constante de epidemias, tais como: a já evidenciada febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Oswaldo Cruz, por sua vez, lançou a campanha contra a febre amarela. A campanha da vacina, como ficou conhecida, encontrou forte resistência da população, tendo em vista seu caráter violento e autoritário impulsionado pela força policial, gerando protestos entre as autoridades e a população, e essa recusa

em ser vacinado acontecia principalmente pela falta de informações, pois grande parte das pessoas não conhecia o que era uma vacina e temiam pelos seus efeitos.

Em 1917 devido a morte de Oswaldo Cruz, o médico Carlos Chagas assume a direção do Instituto Oswaldo Cruz, sendo designado pelo presidente a elaborar um novo código para a saúde pública. Assim em 1920 entrou em vigor o novo regulamento e criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) extinguindo a antiga DGSP. Nesse contexto Carlos Chagas criou diversos serviços especializados de saúde – higiene infantil, combate às endemias rurais, à tuberculose, à hanseníase e às doenças venéreas. O DNSP passou então a exercer ações normativas e executivas das atividades relacionadas à saúde pública no Brasil.

A saúde pública na década de 1920 vai adquirindo um novo relevo de expansão dos seus serviços para todo o país. A reforma Carlos Chagas de 1923 objetivou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma estratégia de união, de aumento do poder nacional no interior da crise política em curso (BRAVO, 2001, p. 22).

Questões relacionadas à higiene e saúde do trabalhador ganharam espaço nesse cenário, sendo as mais significativas medidas adotadas na época a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves. Vale ressaltar que as CAPs inicialmente beneficiavam poucas categorias profissionais, dentre estas, cita-se ferroviários, estivadores e marítimos, eram financiadas pela União, empresas e pelos empregadores, seus benefícios eram proporcionais às contribuições dos trabalhadores e abrangiam assistência médico-curativa e financiamento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2001).

Como resultado do processo de industrialização ocorrido na década de 1930, comandados pelo presidente Getúlio Vargas, visualizou-se alterações na sociedade brasileira e na redefinição do papel do Estado, surgindo às políticas sociais como resposta às reivindicações dos trabalhadores. A política de saúde, nesse período, estava organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados dos anos 1960, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e o subsetor de medicina previdenciária apenas entra em cena

em 1966.

De acordo com Luz (1991), desde o início da implantação dos programas e serviços de auxílio à saúde, essa política foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoram também nos sindicatos dos trabalhadores, auxiliando na criação de normas administrativas e políticas de pessoal, adequadas à estratégia de cooptação das elites sindicais simpatizantes e de exclusão das discordantes, erguendo as aliadas à direção das instituições, e à gestão dos programas governamentais.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública de 1930 a 1940 foram na concepção de Braga e Paula (1986 apud BRAVO, 2001 pp. 22-23):

Ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; criação do serviço de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); e a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Esse modelo previdenciário que norteou os anos 1930 à 1945 no Brasil que substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), pretendeu estender os seus benefícios para um maior número de categorias de assalariados urbanos, e não proceder uma cobertura mais ampla, entrando em cena a orientação contencionista.

Os IAPs tinham um caráter de seguro social: um desconto era feito no salário do trabalhador, das empresas e do governo, e o fundo assim formado era investido para gerar a massa de recursos necessários para pagar aposentadorias e pensões [...] uma vez que unia os trabalhadores nas suas corporações os desunía em termo de diferenças que passavam a existir entre eles como classe. As categorias, forçadamente, tinham salários, benefícios e assistência médica de qualidades distintas. E a maioria não tinha absolutamente nada (ARAÚJO, 2007, pp. 119-120).

Entre 1937 e 1950 começaram a ser discutidos os problemas sanitários da

saúde através da I e II Conferência Nacional de Saúde, em que foram debatidos temáticas referentes às legislações sobre higiene e segurança no trabalho, bem como a prestação da assistência médico-sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2002). Nesse período também foram criados em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que anos mais tarde assumiram a coordenação de saúde pública quando criado o Ministério da Saúde. A respeito das condições vivenciadas pela população nesse período Bravo aponta que,

[...] a situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos 50, 56 e 63, em que os gastos com a saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhorias das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2001, p. 24).

Assim sendo, o Brasil chega aos anos 1950 com uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos, que pressiona financiamento através do Estado. Entretanto, nessa conjuntura a assistência médica-previdenciária até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços próprios das CAPs, com o regime ditatorial essa situação vai ser completamente diferente.

A instauração da ditadura militar expressou para a sociedade brasileira um modelo de desenvolvimento econômico, social e político diferenciado. O Estado utilizou para sua intervenção, nas refrações da questão social, o binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizando as tensões sociais objetivando conseguir legitimidade para o regime.

O setor saúde pública teve que assumir as características capitalistas com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior, nesse período a saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu, após principalmente os anos de 1966.

A partir de 1967 os IAPs foram fundidos em um único instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que passou a prestar a assistência a todos os trabalhadores assalariados do país (PATRIOTA, 2002).

Oliveira e Teixeira (1986) comungam com Patriota (2002), ao enfatizarem que

o processo de unificação dos institutos previdenciários através do INPS inscreve-se na perspectiva de modernização conservadora do regime estatal, aumentando seu poder governante sobre a sociedade, o que representava também um esforço de desmobilização das forças populares, verifica-se que o INPS só garantia os direitos da assistência à saúde aos trabalhadores assalariados e contribuintes da previdência, deixando de fora do sistema de saúde, um enorme contingente de pessoas.

Assim, algumas medidas foram tomadas como forma de tentar corrigir as lacunas apresentadas até então, no sentido de universalizar as ações de saúde no Brasil. A criação do Fundo dos Trabalhadores Rurais – FUNRURAL, em 1972, foi uma das medidas adotadas objetivando estender a assistência médica aos trabalhadores rurais. Criou-se também em 1974 o Programa de Pronta-Ação (PPA), estendendo o atendimento de urgência aos pobres e indigentes do país, visando universalizar formalmente as ações de saúde no Brasil (MOREIRA, 2009).

Nessa conjuntura implantou-se um modelo de privilegiamento do produtor privado que segundo Oliveira e Teixeira (1986 *apud* BRAVO, 2001, p. 24) detinham as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, proporcionando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferença do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

No ano de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através da Lei nº 6439 que em conjunto com a Lei nº 6229

constituíram as bases legais do sistema de saúde vigente nos anos de 1970. Essas leis tiveram como objetivo promover uma política racionalizadora, buscando garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa, cujos processos culminaram com o surgimento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 1993).

Diante da permanente tensão entre a ampliação e disponibilidade dos recursos, as reformas realizadas na política de saúde no período de 1974 a 1979, tiveram por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de privar as reivindicações das pressões populares.

A política de saúde chega ao final da década de 1970 mantendo um modelo de atendimento caótico e elitista, e os movimentos sociais requisitavam à implantação de uma rede de serviços básicos que apontassem para a descentralização do setor, pregando a participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

Outro fato marcante para a política de saúde no Brasil foi a promulgação do texto produzido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Alma-Ata/URSS 1978, que tinha o propósito de dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse em quantidade e qualidade os serviços primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura da saúde a toda população até o ano 2000 (MOREIRA, 2009).

A atenção primária, neste entendimento, segundo o autor acima citado, seria a estratégia para reduzir as desigualdades sociais existentes, estratégia esta que atendia duplamente aos propósitos do Estado, porém as diretrizes contidas nesse projeto não foram incorporadas pelo governo, nem estabelecidas na prática, devido às resistências burocráticas estabelecidas pelo INAMPS, a forte oposição das entidades médico-empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal.

No tocante ao panorama da implantação e desenvolvimento da política de saúde no Brasil até então evidenciado, vale ressaltar o Serviço Social na saúde nesse contexto, uma vez que o surgimento e desenvolvimento da profissão retratam algumas evidências significativas principalmente no seio da categoria profissional no período de 1930 a 1964.

Diante da conjuntura histórica de 1920 surge o Serviço Social brasileiro, associado contraditoriamente com setores empresariais, executando políticas

sociais atendendo aos interesses do Estado frente aos conflitos desencadeados pela emergente questão social. Para Barbosa (2006) o surgimento da profissão esteve atrelado às configurações assumidas pela questão social no âmbito do processo de industrialização do país:

As bases que remontam a origem do Serviço Social localizam-se no processo de complexificação da sociedade capitalista, em que os homens e suas relações sociais colocam-se num novo campo de horizonte da ciência, pois o processo de consolidação do modo de produção capitalista, impulsionado pelo crescimento da industrialização, é acompanhado pelo aumento da miséria e de várias manifestações que abalam a ordem social necessária à hegemonia burguesa (BARBOSA, 2006 p. 44).

Estudos teóricos caracterizam os anos de 1930 como o período de desenvolvimento e expansão do Serviço Social no Brasil. Iamamoto e Carvalho (2009) apontam que a profissão de Serviço Social resultou dos trabalhos desenvolvidos pelo apostolado episcopal, através das ações de assistência e campanhas sociais mediatizadas por uma parcela da burguesia feminina carioca e paulista denominadas “damas de caridade”, ações estas fragmentadas e paliativas, sob perspectiva da doutrina social da Igreja.

Como consequência do trabalho desenvolvido pela Ação Católica surgiram as primeiras escolas de formação social, tendo como primeira instância o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) fundado em 1932 na cidade de São Paulo.

As atividades do CEAS se orientarão para a formação técnica especializada de quadros para a ação social e a difusão da doutrina social da Igreja. Ao assumir essa orientação, passa a atuar como dinamizador do apostolado laico através da organização de associações para moças católicas e para a intervenção direta junto ao proletariado (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009 p. 173).

Nesse momento verifica-se na profissão uma expressiva expansão profissionalizante a partir da criação das primeiras Escolas de Serviço Social, em São Paulo em 1936 e em seguida no Rio de Janeiro em 1937. Entretanto, com a criação de uma série de instituições sócio-assistenciais de caráter público e estatal, preponderante a partir de 1940 é que de fato ocorrerá a recorrência do trabalho profissional.

Vale destacar, que no cenário nacional da década de 1930-1945, comandado por Vargas, à área social direcionou-se uma política arquejada à população urbana empregada nos setores comercial e industrial, dedicando-se principalmente às classes médias e aos trabalhadores assalariados. Como fruto dessa política instituiu-se a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), unificando toda legislação trabalhista à época existente no país, objetivando pois, regular as relações de trabalho sob forma de: registro na carteira trabalhista, definição da jornada de trabalho, período de descanso, férias, acesso a medicina do trabalho, proteção do trabalho da mulher, formalização de contratos individuais de trabalho, permissão para organização sindical, fiscalização, justiça do trabalho e de processos trabalhistas, tais concessões conforme Rangel (2007), poderiam ser interpretadas como um movimento de privatização do público, dando soluções às questões da coletividade na forma de acordos trabalhistas.

Os programas decorrentes da legislação social da Era Vargas apresentavam-se essencialmente manipuladores, se utilizando de técnicas para mitigar prováveis conflitos entre capital e trabalho, salientes no interior da classe operária e camadas sociais insatisfeitas.

Não obstante, durante a década de 1930 surgiram relevantes instituições assistenciais, as quais se constituíam como organismos de controle social e político das classes operárias, com destaque à criação do Departamento de Assistência Social do Estado de São Paulo no ano de 1935, que de acordo com Iamamoto e Carvalho (2009), detinha as seguintes atribuições:

Estruturação dos serviços sociais de menores, desvalidos, trabalhadores e egressos de reformatórios, penitenciárias e hospitais e da Consultoria Jurídica do Serviço Social; orientar e desenvolver a investigação e o tratamento das causas e efeitos dos problemas individuais e sociais que necessitem de assistência, organizando para tal, quando oportuna, a escola de serviços sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 173).

Como mostra a história, a nível nacional, também foram criadas outras instituições representativas do aparato social a exemplo do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) em 1938, tendo como finalidade organizar e centralizar as obras assistenciais públicas e privadas, porém foi utilizado também como mecanismo de clientelismo político e da manipulação de verbas e subvenções

públicas.

Após a criação do CNSS, foi implantado o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), e criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942. Iamamoto e Carvalho (2009), promulgam que a LBA passou a atuar diretamente em todas as áreas da assistência social, influenciando na sua racionalização, dinamização e estruturação, no entanto, não conseguiu romper com as ações de cunho assistencialistas que tonificaram no enfrentamento das refrações da questão social presente no cenário desenvolvimentista.

No que diz respeito ao setor saúde, essa conjuntura de 1930 a 1945, Bravo e Matos (2009) ressalta que não absorveu predominantemente a mão-de-obra qualificada dos assistentes sociais. A partir de 1945, em decorrência do fim da Segunda Guerra Mundial é que a profissão ganha maior visibilidade nesta área.

[...] a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorve os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substitui a européia, que marcou a conjuntura anterior tanto no nível de formação profissional – como alteração curricular – como nas instituições prestadoras de serviços. O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA) (BRAVO; MATOS, 2009, p. 198).

Outra característica importante que determinou a ampliação profissional nesta conjuntura se refere ao novo conceito de saúde elaborado em 1948 enfocando os aspectos biopsicossociais, impulsionado ao debate a questão do agravamento das condições de saúde da população, o qual determinava a requisição de outras categorias profissionais para trabalhar na saúde, entre eles o assistente social.

Como desdobramento desse novo conceito para a saúde, ocorreu o início da adesão ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, possibilitando a ampliação na abordagem em saúde, a introdução de conteúdos preventivistas e educativos, o inteiramento da equipe profissional em diversos níveis ampliando a atenção médica e social. Assim, conforme os autores acima referenciados, ao assistente social consolidou-se uma tarefa educativa de intervenção no modo de vida da população, com relação aos hábitos de higiene e saúde, atuando em programas prioritários da política de saúde.

Bravo (2009), ressalta ainda que outro fator importante à categoria

profissional refere-se a consolidação da Política Nacional de Saúde no país, assim, o assistente social na sua atuação hospitalar coloca-se entre a instituição e a população objetivando viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, através de ações profissionais como: plantão, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Percebe-se, que as propostas na política de saúde que nasceram a partir dos anos 1950 não obtiveram diretamente repercussão no trabalho dos assistentes sociais, somente no pós – 1964 que o Serviço Social sofre profundas transformações no trabalho da sua categoria profissional.

Teremos, pois, que, a conjuntura dos anos 1960, sob comando do então presidente Juscelino Kubistchek propiciou a era do desenvolvimentismo, uma nação economicamente forte, auto-sustentada, uma oposição ao subdesenvolvimento no país, com investimentos pesados na industrialização e a abertura ao capital internacional. Uma significativa participação na vida política registra-se no país, com reivindicações às reformas de base, surgindo quadros novos de atores ativos no cenário político e social no país.

A profissão, nesta época não se mostrará alheia ao acirramento das expressões da questão social, no entanto suas reflexões estarão sintetizadas no seu interior, em esferas de discussões que expressam a primeira crise ideológica do Serviço Social.

Em sendo assim, a profissão, do seu desenvolvimento até os anos 1960, não envolveu-se em nenhuma polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador aliado a doutrina social da igreja, que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condições de alterá-la. Nos anos 1960, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão, questionando seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do desenvolvimento e de suas repercussões na América Latina. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sociopolíticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado (BRAVO, 1996).

Netto (1998 *apud* ALVES, 2009), analisa o período compreendido entre os

anos de 1960 a 1980, identificando três perspectivas distintas de reflexão teórico-metodológica que solidificaram o Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil. O autor a princípio, apresenta os debates realizados pela categoria profissional, que deram origem a dois importantes documentos, fruto de seminários realizados, o primeiro denominado de documento de Araxá (1967), e o segundo denominado de documento de Teresópolis (1970), estes considerados como uma tendência modernizadora do Serviço Social.

Sobre esta perspectiva modernizadora Bravo (2009, p. 201) expõe que,

a modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

No período de 1978 e 1984 houve a produção dos documentos de Sumaré e Alto da Boa Vista, respectivamente, adotados como uma reatualização conservadora, na qual o profissional é chamado a atuar na situação existencial problema, recuperando a abordagem individual e as alternativas de transformação, guiando-se no âmbito da inspiração fenomenológica, recebendo, no entanto, várias críticas de diversos autores, inclusive Netto (1998), quanto a sua interligação com a fenomenologia e o atraso visível em relação aos documentos anteriores (ALVES, 2009).

A intenção de ruptura com os aspectos conservadores, de fato, só ocorreu a partir dos estudos da teoria marxista nos anos 1980, impulsionado primordialmente no meio acadêmico, se questionando a dependência externa, principalmente a norte-americana, através do enfoque dialético, este modelo, conforme Netto (1998), sofrerá grande repressão devido a conjuntura ditatorial brasileira, o que exigiu por parte do Estado o controle da massa trabalhadora, demandando ao Serviço Social um papel organizativo e burocrático.

Na distensão política, 1974 – 1979, o Serviço Social não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente modernizadora. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não

romperam com essa direção (BRAVO, 1996, p. 202).

A intenção de ruptura só se consolidará ao fim da década de 1970 e início de 1980, seu surgimento, conforme disserta Netto (1998), ocorrerá a partir do trabalho desenvolvido por um grupo de profissionais inseridos na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, conhecido como método B.H, norteando de forma significativa a materialização da tendência de ruptura com o conservadorismo tradicional do Serviço Social, indo além do campo teórico, congregando as lutas das classes populares, dando início a um projeto político para a profissão articulado a luta por direitos sociais e de cidadania.

Observa-se, pois, que historicamente o Serviço Social na área da saúde a princípio, recebeu influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na área curativa e com abordagem individual, guiada pelo modelo médico privatista, em que foram enfatizadas técnicas de intervenção, burocratização de atividades, psicologização das relações sociais e concessão de benefícios. Este modelo conservador só se modificou entre as décadas de 1980 e 1990, quando houve efetivamente a mudança do conceito de saúde e a ascensão do movimento de reforma sanitária (BRAVO, 2009).

A década de 1980 caracterizou-se pois, como um período de intensas mudanças e mobilizações políticas e sociais na área da saúde, assim esse setor contou com a participação de novos atores, discussões, debates e reivindicações, objetivando uma política de saúde mais democrática, igualitária e equânime, assumindo uma dimensão política, com vistas à democracia, sendo os profissionais da saúde, o movimento sanitário e os partidos políticos de oposição os principais personagens dessa conjuntura.

Assim, as propostas debatidas nesse setor foram de acordo com Bravo (2001, p. 24),

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde.

Um fato marcante para a discussão da questão da saúde no Brasil foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – DF, como temário central foi discutido: I) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III) Financiamento setorial, ainda sobre este assunto a citada autora afirma que,

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu, no cenário da discussão da saúde, a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001, p. 25).

O texto constitucional de 1988, com relação à saúde, atende em grande parte, após vários acordos e reivindicações, as propostas do movimento de reforma sanitária, os principais pontos aprovados na nova Constituição segundo Teixeira (1989, p. 50) foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde – SUS integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Ainda de acordo com Teixeira (1989), a análise da política de saúde na

década de 1980 tem como aspectos centrais: a politização da questão saúde, objetivando aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias; a alteração da norma constitucional, tendo como resultado um bom texto para a saúde, que incorpore grande parte das reivindicações do movimento sanitário; e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, em que foram realizadas algumas medidas que visavam o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento.

Importante se faz identificar, nesse processo, como se deu a relação do Serviço Social com o movimento de reforma sanitária. A renovação da profissão por ter sido um movimento interno à categoria, não foi articulada diretamente com outros debates, que buscam a construção de práticas democráticas, como o movimento de reforma sanitária. No entanto, a década de 1980 representa um marco na história profissional que expressa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria, ou seja, a interlocução real com a tradição marxista.

Fazendo um balanço do Serviço Social na área da saúde nos anos 1980, cita Bravo que,

[...] mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de assistentes sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino do Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO, 2009 pp. 204-205).

Porém, conforme o autor acima, considera-se que os avanços apontados são insuficientes, tendo em vista o aprofundamento teórico apontado à categoria na década de 1980, pois o Serviço Social na área da saúde chega a década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulado do movimento de reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão; e insuficiente produção sobre as demandas postas à

prática em saúde.

Nos anos 1990 entra em cena o redirecionamento do papel do Estado com o avanço das políticas de ajuste neoliberal, tendo como características a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, uma tendência a debilitar os espaços de representação coletiva e controle social sobre o Estado.

Considerando o exposto, nota-se que a política de saúde constituída em 1980 tem sido desconstruída, estando vinculada ao mercado, enfatizando as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. Verifica-se um descumprimento com relação aos dispositivos constitucionais e legais em relação ao SUS, a saber nas palavras de Bravo (2001, p. 30),

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não-unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A atual proposta de Reforma do Estado para o setor saúde insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

Ainda segundo a autora, dois projetos convivem em tensão, o projeto de reforma sanitária, constituído na década de 1980 e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

O projeto da reforma sanitária que expressa como preocupação central assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, em que se destaca: a democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 1999).

O projeto de saúde articulado ao mercado, conforme escritos de Bravo (2001), está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com

relação ao financiamento. A tarefa do Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

A partir do exposto, torna-se premente elaborar essa reflexão como forma de analisar o Serviço Social nos anos 1990, esses diferentes projetos apresentam, pois, distintas requisições para a profissão.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas:

[...] a seleção econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Em relação ao projeto de reforma sanitária, este vem apresentando demandas referentes às questões como a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO, 1998 *apud* BRAVO; MATOS, 2009, p. 2006).

Cabe aqui registrar, que um ganho para a saúde pública no Brasil a partir da implantação do SUS referi-se a ênfase no paradigma social da saúde, possibilitando uma ampliação e inserção de diversas profissões como é o caso do Serviço Social ampliando não apenas as discussões, mas colocando-o no âmbito interdisciplinar de práticas profissionais direcionadas à reforma sanitária, numa concepção ampliada de saúde através de equipes multiprofissionais, tendo por objetivo integrar saberes e práticas voltadas a construção de novas possibilidades de pensar e agir sobre a saúde a partir de um olhar ampliado sobre as especificidades.

Dentro dessa perspectiva, o assistente social pelas premissas do projeto ético-político profissional tem a possibilidade de desenvolver ações no sentido de promoção da cidadania, construção, fortalecimento das redes sociais e de integração entre os serviços de saúde guiados pelo Código de Ética Profissional, que supõe a defesa intransigente dos direitos humanos, o aprofundamento da democracia, liberdade, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, trabalhando de forma educativa, com vistas a erradicação de todas as formas de preconceito, opressão e alienação.

Entendemos, pois, que ao mesmo tempo em que a década de 1990 foi

marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura, identifica-se também a ofensiva conservadora a esta tendência. As críticas apresentadas apontam como problemas o dogmatismo e os equívocos inerentes à tradição marxista, quando se trata das possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

Um aspecto analisado e discutido por Bravo (2009), em relação à formação profissional na atualidade é a constatação de que existem segmentos profissionais que ao se especializarem em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, e sim como sanitaristas, resgatando ao exercício profissional a denominação de Serviço Social Clínico, sendo constante a discussão da necessidade de se produzir conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas da especialização da prática médica.

A questão não se refere ao fato de os profissionais buscarem estudos na área da saúde. O problema se faz presente quando este profissional passa a exercer outras atividades superiores, e não mais se identifica como assistentes sociais, recuperando uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas um conjunto de ações que historicamente determina como expressa Netto (1998), a execução terminal das políticas sociais. Sob esta perspectiva o profissional se distancia no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central conforme Bravo (2009, p. 213),

a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social, formulando estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado com o projeto de reforma sanitária.

Constituindo-se como desafio aos assistentes sociais encarar a defesa da democracia, produzindo um trabalho que faça frente ao projeto neoliberal, uma vez que este tende a mascarar direitos e conquistas defendidas historicamente no âmbito da sociedade civil e da profissão.

Diante do exposto, podemos vislumbrar que a relação entre o surgimento e consolidação tanto do Serviço Social como da política de saúde pública no Brasil, estiveram constantemente equiparadas, inicialmente de forma assistencialista e burocrática, posteriormente galgando um eixo de consolidação de direitos. Como forma de abranger em um todo os objetivos elencados no nosso estudo, julgamos necessário dissertar sobre essa relação histórica entre o Serviço Social e a consolidação da política de saúde no país, uma vez que estas informações aqui presentes nos darão base para entendermos , não só, mas primordialmente, a trajetória profissional nos serviços de Saúde Mental. A seguir elencaremos as configurações da loucura em sua construção na sociedade, a intervenção do Estado e os principais movimentos de Reformas Psiquiátricas no Brasil e no mundo.

CAPÍTULO II – A PERSPECTIVA HISTÓRICA DA LOUCURA, O ENFRENTAMENTO DO ESTADO FACE À SUA CONSTRUÇÃO SOCIAL E OS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os registros de casos de loucura, de diferenças comportamentais e psíquicas remontaram o curso histórico na Antiguidade Clássica. Naquela época a loucura era considerada por alguns como um privilégio, pois acreditava-se que através dos delírios, esses indivíduos poderiam ter acesso as verdades divinas. O que o louco dizia era considerado como algo importante e necessário, capaz de modificar os acontecimentos e interferir no destino dos homens (CIRILO, 2006).

Os gregos defendiam a idéia de que a divindade Zeus possuía o poder sobre todas as coisas e seus resultados. Tal divindade agia no plano cósmico, decidindo de forma soberana sobre o destino das coisas e dos indivíduos e quando algo a ameaçava ela roubava dos homens a razão. Dessa forma a loucura era vista como um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contestados pela vontade dos homens. O papel do homem seria de objeto inerte, à mercê dos agentes sobre humanos (PESSOTTI, 1996).

Nesse contexto histórico a loucura foi interpretada a partir de bases teológicas, diante da intervenção sobrenatural, determinando os desejos dos homens e justificando até o cometimento de crimes, não havendo estigma ou remorso para as pessoas acometidas de anormalidades comportamentais ou de momentos de insensatez. Neste sentido a intervenção sobrenatural funciona como um mecanismo de defesa.

Os poemas de Homero¹, especialmente A Ilíada, retratam e ajudam a sistematizar o primeiro modelo teórico da loucura, cuja base é predominantemente mitológica. Este modelo de concepção da loucura reflete em diferentes épocas, e ainda hoje persiste no imaginário social explicações mitológicas sobre a origem da loucura.

De acordo com Pessotti (1996), Eurípedes² foi um dos primeiros filósofos de sua época, século V a.C, a desacreditar que toda e qualquer expressão da loucura resultaria de caprichos dos deuses. A partir de suas obras abordam-se a uma visão mais racionalista da loucura, onde são citados os limites da natureza humana diante

¹ Considerado o primeiro grande poeta grego. Teria vivido no século VII a. C., período coincidente com o surgimento da escrita na Grécia. Consagrou o gênero épico com as obras Ilíada e Odisséia.

² Poeta e teatrólogo grego, nascido em 485 a. C., autor da conhecida peça Medéia.

da força dos sentimentos e das paixões.

Segundo o citado autor, é na obra de Hipócrates³ - sábio, conhecido como pai da medicina -, que o universo passa a ser encarado de maneira natural como composto de quatro elementos: calor, frio, secura e umidade, em sendo assim, o distanciamento em relação à concepção mitológica se torna maior. Este passará a explicar a loucura como desequilíbrio da natureza orgânica do corpo humano, a saúde é considerada como a harmonia no sistema de humores e como o equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo. O desequilíbrio entre os dois sistemas ou entre os humores no interior do sistema orgânico seria a doença.

Na medicina greco-romana destaca-se Galeno⁴, para quem a loucura era produzida por um desarranjo de humor. Seu entendimento era que as doenças e desarranjos comportamentais do sistema nervoso se localizavam no cérebro, fazendo uma distinção clara entre a loucura e os delírios devidos a outras afecções, sendo essa uma das maiores contribuições do seu pensamento.

Teremos, pois, que até a Idade Média, como afirma Cirilo (2006), a loucura como doença era praticamente despercebida e quando notada era vista como fato cotidiano ou dádiva divina através de componentes mágicos e simbólicos e seu tratamento, quando indicado não acarretava necessariamente mecanismos de exclusão.

Nos séculos XV e XVI, é retomada a caracterização da influência cósmica como causa da loucura, porém em uma outra perspectiva. Na Idade Média os comportamentos anormais, estranhos ou misteriosos não são mais considerados como planos dos deuses, e sim, do demônio, a loucura em si passa a estar atrelada ao demonismo. “Quem faz ou diz coisas estranhas, está possuído pelo demônio. A loucura é a prova da possessão diabólica direta ou por artes de bruxaria” (CHERUBINI, 1997, p. 08).

Considerava-se que o demônio apoderar-se-ia do cérebro das pessoas já que a alma pertence a Deus. Nesse caso, sua atuação seria física, ou poderia dar-se mediante acompanhamento constante do diabo à pessoa, tomando-lhe o corpo, ou ainda através de alterações percebidas nos objetos, no corpo, no ânimo ou no humor

³ Desenvolveu a teoria dos quatro humores corporais, quais sejam: sangue, fleugma ou pituíla, bÍlis amarela e bÍlis negra, onde as quantidades dessas substâncias presentes no corpo levariam a estados de desequilíbrio (eucrasia) ou de desequilíbrio e dor (discrasia).

⁴ Médico cirurgião grego considerado como um dos mais importantes da Antiguidade. Foi o criador da Filosofia Experimental, realizou várias descobertas utilizando animais como cobaias.

da pessoa, de modo a causar alucinações, tremores, cegueiras e doenças inexplicáveis para a medicina (PESSOTTI, 1996, p.46).

O demonismo tem suas bases nas fontes doutrinárias do cristianismo, os hereges e o culto aos deuses pagãos eram vistos como obra do demônio. A demonização dos hereges, segundo Cherubini (1997, p. 08), “justificava a intolerância religiosa e a perseguição às dissidências, atingindo a terceiros inocentes, como fica evidenciado com a perseguição aos descendentes dos hereges”. Nesse contexto a perda da razão ou o descontrole emocional têm a marca da condenação e da culpa.

O louco, nesse contexto, passa então a ser visto como uma pessoa perigosa. Isto porque a possessão demoníaca só ocorre em homens em falta, ou seja, descrentes, uma vez que as pessoas boas não são atingidas pelo demônio. Isto talvez explique a sustentação da periculosidade dos loucos, que mais tarde fundamentará a sua punição através de medidas de segurança. Teremos, pois, a loucura estigmatizada moralmente, o que não acontece no modelo anteriormente citado, o mítico-teológico.

Nesse cenário dos séculos XV e XVI, a loucura passa a ser tratada com liberalidade, e o louco é mantido em liberdade. Permanentemente os loucos vagavam pelas cidades e eram sustentados por meio da caridade alheia, o mesmo acontecia com os pobres. Acreditava-se que o auxílio aos pobres contribuía para a salvação do homem, sendo corrente a prática da compra de indulgências.

A existência de pobres e de loucos faz parte dos desígnios de Deus, sua razão é diferente da razão comum, mas é explicável dentro do plano divino. Existem para que os ricos possam dar esmolas, salvando a si mesmos” (SERRANO, 1992 apud CHERUBINI, 1997 p.10).

Ainda conforme o autor acima, vale ressaltar, que os segregados dessa época eram os leprosos. “Os significativos avanços na cura da lepra foram assim, atribuídos ao processo de exclusão social, o qual acarretava o isolamento dos focos de infecção. Aos poucos, os grandes leprosários passaram a ficar desocupados” (CHERUBINI, 1997 p. 10).

Naquele contexto histórico, segunda metade do século XV, ocorre a decadência do regime Feudal, ocasionando mudanças no sistema econômico e

social, em consequência dessa situação, a alta de preços nos gêneros de primeira necessidade e a elevação do número de pessoas pedintes nas ruas sofre um aumento significativo. Estes considerados mendigos e os loucos passam a ser vistos como ameaças sociais, uma vez que eram freqüentemente culpabilizados pela prática de crimes e violências nas cidades.

O cordão de pobreza e o aumento da vulnerabilidade social tornam-se mais evidente ainda “devido às punições adotadas pela Igreja Católica, a exemplo das mutilações, uma vez que os criminosos, marcados ou aleijados, passam a perambular entre as cidades ficando proibidos de retornar a sua localidade natal” (CHERUNIBI, 2003, p. 10).

Em razão de tais mudanças os leprosários passam a serem ocupados por outros tipos de excluídos, com destaque aos mendigos, vagabundos, portadores de doenças infecto-contagiosas, sobretudo de origem sexual, e loucos. Segundo Foucault (1995, p. 87),

o convívio de loucos e doentes venéreos na mesma prisão dura cerca de cento e cinquenta anos. Assim como a exclusão retirou a lepra de cena, espera-se alcançar a modificação dos novos excluídos através desse ritual de isolamento e de reintegração espiritual.

Apesar de entender-se que desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, não se percebia nesse período, a loucura como um fenômeno que demandasse um tratamento diferenciado, um saber específico, tendo em vista principalmente que os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se meramente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele (CIRILO, 2006).

Somente nos séculos XVII e XVIII os médicos passam a procurar as causas da loucura. Acreditava-se que a causa mais próxima seria uma alteração visível do sistema nervoso, sendo utilizados métodos punitivos quando o louco se encontrava em crise. Como exemplo, era comum nessa época o uso de ducha com água fria, esta era utilizada para atuar sobre o sistema nervoso limpando a mente e purificando o corpo, sendo ainda realizadas autópsias para constatar modificações no cérebro. Também era comum encontrar os loucos nos leprosários e nas prisões, misturados a outras pessoas excluídas da sociedade.

Em razão desta situação começaram então a emergir algumas reivindicações contrárias, principalmente dos próprios criminosos, que não concordavam em continuarem presos junto com aos loucos, este fato, envolvia também alguns teóricos da época que, ao visitar as prisões, colocavam-se contra a mistura de condenados, leprosos, vagabundos e loucos. No entanto, se há polêmica quanto à mistura de loucos e pessoas que raciocinam, não há polêmica sobre a relação entre louco e confinamento nos asilos e prisões.

Durante o século XVII, ocorreu a criação dos grandes hospitais favorecendo assim a internação, segundo Foucault (1995), a cada cem habitantes um era internado, naquela época, em Paris. Não havia, contudo, uma estruturação de critérios específicos para determinação das pessoas que eram internas. Os hospitais serviam tanto para o internamento dos pobres como dos loucos. “Em parte, o tratamento servia para controlar a massa dos diferentes, prendendo-os e isolando-os. Servindo como meio de homogeneização dos desiguais” (SERRANO, 1992 apud CHERUBINI, 1997, p. 15).

No século XVIII, com a Reforma Protestante e a tese de que a salvação é conseguida através do trabalho, ocorre nos hospitais, um fenômeno comum às prisões da época. Ambos funcionavam como depósitos da miséria, onde encontravam-se insanos, pobres, mendigos, vagabundos e demais doentes, esses locais eram pois considerados como centros de reabsorção de desempregados, ocultando seus efeitos sociais, de isolamento e exclusão. Assim, com o incentivo ao trabalho dos custodiados, alcançava-se mão-de-obra barata. Fileiras de miseráveis foram recolhidas às cadeias, casas de trabalho ou aos hospitais.

Com as mudanças econômicas da época e o advento do capitalismo, surgiram críticas ao enclausuramento e exclusão do louco, que passou a ser percebido como desperdício de força de trabalho e de vidas humanas e um pesado custo para a sociedade.

Neste sistema econômico, o indivíduo passou a ser visto como produtor de riqueza, uma vez que esta é fruto do trabalho e dignifica o humano. Assim, os indivíduos, que no período anterior, eram confinados junto com os loucos constituindo o mundo dos internos foram colocados em liberdade, com exceção dos próprios loucos e dos criminosos. Nesse mecanismo de exclusão, a loucura passou a ser separada do conjunto dos diferentes e passou a ocupar um espaço específico, sob responsabilidade da medicina (OLIVEIRA, 2002).

A partir de então, no século XVIII a loucura passa a assumir o papel social do espaço de internamento, assim passaram ser retirados dos asilos todas as formas de desvios, mantendo-se apenas os loucos e criminosos. A loucura torna-se objeto do saber médico, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura. De acordo com Cirilo (2006), este século tornou-se conhecido como o século das luzes, pelos iluministas, e a razão passa a ocupar lugar de destaque, posto que através dela o homem poderia conquistar sua liberdade, riqueza e felicidade.

Esse movimento revolucionário trouxe a necessidade de transformação das instituições asilares e aqueles pacientes que tinham possibilidade de produzir riquezas foram inseridos no trabalho. É nesse contexto que o jovem médico Phillipe Pinel – médico enciclopedista, filósofo e naturalista, considerado o pai da psiquiatria moderna - é indicado para ser reformador de um hospital em Paris, o Hospital de Bicêtre (AMARANTE, 2007). A partir de então tem início o processo de reforma do espaço hospitalar e o surgimento do hospital psiquiátrico.

Em sendo assim, aos dias 28 de agosto de 1793, Pinel assumiu a direção do Hospital Bicêtre, transformando-o na principal instituição de acolhimento e internação dos loucos. O Bicêtre havia sido construído a priori para dar abrigo a pobreza, acolhendo, além dos loucos, velhos, indigentes e condenados, somando-os aos presos políticos da Revolução Francesa. “Pinel recebeu o mérito de ter protegido, sob os andrajos dos pobres a aristocratas e sacerdotes” (FOUCAULT, 1995, p. 463).

Cirilo (2006), discorre sobre alguns fatores que na época serviram de explicação para as novas relações da sociedade com a loucura, como: o contexto político do advento do legalismo, uma vez que com a ruptura do equilíbrio tradicional de forças do Antigo Regime surge a necessidade de novas formas de regulação social; o surgimento de novos agentes a exemplo da justiça, das administrações locais e da medicina; a atribuição do status de doente mental ao louco e a constituição de uma nova estrutura institucional, isto é, o asilo de alienados. É assim que a Psiquiatria emerge como resposta a uma problemática social e passa a ocupar o lugar de instância reguladora da loucura.

Teremos, pois, a introdução da função médica no Bicêtre, tendo em vista também a própria nomeação de Pinel para a direção desse hospital, isto prova que a presença de loucos no Bicêtre já é um problema médico. Isto porque de acordo com Foucault (1995, p. 464),

Pinel é conhecido por artigos feitos sobre as doenças do espírito. Passando o internamento a ser considerado por seu valor terapêutico e a loucura a ser vista como doença, estabelecendo uma relação necessária entre asilo e doença

Para Cherubini (1997) toda essa carga de moralidade do tratamento indicado por Pinel pode ser percebido no que ele classifica de citações das causas morais da confusão mental. Destacando como exemplo;

[...] o tipo de educação ensinada ao indivíduo, o modo de vida e a excessiva religiosidade, além da revalorização das paixões, já presente desde o tempo de Eurípedes, como cólera, terror, dor, ódio, amor, ciúme, inveja, etc., como fontes da loucura. Sob esta ótica, a loucura pode ser vista como produto da imoralidade ou dos hábitos inadequados, anormais, sobretudo das classes sociais consideradas inferiores (CHERUBINI, 1997, p. 20).

Diante dessas causas morais e imorais da loucura, Pinel acredita que a educação seria o método para revertê-la, por isto, passou a empregar processos de atividades disciplinares em seus pacientes. O tratamento, enquanto processo reeducativo, era dotado de conteúdo moralizante, buscando a modificação de comportamentos, tidos como inadequados. Outro toque de moralidade e lucidez seguia-se pela reprovação a certos comportamentos sexuais, denominados vícios. Nesse contexto, para Pessoti (1996), o médico se torna ordenador não só da vida psíquica do paciente, mas também o agente da ordem social, da moral dominante.

O trabalho terapêutico de Pinel era dirigido ao tratamento das paixões excessivas ou desviantes dos pacientes. Para curar os excessos e eliminar os delírios passam a ser utilizadas experiências emotivas igualmente fortes. O confronto entre a emoção que provoca o delírio e a empregada para suplantá-la deve estimular uma elaboração racional do paciente, causando a superação do pensamento delirante. Para que isto ocorra, o paciente deve ter um resíduo de racionalidade. Caso contrário, o tratamento moral apresenta-se ineficaz. (CHERUBINI, 1997, p. 21).

No entanto, não há registros de adequação exata do tratado de Pinel às expressões da loucura já anteriormente analisados, pois, este não apresenta conceitos exclusivamente organicistas, nem faz uso de explicações mitológicas.

Para Cherubini (1997, p. 21), “Pinel vislumbra a loucura como lesão da mente, mesmo quando causada por excesso de alguma paixão, não há, necessariamente, uma lesão anatômica do cérebro, daí indicar a medicina moral para seu tratamento”.

As poucos, o estigma da internação dos loucos foi sendo examinada com outros olhares, o que ocasionou a libertação dos insanos das correntes - gesto histórico de Pinel - deixando-os relativamente livres, porém dentro dos muros das instituições, surgindo sintomas e aspectos da loucura que antes não eram percebidos. Assim, Pinel passou a agrupar os loucos em locais diferentes, separados por sintomas comuns que apresentavam, segundo as peculiaridades de sua patologia. Dessa maneira o hospital psiquiátrico passa a se constituir como espaço privilegiado para a observação sistemática dos comportamentos e seu diagnóstico.

Ao lado dessas práticas inovadoras, Pinel e seus seguidores fazem uso de tratamentos físicos. Empregam sangrias, vomitórios, duchas frias, entre outros métodos. Inaugurando uma nova visão da psicopatologia, inova no método de diagnóstico ao empregar um procedimento metodológico, ou seja a observação. Essa aproximação a uma racionalidade no trato da doença mental vem produzir uma nova atitude científica, “baseada na visão clínica da loucura ou na clínica psiquiátrica, que implica a convivência e a interação com o paciente, conhecendo a vida biológica, as atividades mentais e o comportamento social” (PESSOTTI, 1994 *apud* CHERUBINI, 1997 p. 23).

Dessa forma o tratamento moral passa a ser utilizado somente com o sentido disciplinar, onde os métodos repressivos passaram a ser utilizados primordialmente com o objetivo de controle da instituição manicomial.

Para Foucault (1995), as conseqüências do modelo de Philipp Pinel são três:

a) estabelecem-se medidas que permitem a liberdade do louco, no entanto, esta liberdade acontece num espaço social fechado sem a possibilidade de trocas afetivas;

b) mesmo com a falsa liberdade, o louco é visto como insolente, criminoso e violento. Sobre ele recai uma irresponsabilidade doente que necessita de apreciação médica. O louco vive uma criminalidade inocente, em situação de não-liberdade e vigilância;

c) as teorias e práticas que impedem o exercício da liberdade do louco são abertas e indiscutíveis. Contudo, o querer daquele é substituído pelo do médico que

pretende estudá-lo.

Cabe aqui pontuar que no Brasil, a loucura só tornou-se objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. As mudanças evidenciadas no contexto social e econômico, suscitavam medidas eficientes de controle social, sem as quais ficaria impossibilitado o crescimento ordenado das cidades e das populações. Conforme Lucia Rosa (2008), as formas de exclusão dos loucos ocultavam as faces da questão social, onde a mesma era tratada como “caso de polícia”, expondo que,

[...] a assistência psiquiátrica do país – surge como resposta à loucura e ao louco, alçado a problema social, no bojo das ameaças à ordem pública e a paz social, desencadeadas pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importante do Império e principalmente na sede da corte (ROSA, 2008, p. 86).

A partir de então os loucos passaram a serem vistos como doentes mentais, merecendo um espaço para sua reclusão e tratamento, uma vez que eram encontrados em todas as partes: nas ruas, nas prisões e casas de correções, em asilos e nos porões das Santas Casas de Misericórdia – estas tinham uma atuação de natureza caritativa e filantrópica.

A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil ocorreu no ano de 1852, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, criado através do Decreto nº 82 em 18 de junho de 1941 (JORGE, 1997). A superlotação tornou-se característica deste local, se perpetuando nos séculos seguintes, e a grande maioria da população que o ocupava caracterizava-se por um quadro de vítimas de abandono e de condições sociais desfavoráveis.

Em 1890, com a instauração da República, o Hospício Pedro II transformou-se no Hospital Nacional dos Alienados, passando a ser subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Nesse período, as instituições asilares já sofriam com a superlotação dos internos, fato que incentivou e expandiu a idéia de construção das Colônias, com o objetivo de promover junto aos internos trabalhos voltados à agricultura, agropecuária e artesanato, estas estavam subordinadas à administração pública (AMARANTE, 1995).

A colônia São Bento e a de Conde de Mesquita, ambas situadas no Rio de Janeiro, para onde os doentes eram levados sob promessa de receber uma cura

milagrosa, passaram a atuar inspiradas em experiências européias. O trabalho passou a ser desenvolvido dentro de uma perspectiva terapêutica, já que a idéia desse modelo de colônia era fazer com que a comunidade e os loucos convivessem fraternalmente, em casa ou no trabalho. Esse conjunto de medidas foi considerada por muitos como a primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Vale ressaltar, que a idéia de implantação e desenvolvimento das colônias agrícolas atendiam perfeitamente às necessidades do sistema capitalista com ênfase na valorização do trabalho e exigência de mão de obra barata ou até mesmo mão de obra gratuita. Dessa forma a maioria dos Estados brasileiros incorporou colônias agrícolas a sua rede de serviços, seja como modalidade de complemento aos tradicionais hospitais existentes ou em outros casos como opção exclusiva ou predominante (AMARANTE, 1995).

No entanto, a superlotação, a falta dos recursos para tratamentos, os maus tratos e as condições precárias em suas estruturas, denunciavam que as colônias tinham as mesmas características dos hospícios, confirmando que a função social atribuída a estas colônias era a de exclusão do doente mental (CIRILO, 2006).

Até os anos 1920 a assistência a Saúde Mental permaneceu pautada por ações de cunho filantrópico e a assistência médica era prestada por meio de atendimentos individuais nos domicílios das elites burguesas que podiam pagar.

Os avanços da medicina na área da Saúde Mental produziam euforia pela descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico e da eletroconvulsoterapia, vislumbrada na década de 1930.

A Psiquiatria se torna então mais poderosa e novos asilos e manicômios foram construídos na década de 1940, com uma quantidade maior de vagas e com modernos centros cirúrgicos para realização das lobotomias⁵. Tal técnica foi utilizada no passado em casos graves de esquizofrenia (AMARANTE, 2007).

Nos anos de 1940 destaca-se um fato de importante relevância, propugnado pela psiquiatra Nise da Silveira⁶ que propôs como alternativa às formas violentas de tratamento, a implantação do setor de terapia ocupacional no hospital psiquiátrico. Nise da Silveira passou a implantar no quadro de tratamento oficinas com técnicas expressivas de desenho, pintura e esculturas, defendendo que os sintomas

⁵ Intervenção cirúrgica no cérebro, onde são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas.

⁶ Os trabalhos realizados por Nise da Silveira encontram-se no site: www.museudoinconciente.com.br.

psicóticos faziam parte da diversidade humana e cada paciente, por mais diferente que fosse, compunha o que conceituava como “os inumeráveis estados do ser” (ESCOLA, 2003, p.22).

Já na década de 1950 emergem as descobertas químicas, aparecem os primeiros neurolépticos e nos manicômios os enfermos tornavam-se menos agitados. A farmacologia entra em cena e pressiona o consumo com sua propaganda industrial, dando origem a uma postura no uso medicamentoso, o que nem sempre era tecnicamente orientado. Foi a partir da descoberta das novas substâncias farmacológicas, que a Psiquiatria pôde exercer suas proposições de controle dos distúrbios mentais, conforme registros de Cirilo (2006).

No Brasil um fato relevante em termos de política de saúde pública, nessa área, vem ocorrer na década de 1960 com a criação do INPS, passando o Estado a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Diante do contexto, a doença mental tornava-se objeto de lucro, ocorrendo a sua mercantilização, e surpreendente o aumento do número de leitos e hospitais psiquiátricos, conveniados ou totalmente custeados pelo Estado. A Previdência Social chegou a destinar 97% do total de recursos da Saúde Mental para as internações na rede hospitalar na década de 1970, permanecendo o incentivo, a ampliação e construção de estruturas asilares (AMARANTE, 1994).

Cabe aqui registrar que no período pós II Guerra, todo edifício psiquiátrico, conforme considera Rosa (2003), foi questionado e alterado. Isso inicialmente no cenário internacional com reflexos no Brasil a partir do final da década de 1970. Modificam-se o discurso psiquiátrico e as estruturas não só da assistência à psiquiatria, mas sobretudo, essa década provocou profundas modificação no setor da saúde pública no país, como já visto no primeiro capítulo, com o também movimento da reforma sanitária.

Assim vários foram os movimentos no que concerne a Reforma Psiquiátrica e com o fim da II Guerra Mundial, muitos questionamentos sobre a estrutura asilar se evidenciaram no cenário social, sobretudo no que se refere às características da instituição psiquiátrica e seu caráter de exclusão. Teremos, pois, que, nesse período a psiquiatria sofreu profundas transformações sendo alvo de críticas e de tentativa de superação dos problemas apontados, buscando novas abordagens na teoria e na técnica.

Amarante (2007), divide essas experiências em três grandes grupos, o

primeiro deles busca promover mudanças dentro do próprio modelo do hospital psiquiátrico, na gestão do próprio hospital, se inserindo aqui a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional. O segundo grupo atribui à comunidade a importância fundamental para a eficácia do tratamento, neste grupo se inclui a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva). Para o terceiro grupo as mudanças devem ser realizadas na própria Psiquiatria científica, as práticas e o saber psiquiátricos eram questionados na Antipsiquiatria e na Psiquiatria Democrática Italiana.

De acordo com Oliveira (2002), o termo Comunidade Terapêutica surgiu em 1946 na Inglaterra, através de algumas experiências implantadas em um hospital psiquiátrico. Proposto por Maxwell Jones, a abordagem da Comunidade Terapêutica propunha reformas institucionais restrita ao espaço hospitalar, por meio de medidas administrativas democráticas, visando a transformação da dinâmica institucional e dos métodos prático-terapêuticos.

Maxweel Jones foi um dos principais militantes desse movimento. Ele propôs que o papel terapêutico deveria ser assumido tanto pelos médicos e pacientes quanto por familiares e pela comunidade, assim implantou uma série de reuniões diárias e as assembléias gerais, para que todos pudessem participar com igual importância na organização do dia a dia do hospital (CIRILO, 2006).

O movimento das Comunidades Terapêuticas ganhou adeptos e influencia em todo o mundo, servindo de ponto inicial para o desenvolvimento de outros movimentos, como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. Para Oliveira (2002) apesar desses aspectos positivos, esse movimento psiquiátrico apresentava limitações e lacunas e por melhor estruturada que fosse a comunidade, esta não deixava de ser um espaço artificial, não questionando o lugar onde eram desenvolvidas as práticas da psiquiatria, o conceito de doença mental e nem a relação entre doença e sociedade.

O movimento denominado Psicoterapia Institucional surgiu nos anos de 1950 na França, proposto por François Tosquelles, médico diretor do hospital psiquiátrico Saint-Alban. Os conceitos dos idealizadores desse movimento objetivavam proporcionar à instituição hospitalar uma função terapêutica, ou seja, transformá-la num meio e espaço de cura por meio de algumas modificações em sua organização interior, baseada na criação de redes institucionais.

Todavia, essa experiência chegou a representar a tentativa mais rigorosa de

salvar o manicômio, considerado como espaço de segregação. Buscava estimular uma nova prática fundamentada numa relação terapêutica pouco hierarquizada no interior da instituição psiquiátrica.

Esses dois movimentos aferem a uma mudança, porém restrita ao espaço hospitalar. Enquanto a Comunidade Terapêutica concentrava-se numa organização de natureza funcional na estrutura hospitalar, a Psicoterapia Institucional tinha como finalidade modificar a terapêutica das próprias relações da instituição (CIRILO, 2006). Para Amarante (1995), esses dois movimentos influenciaram as iniciativas posteriores, com importantes resultados.

Um outro movimento iniciado também na França, em 1945, foi a Psiquiatria de Setor. Esse projeto propunha empreender um valor terapêutico à psiquiatria, o que segundos seus defensores não seria possível no interior de uma estrutura asilar, alienante. Assim surge a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando o isolamento do louco e da loucura. Com isso o movimento buscava tratar o paciente na sua própria região, em meio aos laços familiares e trocas comunitárias sem afastá-lo assim do seu convívio social de referência, objetivando socializar o doente e tratá-lo dentro de modalidades multidisciplinares (OLIVEIRA, 2002).

Essa proposta francesa não eliminou o uso da instituição psiquiátrica, não representa uma nova leitura frente à concepção tradicional terapêutica mas, de certa forma, tentou diminuir as internações através de modalidades territoriais e assistenciais.

Na década de 1960, nos EUA, vivenciou-se o processo de revisão da assistência psiquiátrica através da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, este processo trouxe como novidade a prevenção primária, visando reduzir as taxas de novos casos de doença mental numa dada população. Para os seguidores desse movimento a Psiquiatria Preventiva deveria lidar com todos os tipos de enfermidades mentais, e em pessoas de todas as idades e classes sociais, dando vazão ao enfoque comunitário como determinante sobre o problema total, e não apenas sobre problemas de determinados indivíduos.

Para os precursores dessa proposta, segundo Cirilo (2006), os doentes procuravam o serviço apenas quando estavam em crise, em desespero, no entanto, primordialmente e necessário seria uma busca aos suspeitos, aos que poderiam adoecer mentalmente, busca esta realizada principalmente através da elaboração de questionários com perguntas sobre vários aspectos da vida pessoal, indicando

possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico.

O programa de prevenção dos EUA gerou um aumento significativo de pessoas atendidas em serviços não hospitalares o que não significou obstatentemente em uma redução do número de internações psiquiátricas, posto que ocorreu um aumento do contingente de pessoas atingidas por intervenções de ordem psicológica, enquanto que os pacientes psiquiátricos permaneciam no sistema asilar (AMARANTE, 2007).

Na Antipsiquiatria compreende-se um movimento reformador do modelo tradicional asilar. Seu desenvolvimento retrata do início dos anos 1960, na Inglaterra, apresentando-se como um movimento contestador, que questionava as relações entre psiquiatria e sociedade.

Segundo Oliveira (2002), a Antipsiquiatria passou a discutir a relação loucura/doença mental, e procurou romper com o modelo assistencial vigente, buscando destituir o valor do paradigma médico-psiquiátrico na explicação, compreensão e tratamento da doença mental.

A Antipsiquiatria via a própria Psiquiatria como instrumento de violência ao ser humano. A internação já era fortemente questionada uma vez que não cumpria seus objetivos de tratamento e recuperação, sendo inúmeros os exemplos de violência constatados, permitindo ao movimento assumir um papel muito importante no questionamento da ordem imposta pelo saber e instituições psiquiátricas, conforme registros de Amarante (2007).

Outro movimento que defendia a desinstitucionalização da loucura veio da Itália. O precursor de experiência italiana foi Franco Basaglia que a partir de 1961, procurou transformar o hospital psiquiátrico de Gorizia em comunidade terapêutica e superar a internação manicomial.

Basaglia realizou grandes mudanças no cotidiano hospitalar, como a extinção dos métodos coercitivos e violentos no tratamento que erroneamente procuravam resgatar a dignidade e a cidadania do portador de transtorno mental. Com base nesse ideal, incentivou a reunião e a participação dos médicos, técnicos e pacientes em espaços coletivos, nas assembléias e discussões, culminando na abertura em 1962 à comunidade do primeiro pavilhão do hospital (CIRILO, 2006).

O precursor do movimento italiano condenava arduamente o manicômio. Este era considerado como o lugar zero de trocas e de experiências positivas para a real reconstrução social dos pacientes, sendo necessário agora não mais criticar a

administração do hospital, mas o que precisava ser questionado era o seu lugar de controle social.

Em Gorizia, Basaglia buscava o desenvolvimento e evolução do doente mental através de grupos de discussão para que este expusesse opiniões e sugestões sobre a vida institucional à qual estava submetido, sendo assim, a divisão entre pessoal e doente foi sendo progressivamente abolida. No entanto, devido a resistência da administração local, e apesar dessas transformações ocorridas no hospital de Gorizia, essa experiência não chegou a se concretizar em sua plenitude.

A partir de então inúmeras experiências foram surgindo como é o caso de Trieste, onde, em 1971 e 1978, Basaglia e sua equipe ao assumir a administração do manicômio dessa cidade iniciou um processo de desmontagem do aparato manicomial, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, eliminando os espaços de contenção e isolamento dos doentes metais construindo assim novos espaços de atenção e de formas de lidar com a loucura (OLIVEIRA, 2002).

Amarante (1995), descreve que na cidade de Trieste, em substituição ao hospital psiquiátrico, foram implantados sete Centros de Saúde Mental (um para cada bairro), que funcionam 24 horas por dia, com atenção contínua e intensiva. Esses caracterizavam-se como serviços que atendiam a toda patologia psiquiátrica, porém, dentro do bairro, atuando no âmbito territorial, que vai além da área geografia, mais amplo que a própria comunidade, com as portas sempre abertas, em respeito ao direito das pessoas.

Além desses Centros de Saúde Mental, organizaram-se demais serviços, a exemplo da rede de cooperativas: oficinas, ateliês, rede de apartamentos (para pessoas que não tinham como estar com suas famílias), dos lares abrigados, da associação de usuários e familiares e outros serviços inovadores no campo da Saúde Mental, constituindo um conjunto que passou a ser denominado de instituição inventada, posto suas características de inovação, de possibilidades de expressão de criatividade e renovação de seus objetos e técnicas. Assim, paulatinamente, a instituição manicomial de Trieste foi sendo desconstruída, surgindo com isso complexos serviços e espaços de atenção, conforme registros de Cirilo (2006).

Outro ponto de suma importância na reforma italiana se refere à aprovação da Lei 180, em 1978, que proibia a internação no manicômio. Mais conhecida como Lei Basaglia, trata-se da primeira lei que propunha condições efetivas de extinção do

modelo manicomial e a criação de serviços alternativos na comunidade. As principais características dessa Lei foram: proibição da construção de manicômios; determinação do esvaziamento gradual das instituições psiquiátricas existentes; construção de serviços territoriais que passam a ser responsáveis diretos pela assistência; extinção do estatuto de periculosidade do doente mental; restituição da cidadania e dos direitos sociais do doente (AMARANTE, 1995).

Teremos, pois, que, o projeto de transformação da instituição asilar iniciado por Basaglia contribuiu de forma significativa para reflexões, críticas e mudanças acerca da espaço manicomial, da doença mental e do saber psiquiátrico se concretizando numa experiência dotada de valores éticos em Gorizia e Trieste. O caráter transdisciplinar e os pressupostos teóricos da tradição de Franco Basaglia, constituíram em uma importante referência para a reforma psiquiátrica brasileira, posto que é neste movimento que a experiência do Brasil vai buscar inspiração para a mudança da realidade nas instituições psiquiátricas do país.

No Brasil, a partir dos últimos anos da década de 1970, surgiram alguns movimentos de críticas ao modelo asilar no que se refere à assistência, tratamento e a recuperação das pessoas acometidas de sofrimento mental. Os principais questionamentos estavam relacionados a discussões a respeito do significado do processo saúde-doença, das condições do trabalho, do papel dos profissionais nos serviços públicos e da qualidade da assistência prestada, frente às reais necessidades da população (OLIVEIRA, 2006).

Nesse período se iniciaram denúncias de maus-tratos, falta de higiene, superlotação e constantes violências sofridas pelos internos nos hospitais. Nesse sentido a população ao tomar conhecimento de tais denúncias apresentava-se sensibilizada com a forma como as instituições manicomiais tratavam os doentes mentais. Este foi o fator inicial de organização dos profissionais da área culminando no processo de organização do chamado Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O MTSM foi criado em 1978 e denunciava a falta de recursos nas unidades de atendimento aos doentes mentais, a precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população, além de altas e desgastantes jornadas de trabalho. O MTSM se configurava como um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza

encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995).

O movimento traz a tona uma realidade desconhecida pela maioria dos cidadãos, dando vazão a denúncias de violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hospitalização, a cronificação, a estigmatização do doente mental, as condições de trabalho e a hegemonia da rede privada em detrimento da rede pública.

O MTSM continuou a luta em busca da implementação de suas propostas e, com a vinda de Basaglia ao Brasil, em 1978 e 1979, teve a oportunidade de se articular internacionalmente. A vinda de Basaglia foi de suma importância para o fortalecimento do movimento, realizando na ocasião, reuniões, visitas e debates com os membros e interessados na questão, além de visitar o Hospital Colônia de Barbacena e compará-lo a um campo de concentração nazista. As visitas deste membro ilustre do movimento de reforma psiquiátrica italiana ao Brasil propiciou uma série de reflexões críticas sobre o modelo vigente no país e a conquista de mais adeptos para a luta do MTSM (AMARANTE, 1995).

Em 1979, destaca-se também a realização do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo relatório final aponta para a necessidade de uma organização mais bem estruturada, com a maior participação das equipes técnicas que trabalhavam diretamente no espaço institucional para assim pleitearem nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de Saúde Mental. Outra crítica ainda presente neste evento tinha como foco os grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar.

No entanto foi somente na década de 1980 que o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil ganhou força e visibilidade no cenário político e social. Período este marcado pelo final da ditadura, abrindo-se as possibilidades de mudança tanto na saúde pública, como visto no capítulo anterior, como na Saúde Mental, o que permitiu a participação de outros setores nesse processo. Surgindo também uma série de críticas às noções de clínica e cidadania, ambas alicerçadas numa concepção universal do sujeito.

Amarante (1995), assinala que esses eventos influenciaram decisivamente a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, no Rio de Janeiro. Durante a Conferência o MTSM decidiu organizar uma reunião paralela ao evento para rever suas estratégias, repensar seus princípios e estabelecer novas

alianças. A partir de então, as críticas formuladas à psiquiatria passam a ser dirigidas não mais ao âmbito da falência terapêutica, mas ao conjunto de questões sociais, tendo como fio condutor a exclusão e a cidadania. Esse momento representou uma ruptura na trajetória até então delineada, pois articularam-se novas idéias e pressupostos como a desconstrução do manicômio, a construção de novas subjetividades, o direito à diferença.

Dessa I Conferência resultaram algumas recomendações, dentre as quais destacamos: a orientação de que os trabalhadores de Saúde Mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas, mas também de combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidades de saúde; a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de Saúde Mental, e que os Estados reconheçam os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental: a priorização de investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (CIRILO, 2006).

Já o II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental, realizado também em 1987, trouxe o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” determinando não apenas a ênfase nas grandes reformas, mas a preocupação também com a saúde num contexto mais amplo, com o envolvimento de profissionais e usuários, não só as instituições psiquiátricas, mas a cultura, as mentalidades, incorporando novos atores, os usuários e seus familiares, que passaram a ter um papel ativo no processo, conforme Amarante (1995).

No ano de 1989, tem entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, marcando o início dos registros da Reforma no campo da legislação (BRASIL, 2001). O Projeto de lei propunha a ampliação e discussão sobre a Saúde Mental num contexto amplo no país, a partir de então diversos Estados e Municípios elaboravam suas leis, seguindo da criação de associações de usuários e familiares, umas a favor e outras contra a Reforma Psiquiátrica.

Teremos, pois, que, nesse contexto de luta pela cidadania do portador de transtorno mental, na década de 1980 assiste-se ao surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde

mental. Tais propostas tem sido acatadas pelo Estado brasileiro cujas políticas de Saúde Mental assumem um novo caráter a partir da década de 1990.

O final da década de 1970 e início dos anos 1980 foram marcados por lutas populares contra o regime militar e redemocratização do país. É nesse contexto de efervescência política que o movimento de Reforma Psiquiátrica no país se evidencia fortemente. Destacamos o nascimento do Centro Brasileiro dos Estudos de Saúde (CEBES) e o já citado MTSM.

Um fato marcante, de repercussão nacional e que marcou o início de todo um processo de reestruturação da política de Saúde Mental no país refere-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, em 1989. Conhecida como “Casa dos Horrores”, devido ao tratamento desumano oferecido aos pacientes com celas fortes, mortes e maus tratos constantes. Neste período, aderiu-se a desmontagem do aparato manicomial em Santos e a construção de uma rede de serviços de acolhimento e assistência, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Os NAPS de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), foram concebidos como espaços abertos distribuídos em diversas regiões do município, funcionado 24h por dia, dando cobertura total a população da cidade através de ações diversificadas como hospitalidade diurna e noturna, atendimento em casos de crise, atendimento domiciliares, grupais e individuais. A partir dessa experiência inicia-se nacionalmente o processo de luta travada pelos usuários, familiares e profissionais contra o manicômio e pelo reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental.

No cenário internacional ocorreu em 1990, a Conferência de Caracas que discutiu num contexto amplo as políticas de Saúde Mental e a reorientação do modelo de atenção nos países da América Latina e Caribe.

Essa conferência culminou na elaboração da Declaração de Caracas, que traz como princípios a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais, através da superação do modelo do hospital psiquiátrico e da luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de Saúde Mental (CIRILO, 2006, p. 49).

Posteriormente, em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que trouxe a participação de familiares, usuários e profissionais, sendo

discutidos os princípios e as diretrizes norteadores do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que concerne à desinstitucionalização e a luta antimanicomial.

Nesse mesmo ano entraram em vigor no país as primeiras regulamentações federais sobre a implantação da rede de serviços substitutivos. De acordo com o Ministério da Saúde, a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A rede de atenção à Saúde Mental pretende definir-se como de base comunitária, sendo importante ressaltar que o fundamento para a construção e consolidação desta rede consiste em um movimento permanente, direcionado para outros espaços da cidade, e a distintas camadas societárias em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A idéia proposta é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de ressocialização e reinserção social de pessoas secularmente estigmatizadas. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005 p. 26).

Em decorrência desse processo foram surgindo em todo o país os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que entre todos os dispositivos de atenção à Saúde Mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De acordo com o Ministério da Saúde, é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as longas internações em hospitais psiquiátricos; promover a reinserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à Saúde Mental na rede básica. Os CAPS, portanto, organizam a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios procurando viabilizar os direitos e atenção social aos usuários do serviço (BRASIL, 2004).

Após as primeiras regulamentações da década de 1990, outro fato de grande importância se refere à aprovação da Lei 10.216, de autoria do Deputado Paulo Delgado, sancionada em 6 de abril de 2001, após 12 anos de difícil tramitação no

Congresso Nacional. A Lei 10.216, tem por objetivo humanizar o tratamento das pessoas acometidas de sofrimento psíquico, de modo que a internação seja o último recurso adotado, oferecendo assistência integral ao portador de transtorno mental, ambulatorialmente, sem romper com os vínculos sociais e familiares (BRASIL, 2001).

Neste mesmo ano, 1990, destaca-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o lema: Cuidar sim, Excluir não, tendo ampla participação dos movimentos sociais, usuários e familiares, o que vem a consolidar a Reforma Psiquiátrica como política de Estado.

A partir de então, a rede de atenção diária programada para a Saúde Mental vem se desenvolvendo em uma importante expansão,

[...] passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária e a humanização em Saúde Mental era praticamente inexistente. O processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa” e dos Serviços de “Residências Terapêuticas”, além de uma política específica para a questão do álcool e de outras drogas (PEREIRA, 2010, p. 03).

“O Programa de Volta Pra Casa tem se apresentado como um dos principais instrumentos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização” (PEREIRA, 2010, p.03). Foi criado em 2003 de acordo com a Lei 10.708, tendo como objetivo contribuir para o processo de reinserção social dos doentes mentais, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação no valor de R\$ 320,00. Atualmente de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), beneficia 3.574 usuários, constituindo com isso uma volta à execução de parte dos direitos civis, políticos e de cidadania. O que de acordo com Delgado et al.(2007, p. 50):

[...] se trata de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia.

A implantação dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) também apresentam-se diante desse quadro de mudanças como um componente decisivo na política de Saúde Mental do Brasil, para que seja concretizada as diretrizes que permeiam a desinstitucionalização hospitalar. Os SRTs são casas localizadas no espaço urbano, nas cidade, com toda a comunidade e o bairro local, constituídas para dar suporte às necessidades de moradia das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Este serviço tem o objetivo e consegue garantir o direito à moradia e a reintegração do doente na comunidade local, o possibilitando de exercer as trocas sociais e afetivas na sua rede urbana, efetivando sua autonomia sendo necessário o respeito aos gostos, aos hábitos e a dinâmica de seus moradores. Hoje, no país, existem 564 SRTs em funcionamento e mais 152 SRTs em implantação com aproximadamente 3.052 moradores (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que ainda no ano de 2002, o Ministério da Saúde passou a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo a problemática do uso prejudicial de substâncias psicoativas como um problema de saúde pública e construindo um política específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, situada no campo da Saúde Mental, tendo como principal objetivo a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a redução dos danos causados pelo uso dessas substâncias e a promoção dos direitos dos portadores de transtornos mentais específicos dessa questão.

Um outro encontro de grande relevância ocorrido nesta conjuntura foi a Conferência Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, realizada em Brasília em 2005, que teve como principal meta avaliar e reafirmar as propostas elaboradas na Declaração de Caracas e elaborar novas diretrizes a serem seguidas pelos países participantes.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira realiza, pois, uma ampla modificação no atendimento ao usuário, que conforme Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008, p. 24),

redireciona o modelo de assistência psiquiátrica, prevê possibilidades de punição para a internação involuntária ou desnecessária, impulsiona a desinstitucionalização de paciente com longo tempo de permanência no hospital psiquiátrico, objetiva a

concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e a inclusão em programas extra-hospitalares de atenção etc. Em outras palavras, a Reforma formula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil indica algo em permanente movimento, apontando para uma constante inovação de conceitos e princípios que vão marcando a evolução histórica da Saúde Mental no país, articulado-se com várias dimensões que são simultâneas e interrelacionadas.

Necessário se faz entender, neste amplo e complexo processo, as diferentes dimensões que envolvem a Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2007), são quatro: a primeira delas refere-se ao campo epistemológico, ou teórico-conceitual, isto é, ao conjunto de questões que se articulam no campo da produção dos saberes, que diz respeito a produção do conhecimento, esta dimensão vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo da ciência até os produzidos especificamente pela psiquiatria como o conceito de alienação mental, isolamento terapêutico, tratamento moral etc.

A segunda dimensão refere-se ao modelo técnico assistencial, historicamente pautado na tutela, na custódia na disciplina, repressão, desrespeito e vigilância. A institucionalização torna-se algo legítimo e imperativo, impondo a ordem, a punição corretiva, custódia e interdição, isto por sua vez, torna o louco incapaz de ter autonomia pelo seu tratamento sendo sujeito a hospitalização.

No âmbito da terceira dimensão temos o campo jurídico-político, repleto de aspectos fundamentais onde agrega à psiquiatria noções de periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil, sendo necessário rediscutir as relações sociais e civis em termos de direitos humanos, cidadãos e sociais.

Na medida em que o imaginário social relaciona a loucura à incapacidade do sujeito em estabelecer trocas sociais, a quarta dimensão é a que Amarante (2007), denomina de sociocultural, expressando o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a transformação do lugar social da loucura, refletindo sobre o conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura.

Portanto, de acordo com registros de Delgado et al. (2007), a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores,

instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nas universidades, nos governos, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nos movimentos sociais, isto é, no imaginário social e na opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Embora alguns segmentos tenham se mostrado contrários aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, tendo uma visão deturpada da mesma, disseminado que a Reforma impõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a devolução de forma irresponsável dos internos às suas famílias ou até o abandono dos mesmos, podemos constatar que muito se tem avançado na reorientação dos modelos de atendimento em Saúde Mental de base comunitária com o objetivo principal de estabelecer a autonomia e a reinserção social do portador de transtorno mental, revelando que é possível oferecer cuidados com dignidade e cidadania, sem a necessidade de um aparato excludente e segregador.

Pertinente se faz elaborar uma análise em relação à prática do Serviço Social no âmbito da Saúde Mental como forma de esclarecermos tal trajetória e desenvolvermos um entendimento das demandas referentes à categoria profissional nesse segmento, que será abordado no próximo capítulo.

CAPÍTULO III – A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E AS DEMANDAS POSTAS AO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O início das experiências do Serviço Social no campo da Saúde Mental data de 1913, implantado no Hospital Psiquiátrico de Boston, pela doutora Miss Many Jarret. Inicialmente, o Serviço Social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas aos transtornos, tendo como função o auxílio moral e a ajuda profissional com o objetivo de reincluir o paciente no seio familiar e social. A atuação do Serviço Social visava operacionalizar programas de saúde que buscassem a cura e à prevenção de problemas seja de ordem individual ou coletiva. Essa prática profissional respondia pelo nome de Serviço Social Psiquiátrico (CALHEIROS, 1976 *apud* BARBOSA, 2006).

Na década de 1920 nos EUA, ainda de acordo com o autor acima, vários assistentes sociais passaram a trabalhar em clínicas de orientação infantil com a colaboração de psiquiatras, executando um apoio e orientação à família. O profissional tinha ações voltadas ao âmbito familiar, desde a entrada do paciente no hospital até sua volta à família por meio da alta hospitalar.

No decorrer da I Guerra Mundial ocorreu a ampliação da psiquiatria por motivo do grande número de neuróticos oriundos da guerra, que passaram a necessitar de assistência psiquiátrica nos EUA.

As neuroses de guerra, desenvolvidas como um esforço de ajustamento às dramáticas situações enfrentadas pelos soldados precipitou novos problemas, cuja compreensão e tratamento revelaram-se enormemente estimulante para o Serviço Social (BISNETO, 2007, p.18).

Nos EUA, o Serviço Social nos hospitais psiquiátricos seguia uma linha de apoio terapêutico. O serviço designado ao usuário por parte do assistente social se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si, outras problemáticas eram solucionadas pelas agências sociais (as obras sociais)⁷, que atendiam a população quanto às necessidades materiais e concessão de benefícios, assim entende-se, que, nos hospícios o assistente social segmentava o

⁷ Desde o início do século XX já existiam nos EUA.

atendimento: o apoio social ao tratamento psiquiátrico era prestado pelo Serviço Social do hospital e as questões de pobreza eram atendidas pelas agências sociais.

O Serviço Social nos EUA apropriou-se de inúmeros referenciais teóricos para orientar sua atuação, teremos, pois, que o funcionalismo, o estrutural-funcionalismo, o higienismo e as psicologias em vários ramos, estiverem presentes na catalogação de sua intervenção. O atendimento norte-americano na área psiquiátrica segue a metodologia clássica de “Caso, Grupo e Comunidade”, adotando propósitos de solução de problemas (linha funcionalista), ou de integração social (linha psicanalítica). Além disso, havia a participação e integração dos assistentes sociais em programas e projetos de pesquisa, planejamento e aperfeiçoamento (BISNETO, 2001).

Conforme já mencionado, no Brasil, de acordo com Iamamoto e Carvalho (1998), o Serviço Social surge como assistência aos trabalhadores para diminuir a questão contraditória na relação capital e trabalho, através da intervenção nas refrações conjuntas da questão social. A partir de então, o Serviço Social entra na área da saúde, porém não constitui ainda a área psiquiátrica como um espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, devido principalmente ao pequeno número de assistentes sociais trabalhando com a problemática da loucura.

O contexto histórico e político brasileiro de desenvolvimento dos Serviços Sociais implantados pelo Estado nos anos de 1930 foi fortemente marcado pelas abordagens e pela ação política do movimento de higiene mental. Tanto Vasconcelos (2002) quanto Siqueira (2007) concordam que o Serviço Social brasileiro insere-se na área da Saúde Mental no decorrer da década de 1940, atuando em instituições infanto-juvenis, criadas e sistematizadas por higienistas americanos seguidos por brasileiros da mesma linha, que adaptaram a influência higienista no Centro de Orientação Infantil – COI e no Centro de Orientação Juvenil – COJ, em ambos, os atendimentos destinavam-se ao tratamento de crianças e jovens problemáticos, através da implantação da educação higiênica estendida às escolas e as famílias dos asilados.

Nos primeiros trinta anos de atuação do Serviço Social no país, existiam pouquíssimos profissionais atuando na área da psiquiatria, além disso, Bisneto (2007) chama a atenção para outras questões que ao longo do tempo passaram a dificultar o desenvolvimento de teorias e práticas sociais no interior dos hospícios, pelo fato da própria formação enviesada do Estado brasileiro.

No Brasil, haviam hospícios estatais nas principais capitais do país, e às vezes um hospício em algum Estado da federação atendendo a grandes áreas do interior. [...] Eles atendiam a um grande número de pacientes, na maioria indigentes ou doentes crônicos abandonados pela família. Trabalhavam poucos assistentes sociais em cada hospício. Havia hospícios gerais ou psiquiátricos para trabalhadores e seus dependentes, pertencentes à rede dos IAPs, sem que os assistentes sociais fossem necessariamente especializados em psiquiatria. Havia poucas clínicas psiquiátricas privadas, que se destinavam ao atendimento de pessoas mais ricas, estas não empregavam assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 21).

Barbosa (2006) explica que, na medida em que foram se formando os primeiros assistentes sociais na década de 1940 no Rio de Janeiro, as escolas procuraram induzir esses profissionais na equipe técnica dos hospitais psiquiátricos, para trabalharem nas seções de assistência social dessas instituições. Os assistentes sociais tendiam a constituir pequenas equipes uniprofissionais⁸ situadas na “porta de entrada e saída” dos hospitais, funcionando de forma diretamente subordinada aos médicos e à direção da instituição. Seu trabalho resumia-se a demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, confecções de atestados sociais, realização de encaminhamentos e contato com a família no caso de informação para a alta. Paralelamente, atendiam também as muitas e variadas demandas dos próprios usuários em relação a seus familiares ou vice-versa, normalmente em torno de necessidades imediatas em termos de roupas, pequenos recursos sociais e financeiros etc.

Os relatórios de atividades da época, de acordo com os escritos de Vasconcelos (2002) assinalam que as equipes em geral eram pequenas para o número de leitos e demandas das instituições, fato que muitas vezes, impedia o desenvolvimento de programas e serviços mais complexos, aprofundados e eficientes do ponto vista profissional e dos interesses potenciais da clientela. Assim, o padrão geral de prática dessas equipes era nitidamente uniprofissional, subalterno, burocrático, superficial, uma vez que não havia a um estudo nem intervenções mais complexas de casos, aportes grupais ou comunitários, tornando o exercício da prática, em alguns casos, assistencialista.

⁸ Equipe composta apenas por Assistentes Sociais.

No contexto brasileiro, o atendimento psiquiátrico expressa o trabalho do assistente social designado particularmente ao atendimento das questões mais emergenciais, associado à enorme pobreza dos pacientes e a falta de uma rede de suporte familiar e comunitário. Esta realidade difere do quadro norte-americano, uma vez que nos EUA, o trabalho do Serviço Social se restringia ao atendimento das especificidades ligadas ao tratamento propriamente dito.

Tendo em vista às particularidades dos distintos referenciais teóricos que balizaram a construção das diversas ações profissionais dos assistentes sociais na área da Saúde Mental, não se pode deixar de lado os aspectos intrínsecos à constituição do cenário histórico, econômico, político, social e cultural para entender a Saúde Mental no Brasil.

Vasconcelos (2002) acredita que só é possível intuir o papel do Serviço Social na Saúde Mental se tomarmos como referência as expressões mais imediatas da questão social, reveladas nas condições de vida da classe trabalhadora, que exigiam do Estado uma intervenção social visando amenizá-las. A situação social, política e econômica que o Brasil vivenciou no início do século XX trouxe uma preocupação com o restabelecimento da ordem social, que sofreu abalos provocados pela questão social crescente, expressa nas condições de vida da população.

Nesse período, o Estado passa a interpretar a questão social como questão moral, sendo necessária uma intervenção para restabelecer a ordem. A partir da modernização do Estado brasileiro, contexto caracterizado na década de 1930 com as reformas impulsionadas pelo governo Vargas, - aferidas no primeiro capítulo - como um cenário de lutas entre as classes sociais, momento protagonizado pela classe trabalhadora no panorama político do país, é que se redefinirão as formas de enfrentamento da questão social, assim o assistente social passa a ter por meio das políticas sociais um dos principais meios de demanda e intervenção profissional.

Essas primeiras experiências para Barbosa (2006, pp. 56-57):

[...] destacam alguns pontos: a cultura moralizadora que perpassa a forma de pensar a doença mental; a preocupação com a desintegração social que os problemas sociais podem causar, colocando-se a necessidade de nela intervir para reintegrar o indivíduo à sociedade; o chamado do Serviço Social para atuar nas disfunções sociais familiares, devendo adaptar o indivíduo ao meio em que vive, dentre outros. A influência dos vários referenciais

teóricos, acima citados, reflete até hoje em várias ações que caracterizam o trabalho dos assistentes sociais, seja na saúde ou na particularidade da Saúde Mental.

De acordo com Barbosa (2006 *apud* AMÂNCIO, 2008) na conjuntura entre as décadas de 1940 até 1960 o Serviço Social passa a atuar na área da Saúde Mental com uma posição voltada para a higiene social, sensibilizando a moralização do indivíduo e da família, com vistas a uma mudança sobre o caráter das pessoas objetivando à reintegração social por meio da adequação do comportamento à normalidade. Entretanto, essa demanda posta ao Serviço Social se consolidará efetivamente na década de 1970, uma vez que a ditadura militar por meio de um cenário construído historicamente mantém o papel dos assistentes sociais como executores de políticas sociais na Saúde Mental.

Após o golpe de Estado de 1964, o governo ditatorial implantou inúmeras reformas no sistema de saúde que mudaram o quadro hospitalar brasileiro, o número de hospícios no Brasil teve um grande aumento nesse período. Teremos, pois, que com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada várias clínicas ascenderam no cenário psiquiátrico, que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS, multiplicando-se a possibilidade de empregar assistentes sociais na área da Saúde Mental.

[...] o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos (AMARANTE, 1994, p. 79).

Bisneto (2007) observa que a estrutura atual do Serviço Social na Saúde Mental originou-se só após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com a prestação de Serviços Sociais necessários ou benefícios para a lógica dos manicômios a fim de legitimá-la na situação de pobreza dos pacientes. Assim, a efetiva inserção do Serviço Social nesse campo se deu por volta de 1970, pois apesar desse cenário de regime autoritário algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INAMPS de

1973, exigindo entre outras coisas, o aumento do número de profissionais em hospitais, incluindo os assistentes sociais.

Essa portaria, no entanto, não garantia que a prática profissional se pautasse na sua efetivação propriamente dita, mas sim, apenas servirá para atestar o que estava sendo decretado, como explica:

Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-los de funções definidas. Quando pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, quando não era só para constar, e nenhum trabalho era definitivamente feito, tipo “emprego-fantasma” (SOUSA, 1986 apud BISNETO, 2007, p. 24).

A grande preocupação para o Estado ditatorial em relação aos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura, mas sim a pobreza, a miséria, o abandono e a violência constante, o que gerou revolta por parte da sociedade. Assim o Serviço Social foi demandado pelo Estado como executor terminal de políticas sociais na Saúde Mental, o assistente social veio para viabilizar o sistema manicomial e extinguir as contradições.

No âmbito da Saúde Mental, o período ditatorial foi o marco divisório entre uma assistência efetiva ao doente mental indigente, entrando em cena uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa dos trabalhadores e seus dependentes. Teremos, pois, que, a inserção do Serviço Social nesse campo não partiu das necessidades terapêuticas, pois atendia aos interesses da modernização conservadora implantada pelo Estado ditatorial brasileiro em busca de uma possível legitimação em áreas críticas, como a atenção a saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário. O trabalho do assistente social era subordinado à direção das instituições, atendendo prioritariamente à demandas referentes à levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes e contatos familiares para preparação para alta hospitalar (SIQUEIRA, 2007).

Há registros de que nessa época, década de 1970, já haviam profissionais da psiquiatria com visão social de esquerda trabalhando na área de políticas públicas dentro do Estado, reforçando pois, a concepção de um atendimento mais humano nos aparatos assistenciais por meio de equipes multiprofissionais, assim essas lutas impulsionaram a formulação e implantação das portarias do Ministério da

Previdência e Assistência Social (MPAS) que aumentavam o número de profissionais necessários para o atendimento por grupo de pacientes. O Serviço Social nesta perspectiva objetivava uma nova visão em Saúde Mental, atuando no contexto familiar e social, a universalidade da loucura, prevenção primária e comunitária.

Conforme Bisneto (2007), as necessidades e as lutas pelo processo de racionalização da Previdência Social para tentar minorar as contradições do sistema de Saúde Mental se devem a haver um grande número de operários caindo em crise mental, como provável expressão das péssimas condições de trabalho durante a fase de expansão capitalista, assim a muitos trabalhadores recorreram o recebimento das pensões, aposentadorias e auxílios previdenciários por motivo de padecimento mental.

Bisneto (2007) comunga com Sousa (1986), ao analisar no governo ditatorial o Serviço Social e a Saúde Mental. Conforme os autores, ambos afirmam que a iteração histórica tal qual o Estado, a Igreja e o empresariado que, aliados nos anos 1930 e 1940 içaram o Serviço Social no Brasil articulando aspectos econômicos, ideológicos, políticos, culturais e sociais, facilitando a acumulação capitalista, ao controle dos trabalhadores e a legitimação do modelo social e político burguês. Assim o setor Saúde Mental se tornou essencial para legitimar o Estado autoritário, quando o atendimento se estendeu aos trabalhadores e seus familiares modelados pelo Estado, e o Serviço Social nessa área entra como mais uma medida racionalizadora do sistema saúde-previdência.

Nos anos 1970 o Serviço Social no Brasil vivia o movimento de reconceituação das bases profissionais, e no campo da Saúde Mental as práticas de assistência social encontraram inúmeras dificuldades de articulação entre as novas teorias do Serviço Social e a consecução de seu exercício. Esses paradigmas que marcaram a renovação do Serviço Social nesta época não conseguiram estabelecer uma metodologia de atuação em Saúde Mental.

Outro fato que segundo Bisneto (2007), contribui para esse não reconhecimento metodológico entre a profissão e a Saúde Mental se refere a falta de pesquisa neste campo, uma vez que nesta década, os temas que ganhavam destaque para pesquisa científica eram movimentos sociais, políticas sociais, ou até o estatuto profissional, aspectos estes que estavam em pauta.

Em sendo assim, nessas condições e conforme o mesmo autor nos revela,

não há tanto acúmulo de debate em Serviço Social e Saúde Mental no Brasil, pois a entrada maciça nessa área se deu de forma tardia apenas nesta referida década, tendo muitas vezes rejeitado o debate por parte da profissão, sendo necessário fazer uma análise crítica das políticas sociais do capitalismo no Brasil também no campo da Saúde Mental, e realizar o aprofundamento das relações entre a dinâmica da sociedade de classes, a loucura e a subjetividade.

Nos anos 1980 novos fenômenos vieram a modificar a relação entre a profissão e a Saúde Mental, com destaque para o já citado movimento de Reforma Psiquiátrica. A ditadura militar acabou e foi substituída pelo pensamento neoliberal dos anos 1990, o capitalismo monopolista, a globalização financeira e a reestruturação produtiva são fatores que apontam sérios problemas de estrutura social na profissão e na Saúde Mental.

O Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos, redução dos serviços prestados pelo Estado aos trabalhadores, contenção dos gastos na área da saúde pública pela racionalização dos serviços, implicando na diminuição da oferta do atendimento a população, passagem da responsabilidade para setor privado que objetiva o lucro, a descentralização da saúde com isenção de compromissos e o atendimento as camadas pauperizadas através de serviços mínimos, a assistência apenas básica, essencial. As políticas neoliberais estão interessadas em garantir o lucro do empresariado e a manutenção do poder da hegemonia.

Neste sentido, o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil desde os anos 1990 sob a ótica neoliberal tende a uma desvalorização do trabalho humano, uma conjuntura de não democratização dos serviços, de comercialização da loucura, sofrendo reveses na continuidade de suas propostas.

Na área da saúde mental, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. Na assistência social, há o retorno à caridade e benemerência. Existe uma tendência a refilantropização do Serviço Social, com grande risco de retorno ao conservadorismo. Nessa situação, as grandes massas populares, ficam excluídas dos processos civilizatórios que vão para a marginalidade social ou caem no terreno da informalidade das relações sociais, sem verdadeiros direitos de cidadania. Há o aumento dos problemas psíquicos, se não o de doenças psicossomáticas, de comportamentos bizarros ou estereotipados, de neuroses atuais e do empobrecimento psíquico.

(BISNETO, 2007, p. 43)

Nesse contexto a luta dos atores sociais está completamente atravessada pelos fenômenos neoliberais e da globalização imperialista, os trabalhadores da Saúde Mental estão cada vez mais prejudicados pela terceirização, precarização, instabilidade, falta de reconhecimento profissional, subemprego/desemprego. Essa luta social embutida no fenômeno da loucura também é uma contradição da luta de classes e expressão da dinâmica capitalista.

O movimento de Reforma Psiquiátrica apresenta pontos que tocam o momento atual do Serviço Social conforme Bisneto (2007), o debate em torno da transformação das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social; a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários.

Pereira (2010, p. 01), informa que:

O aumento do número de assistentes sociais na Saúde Mental nos anos 1990 está relacionado à expansão de práticas de saúde pautadas nos princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. A forma de compreensão e defesa das idéias do Movimento da Reforma Psiquiátrica expressa nas concepções que dão ênfase à dimensão social e política dos problemas mentais contribui para uma articulação direta junto ao Serviço Social, possibilitando uma direção emancipadora tanto para o campo da Saúde Mental quanto para o Serviço Social.

Concomitantemente essas questões possibilitam uma abertura muito grande de atuação para o Serviço Social na Saúde Mental devido principalmente à formação social e política dos assistentes sociais que necessitam cada vez mais de capacitação acadêmica para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política, isto posto, muitas vezes interfere na prática cotidiana do Serviço Social nos estabelecimentos psiquiátricos.

Segundo Iamamoto (1998), o movimento presente, com o avanço da política neoliberal, desafia as assistentes sociais a buscarem qualificações adequadas para acompanhar e intervir nas particularidades da questão social. Segundo a autora, o mercado hoje demanda desse profissional, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e gestão de políticas sociais.

É necessário que o profissional tenha a capacidade de pensar, analisar e decifrar a realidade, elaborar propostas criativas que possam manter e efetivar os direitos da população a partir das demandas cotidianas, o que incluiu o campo da Saúde Mental.

A nova estrutura da política de Saúde Mental brasileira requer um profissional crítico, humanista, qualificado tecnicamente e articulado a outros profissionais. A adoção dessa direção social no âmbito da saúde mental impõe a necessidade premente de renovação da prática dos profissionais de Saúde Mental, entre eles o assistente social. Essa política deve, obrigatoriamente, estar voltada para a defesa dos direitos humanos e sociais conquistados historicamente; comprometida com o pleno exercício da cidadania e da liberdade e com a eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação.

Esses princípios de luta pelos direitos sociais, ampliação e consolidação da cidadania, acesso igualitário, melhores condições de vida, respeito às diferenças, etc., que estão na base do movimento de Reforma Psiquiátrica se coadunam com as idéias defendidas pelo projeto ético-político profissional do Serviço Social.

A profissão tem uma grande contribuição a dar com a sua inserção nos serviços de Saúde Mental, e de forma especial ao modelo substitutivo referenciado nos CAPS, que representa a principal modalidade de atendimento em substituição ao modelo hospitalocêntrico (antigo manicômio), se constituindo em centros de cuidado e atenção ao portador de transtorno mental.

De acordo com o Ministério da Saúde os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social, familiar e comunitária, apoiando-os em suas iniciativas na busca da autonomia, com vistas a um acolhimento mais humano e cidadão. Estes serviços vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico, se tornando cada vez mais um lugar de referência para o tratamento dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

O primeiro CAPS do país, de acordo com o Ministério da Saúde, foi inaugurado na cidade de São Paulo, em março de 1986, denominado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira. A criação dos CAPS faz parte de um intenso movimento social, com destaque para a luta do MTSM que busca a melhoria da assistência aos portadores de transtornos mentais no Brasil, denunciando a situação precária dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde lança os CAPS como serviços substitutivos à instituição asilar, atualmente estão regulamentados pela Portaria nº 336/MS, de 19 de fevereiro de 2002, integrando a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem a missão de dar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais, oferecendo cuidados clínicos e de reinserção social, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania dos usuários e de suas famílias.

De acordo com o Ministério da Saúde deve-se construir uma noção de rede na Saúde Mental, assim todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, filosóficos, culturais, religiosos e de lazer devem ser convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reinserção social. Nesse sentido, o CAPS deve estar articulado na rede de serviços de saúde e a outras redes socioassistenciais para fazer face à complexidade das demandas (BRASIL, 2004).

Um CAPS é um serviço de Saúde Mental aberto e comunitário do SUS. De acordo com o Ministério da Saúde

[...] o objetivo do CAPS é oferecer atendimento a população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004, p. 13)

Assim, as práticas interdisciplinares realizadas pelos CAPS devem ocorrer-se em sua maioria em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, articulando com a rede de serviços. “Os projetos do CAPS, muitas vezes, ultrapassam a estrutura física, potencializando suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana” (BRASIL, 2004, p.14).

O CAPS é um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes. Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários no acolhimento, no vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. Essa atenção integrada deve incluir ações que busque a ressocialização e a reinserção social dos portadores de transtornos mentais, e principalmente devem se generalizar em ações dirigidas para

o maior comprometimento familiar, com vistas ao respeito de suas potencialidades na busca de uma construção cidadã, promovendo uma melhor qualidade de vida (ESCOLA POLITÉCNICA, 2003)

Estes serviços substitutivos diferenciam-se, pois, pelo porte, pela capacidade de atendimento, pela diferenciação nos usuários que são atendidos e de acordo com o perfil populacional dos municípios em que são instalados, como explica o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS se distinguem como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I localizam-se em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, em seu quadro acolhe usuários adultos que apresentam transtornos mentais persistentes e transtornos leves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O CAPS II se apresentam como serviços destinados a municípios com número de habitantes entre 70 e 200 mil, atendendo a demanda de usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes. E o CAPS III, são os serviços de maior porte e de grande complexidade, autorizados para municípios com população acima de 200 mil habitantes, tendo em vista que funcionam 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados, realizando, quando necessário, atendimentos noturnos, internações curtas de algumas horas ou no máximo de sete dias, acolhendo pessoas acometidas de transtornos mentais severos e persistentes.

Outras modalidades de atendimento são os CAPSi, referenciados em municípios com mais de 200 mil habitantes que recebem crianças e adolescentes com transtornos mentais, leves e persistentes, decorrentes de má formação congênita, alterações do desenvolvimento psicomotor ou até devido uso de drogas, autorizado a atender a faixa etária de 0 à 17 anos, e o CAPSad, localizados em municípios com mais de 100 mil habitantes, atende pessoas a partir de 18 anos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, possuindo em seus recursos logísticos leitos que se destinam ao processo de internação com vistas à desintoxicação dos usuários.

Atualmente, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), dispomos de uma ampla e moderna cobertura no âmbito da Saúde Mental no país. A rede CAPS totalizou 1541 serviços no ano de 2010. Temos hoje 725 CAPS I, 406 CAPS II, 46 CAPS III, 122 CAPSi e 242 CAPSad.

Os CAPS estão presentes em todos os estados da federação. O

número de serviços mais que dobrou nos últimos anos e, embora a maioria deles tenham sido pioneiros nas regiões Sul e Sudeste, é evidente o impacto no acesso ao tratamento da expansão de serviços em Estados onde a assistência extra-hospitalar em Saúde Mental era praticamente inexistente, especialmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2006, p.12)

Na Paraíba especificamente, de acordo com o Relatório de Gestão 2007 – 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), destes serviços já citados, hoje totalizam-se 36 CAPS I, 09 CAPS II, 02 CAPS III, 07 CAPSi e 08 CAPS ad atingindo uma soma de 62 serviços, localizados em cidades situadas desde o litoral até o alto sertão do Estado.

A posição estratégica dos CAPS como centros articuladores da rede de atenção de Saúde Mental é promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sanitárias, jurídicas, sociais, educacionais, filosóficas, culturais entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à Saúde Mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deve ser realizado almejando a construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. É preciso criar, observar, escutar, entender e analisar “estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno, todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos do serviço” (PEREIRA, 2010, p.02).

As atividades nos CAPS podem ser desenvolvidas em grupo, individuais ou até comunitária, isso pode variar de acordo com o recurso e o tratamento designado para os diferentes usuários, adotando conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 17):

- O atendimento individual: refere-se principalmente a prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação, aconselhamento;
- O atendimento em grupo: compreende as oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização e oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de

jornal, oficinas de música;

- O atendimento para as famílias: voltam-se aos atendimentos individualizados, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com a família, atendimento e oficinas em grupo com familiares;
- As atividades comunitárias: referem-se àquelas desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições da comunidade, que tem por objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades incluem festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- As assembléias ou reuniões de organização do serviço: compreendem um instrumento importante para o efetivo funcionamento do CAPS como um lugar de convivência. São atividades realizadas preferencialmente, semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido

Nesse sentido os projetos do CAPS, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), devem objetivar a construção de trabalhos que busquem a efetivação dos direitos sociais, como forma de garantir o exercício da autonomia, o respeito à liberdade, emancipação social, protagonismo e a busca de oportunidades que possam garantir trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e a interação humana.

O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcance os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde. Assim, os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades do serviço. Também é preciso incentivar as famílias a participem mais do serviço, pois elas são, muitas vezes, “o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS, elas são consideradas parceiras no tratamento” (BRASIL, 2004, p. 29).

Cada usuário do CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, ou seja, um conjunto de atividades, atendimento, oficinas e projetos individuais que respeitem as sua particularidade e que personalize as características de cada usuários, para que estes possam responder de forma satisfatória ao tratamento a eles destinados, fazendo jus as suas referências familiares e sociais.

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá

oferecer, conforme as determinações da Portaria MS 336/02:

- Atendimento Intensivo: trata-se de um atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave quadro de transtorno mental, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, destinam-se para pessoas quando o transtorno mental apresenta-se pouco manifesto, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas ainda necessitando de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia, podendo se necessário se constituir em um atendimento domiciliar;
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês (BRASIL, 2004, p. 16).

Assim, cada CAPS, por sua vez, deve construir e apresentar um projeto terapêutico do próprio serviço, “que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares, as particularidades dos usuários e do território onde se situa com sua identidade, sua cultura local e regional” (BRASIL, 2004, p. 16).

A mesma Portaria, citada anteriormente, discrimina que nos recursos humanos voltados para o atendimento nos CAPS, as equipes deverão ser compostas por médico, enfermeiro e mais quatro outros profissionais de nível superior, podendo ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto da instituição.

Desta forma, os CAPS se colocam como espaço aberto de atuação para o Serviço Social tendo em vista o papel histórico-político que a profissão tem desenvolvido através da elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas sociais voltadas para a garantia do atendimento às necessidades sociais da classe trabalhadora (AMÂNCIO, 2008).

Esses serviços possuem fortes características que se expressam através de demandas sobre as quais se coloca a necessidade da contribuição do Serviço Social, em que podemos destacar conforme Bisneto (2007), a articulação junto à família, comunidade e instituição; os aspectos sociais e políticos relacionados aos usuários; atividades de suporte social, que vão desde a articulação com a rede de

saúde e demais políticas sociais (educação, habitação, lazer, esporte, cultura, trabalho, assistência etc.), até o desenvolvimento de projetos de inserção no trabalho, alfabetização, concessão de benefícios e encaminhamento para obtenção de documentos e apoio para o exercício dos direitos civis; formação de associação de usuários e/ou familiares, conselhos gestores que proporcionem discussões acerca das condições de vida e saúde dos usuários

Uma demanda que sempre se colocou para o Serviço Social na Saúde Mental foi à modalidade de reinserção social, para Barbosa (2006) em decorrência do forte componente social que se faz presente desde o início da problemática da loucura, posta sempre à margem da sociedade, gerando necessidade de reconhecimento e intervenção. Essa modalidade posta pela política nacional de Saúde Mental, numa perspectiva de garantia de direitos e reconhecimento dos portadores de transtorno mentais como sujeitos de direitos, possibilita aos assistentes sociais o desenvolvimento de várias ações postas a partir de variadas frentes (família, trabalho, comunidade, associações etc.) nas quais se expressam as mais diversas demandas.

No cotidiano dos profissionais nos CAPS, estes se deparam com um perfil caracterizado por desemprego, subemprego, analfabetismo, condições precárias de moradia, saúde, alimentação, rompimento dos vínculos familiares e inúmeras dificuldades de acesso aos recursos sociais, que dirá, aposentadoria, transporte gratuito, medicação etc. Essas condições expressam toda a fragilidade no que diz respeito a proteção social desse segmento, inerente ao conjunto da classe trabalhadora que sofre as reflexões da precarização do trabalho e da falta de condições dignas de vida, fruto dos efeitos das desigualdades próprias da relação capital X trabalho na sociedade capitalista.

Nesse contexto, os assistentes sociais tem procurado viabilizar ações que contribuam no acesso aos recursos sociais para os usuários e familiares, a exemplo da viabilização de documentos e encaminhamentos para aposentadoria e demais benefícios. A categoria profissional nos CAPS se depara no seu cotidiano de trabalho com usuários que por trás do transtorno mental encontram-se em precárias condições de vida que refletem diretamente em suas condições de saúde, sendo necessário uma atuação que compreenda as necessidades sociais deste usuário em sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, numa ótica que possibilite a prestação de serviços,

tomando como base a noção de direitos (BISNETO, 2007).

A família também tem se constituído como uma demanda posta ao Serviço Social na política de Saúde Mental, configurando-se como base de apoio fundamental na condução e desenvolvimento dos portadores de transtornos mentais e alvo predominando da ação profissional. E dentre outras atribuições profissionais do assistente social nesse modelo substitutivo pode-se ressaltar: o acolhimento, o encaminhamento, orientação à família, orientações quanto aos benefícios e demais políticas sociais, apoio familiar, visitas domiciliares e institucionais, articulação com outras instituições, busca ativa, dentre outras.

Os CAPS inauguram novas possibilidades para os portadores de transtornos mentais, possibilitando aos assistentes sociais ultrapassar as barreiras dos limites físicos da instituição e articular novas ações junto a comunidade, contribuindo na construção de novos espaços sociais que possibilitem aos usuários dos CAPS o seu reconhecimento como sujeitos de direitos, que, apesar de algumas limitações postas pelo momento de crise, sejam reconhecidos como pessoas capazes e iguais aos demais. Potencialidades como estas necessitam ser mais bem trabalhadas e reconhecidas pelos assistentes sociais, dado o amplo leque de possibilidades que a prática profissional permite desenvolver (BARBOSA, 2006 apud AMÂNCIO, 2008).

A autora citada acima pontua que a compreensão das demandas postas aos assistentes sociais nos CAPS só é possível a partir da reflexão e do conhecimento acerca do contexto social, político, cultural e econômico em que se insere a política de Saúde Mental, através do qual se gesta as condições para compreender o papel e as ações dos assistentes sociais nas instituições substitutivas.

Cabe ainda considerar, que o Código de Ética Profissional do Assistente Social fundamenta-se nos princípios de liberdade, emancipação humana, defesa dos direitos humanos, democracia, equidade, justiça e erradicação dos preconceitos. Princípios estes que estão intrinsecamente relacionados à Reforma Psiquiátrica, pois constituem-se em elementos imprescindíveis para a garantia de condições, ampliação e consolidação da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental.

Nesse sentido, o assistente social deve atuar comprometido com a recuperação da capacidade desses sujeitos, buscando resgatar sua autonomia e liberdade. Somente uma atuação profissional pautada no projeto ético-político profissional pode constituir-se em prática garantidora de direitos humanos, direitos

estes fundamentais a todas as pessoas, portadoras ou não de transtornos mentais.

CAPÍTULO IV - CAMINHO METODOLÓGICO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Método

A discussão do método na pesquisa social constitui momento importante do processo de investigação, pois este não se limita a um conjunto de procedimentos e instrumentais para a coleta de dados, mas refere-se à própria maneira de se conceber o mundo e, conseqüentemente, a como se vê a realidade a ser pesquisada (MINAYO, 2004).

A escolha do método depende do objeto o qual vamos pesquisar e dos objetivos pretendidos, ademais sabe-se que existe um conjunto de determinações de natureza política, ética e econômica que modelam e possibilitam a utilização ou não de certos procedimentos e recursos, daí resultando o sucesso ou não de uma pesquisa.

Há uma série de questões e polêmicas que envolvem o método de investigação nas ciências sociais: 1- se há ou não condições de se utilizar os mesmos referenciais das ciências naturais; 2- se há possibilidade da objetividade do pesquisador; 3- se há vinculação da pesquisa a uma outra visão social de mundo, dentre outras, tais polêmicas precisam ser pensadas pelo pesquisador e é necessário deixar claro nesse as escolhas e posturas metodológicas.

Neste sentido, considerando a especificidade da pesquisa social e a total impossibilidade desta ser neutra, além do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica ter tido como referencial o materialismo histórico, utilizando a dialética como caminho metodológico para investigação, uma vez que esta dar conta da totalidade, das condições e influências inerentes ao contexto estudado, do específico, do singular e do particular, pois, que as categorias são construídas historicamente, utilizamos como método de análise o crítico dialético.

4.1.2 Tipo de Estudo

A pesquisa consiste em um estudo de caso que segundo Yin (2001, p. 02),

representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica de planejamento, da coleta e da análise dos dados. Pode incluir tanto estudos de caso único quanto múltiplos, assim como abordagens quantitativas como qualitativas de pesquisa.

Nesse tipo de pesquisa o objeto em questão é profundamente analisado (TRIVINOS, 1987). Uma das principais vantagens do estudo de caso, conforme Gil (1994), é a ênfase na totalidade. Dessa forma é possível abordar o problema como um todo, olhando para a pluralidade de seus aspectos.

Hoje, porém, é encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos (YIN, 2001). A crescente utilização do Estudo de Caso no âmbito das ciências sociais segue diferentes propósitos como:

- a) Explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) Preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- c) Descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- d) Formular hipóteses ou desenvolver teorias; e
- e) Explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

Segundo Gil (1994), o estudo de caso é adotado na investigação de fenômenos das mais diversas áreas do conhecimento, podendo ser visto como caso clínico, técnica psicoterápica, metodologia didática ou modalidade de pesquisa.

Sendo nosso propósito, neste trabalho, um conhecimento mais aprofundado da realidade acerca da conduta do profissional na viabilização da política de Saúde Mental, o mesmo teve início a partir de uma investigação de cunho exploratório onde se pretendia captar as determinações mais gerais e superficiais do objeto de estudo para em seguida nos adentrar-mos na etapa analítica descritiva, cuja forma de abordagem possibilitou o aproveitamento dos dados tanto qualitativamente como quantitativamente.

Para Gil (1994), as pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Quanto à abordagem quantitativa-qualitativa, Minayo (2004), diz que as abordagens qualitativas e quantitativas não se opõem, ao contrário, se complementam, pois a realidade por eles abrangida interage de forma dinâmica, excluindo qualquer

dicotomia.

4.1.3 Campo de Pesquisa

O lócus da pesquisa foi referenciado nos CAPS das cidades de Patos e Piancó, sertão paraibano, por serem consideradas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), como pólos de referências e pontos estratégicos no processo de desinstitucionalização e implantação dos serviços extra-hospitalares desde 2005, naquela localidade.

A cidade de Patos, localizada na mesorregião do sertão paraibano, distante 301 km de João Pessoa, localiza-se no centro do estado interligando-se com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sua população estima-se em 100.674 habitantes (IBGE, censo 2010), possui uma área territorial de 473 km².

Conhecida como a Morada do Sol paraibana e considerada como um dos principais centros agrícolas do Estado, a cidade de Patos desde 2006 vem implantando em seus serviços de saúde os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, hoje com três unidades deste modelo substitutivo que dirá CAPS II, CAPS I e o CAPS ad.

A cidade de Piancó, localizada na microrregião do sertão do estado, distancia-se 385 km da capital João Pessoa, sua população de acordo com o IBGE (Censo, 2010), estima em 15.465 habitantes e sua área territorial é de 564 km².

Considerada como pólo agropecuário do sertão do estado, esta localidade desde 2005 registra a implantação dos serviços substitutivos CAPS, sua rede de Saúde Mental é composta por o CAPS II, CAPS I e o CAPS ad, além da Unidade de Desintoxicação para usuários de Álcool e outras Drogas e dois serviços de Residências Terapêuticas, sendo uma masculina e outra feminina.

4.1.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais desses 06 CAPS, constatou-se que cada serviço empregava 02 assistentes sociais em seu quadro técnico, totalizando uma amostra de 12 profissionais. Isto considerando os objetivos

por nós pretendidos para esta investigação que versavam sobre campos infinitos de significação que permeiam o agir do profissional de Serviço Social frente ao viver cotidiano dos sujeitos beneficiários das políticas de Saúde Mental.

4.1.5 Considerações Éticas

O estudo adotou como princípio fundamental o respeito aos aspectos éticos da pesquisa, obedecendo a Resolução 196/96, que assegura aos participantes a liberdade de decisão quanto à participação, o anonimato, as informações quanto aos objetivos da pesquisa e o sigilo das informações fornecidas. Tal garantia estará expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.1.6 Procedimento para Coleta do Material

A coleta dos dados para a pesquisa foi realizada através da pesquisa bibliográfica. Conforme Lakartos e Marconi (2001), esta é uma técnica que abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudo. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já foi dito, escrito, filmado sobre determinado assunto.

Os autores acima citados, apontam vantagens e desvantagens em relação a este tipo de pesquisa. Entre as vantagens destacam o fato deste tipo de pesquisa cobrir uma ampla gama de fenômenos, maior inclusive do que aquela que poderia investigar diretamente, pois esta pesquisa é indispensável nos estudos históricos. Com relação às limitações, apontam que os dados coletados a partir de fontes secundárias poderiam ter sido colocados de forma equivocada.

Foram realizadas também, entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro segue em anexo (Apêndice 01). Este tipo de entrevista oferece ao entrevistado maior liberdade em suas colocações, o que nos dará subsídios para nossa análise, oferecendo segundo Triviños (1987) um amplo campo de interrogativas, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. A mesma parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa.

4.1.7 Procedimento para Análise do Material

Para analisar os dados, utilizaremos a técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Triviños (1987), é muito importante também ter presente na análise o contexto não só lingüístico, mas também histórico das expressões, conceitos etc. Isso nos permite compreender criticamente o sentido das falas e descobrir elementos ocultos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Assim a Análise de Conteúdo, segundo Minayo (1999), tem o objetivo básico de produzir reflexões sobre as condições de produção e apreensão e significação das falas produzidos nos mais diferentes campos. Além disso, busca compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as forma de produção social do sentido.

Ainda para análise dos dados, apreciamos o perfil dos profissionais entrevistados, tabulamos algumas variáveis significantes ao objeto estudado e identificamos, ainda, algumas categorias empíricas.

No que se refere ao perfil profissional optamos por elencar sua distribuição em relação ao:

- Gênero;
- Faixa Etária;
- Tempo de Formação;
- Instituição de Graduação;
- Tempo de Atuação na Saúde Mental e
- Nível de Especialização em Saúde Mental.

Elencamos também algumas sub-categorias que de uma forma ou de outra fazem parte não só do agir do profissional de Serviço Social, do seu processo de formação, e também as demandas institucionais e ainda representam as condições básicas para a efetivação de políticas públicas, neste caso foram às seguintes:

- Treinamento da Equipe Técnica;
- Demandas Profissionais e Institucionais;
- Instrumental Técnico-Operativo;
- Avaliação do próprio Profissional sobre suas Condições de Trabalho.
- O Sentimento do Reconhecimento Profissional Dentro da Instituição.

Em razão do volume de informações contidas nas investigações sociológicas faz-se necessário definir critérios e formas de associação das partes com o todo, de conceitualização e codificação, ou seja, de uma classificação coerente, por meio de atribuição de significados e integração, o que podemos chamar de categorização. As categorias empíricas foram identificadas como:

- As Competências Profissionais do Assistente Social na Instituição;
- A Saúde Mental na Visão dos Assistentes Sociais;
- Principais Demandas postas aos Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental;
- Contribuição do Assistente Social na Saúde Mental;
- Articulação do Serviço Social com a Rede de Atendimento;
- Críticas ou Ressalvas à Política de Saúde Mental e
- Principais Dificuldades Apresentadas no Cotidiano da Prática Profissional.

Todos estes elementos devem ser trabalhados dentro de uma perspectiva de aproximação e reaproximação do real de forma a encontrar novas determinações e significados atribuídos pelos sujeitos e sistematizados pelo investigador por meio de interpretações sucessivas a fim de garantir que seu esforço significativo seja único.

Essas interpretações e seus respectivos resultados serão discutidos e apresentados a seguir.

4.2 ANÁLISE E APRECIÇÃO DOS DADOS COLETADOS

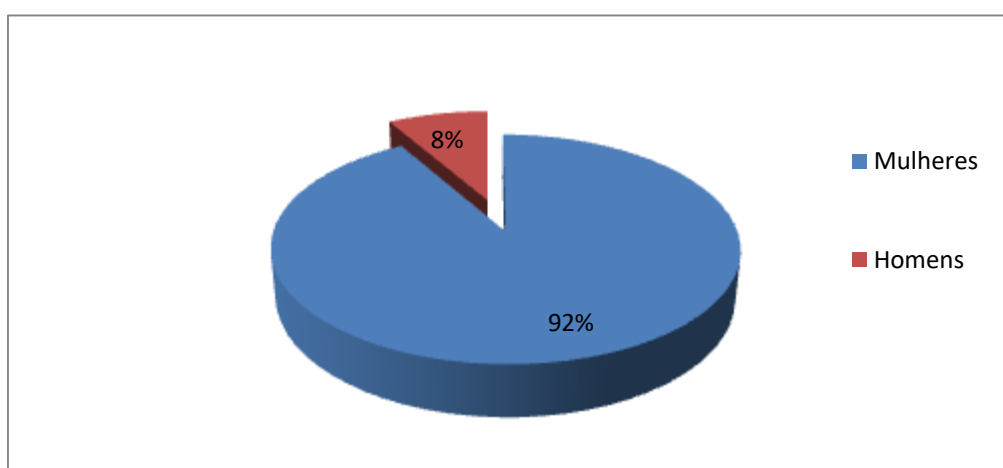
A partir dos dados que foram coletados foi possível compreender as determinações sócio-institucionais que orientam o pensar e o agir dos profissionais de Serviço Social inseridos no universo da dinâmica das relações institucionais e organizativas, bem como, traçar o perfil dos entrevistados visando um conhecimento específico destes profissionais que trabalham na política de Saúde Mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma para apresentação, análise e interpretação dos resultados foram utilizadas uma metodologia quantitativa e qualitativa.

4.2.1 Perfil dos Assistentes Sociais Entrevistados

As entrevistas foram realizadas com 12 profissionais trabalhadores dos CAPS das cidades de Patos e Piancó. Tomando por base os dados de identificação e outras informações a respeito da formação profissional, foi possível traçar o perfil dos entrevistados, fato relevante para a abordagem do nosso objeto de estudo. Assim sendo, optamos por elencar sua distribuição em relação ao gênero, faixa etária, tempo de formação, instituição de graduação, tempo de atuação na saúde mental e nível de especialização em saúde mental.

A quase totalidade dos profissionais entrevistados é do sexo feminino, confirmando mais uma vez uma tendência histórica de feminização da profissão no nosso país, conforme podemos visualizar por meio do gráfico abaixo.

GRÁFICO 1: Distribuição por Gênero



Fonte: Autoria própria

De acordo com o gráfico acima, 92% dos 12 profissionais entrevistados foram mulheres e apenas 8% homens, ou seja, 11 mulheres e 01 homem. Isso se explica, em parte, pela preponderância da atuação feminina no Serviço Social, desde seu nascedouro como uma atividade desenvolvida exclusivamente por mulheres com uma ideologia notadamente vinculada a um projeto da classe burguesa e aos interesses e reclames da igreja católica, o que pode ser confirmado por meio da seguinte citação,

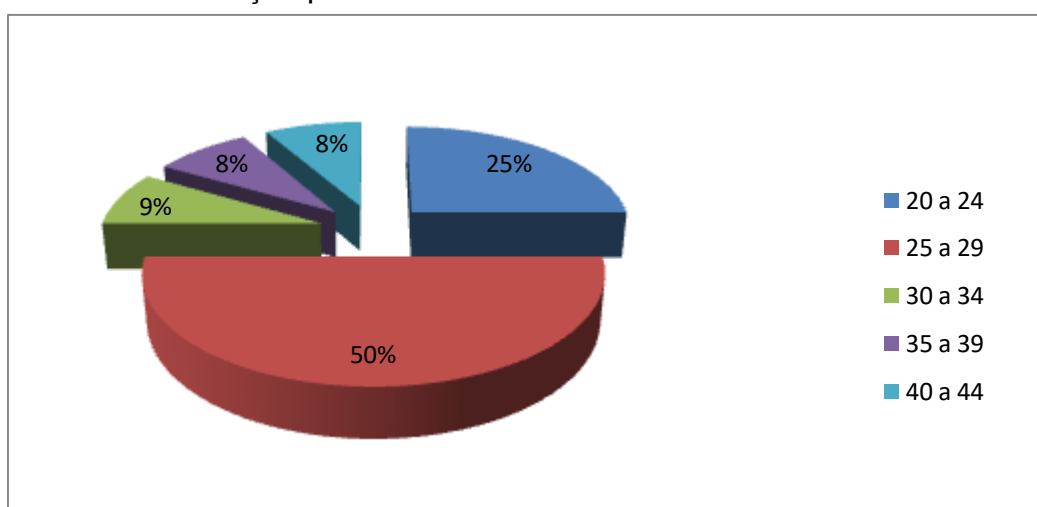
A responsabilidade da mulher à questão social e, conseqüentemente,

à assistência social, se dá uma vez considera e fomenta uma ideologia (principalmente via Igreja Católica). [...] Assim, a assistência social foi se construindo como um espaço de atuação feminina, inclusive como uma alternativa à vida doméstica/familiar ao passo que se abria a possibilidade de profissionalização para mulheres, por ser considerada uma extensão de seus papéis domésticos e em cumprimento do seu papel na sociedade (CISNE, 2004, pp. 44-45).

Conduzindo essa linha de raciocínio para nosso objeto de investigação fica mais uma vez evidenciado que as mulheres estão mais presentes no processo de cuidar em saúde mental, tanto enquanto técnica como cuidadora familiar. Gonçalves e Sena (2001, p. 51) afirmam que “a mulher é a principal atora com a qual deve-se estabelecer aliança, para consolidar a Reforma Psiquiátrica”. Esse dado também nos leva a uma reflexão acerca da questão de gênero que posiciona a mulher como ser historicamente cuidadora da família e dos filhos. Importa, no entanto, ressaltar como afirma Scoth (1995) o valor heurístico fundamental que a categoria de gênero comporta, não podendo ser entendido como algo naturalizado, fixo e imutável, mas como processo social e historicamente construído e, portanto, passível de desconstrução.

Em relação à faixa etária dos profissionais entrevistados, apresentamos o gráfico abaixo:

GRÁFICO 2 – Distribuição por Faixa Etária



Fonte: Autoria própria

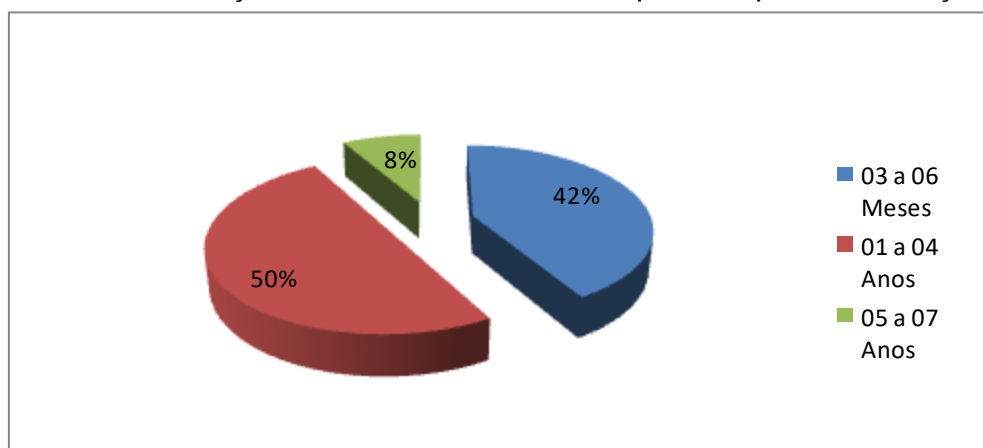
Podemos observar a partir dos dados acima que os profissionais pesquisados – em sua maioria 50% - encontram-se na faixa etária de 25 a 29 anos (6), seguidos

dos 25% entre 20 e 24 anos (3), 9% correspondem à faixa etária de 30 a 34 anos, ou seja (1), 8% entre 35 a 39 anos (1) e mais 8 % na faixa etária de 40 a 44 anos (1). Podemos assim dizer que 50% da nossa amostra são profissionais com um tempo relativamente curto na sua área de atuação. No entanto, os sujeitos que compuseram a amostra apresentam-se jovens, no auge da consolidação de suas carreiras profissionais, período adequado para a capacitação e especialização técnica nas suas determinadas áreas de atuação.

Com relação ao tempo de formação, 05 assistentes sociais apresentam -se formados há menos de 06 meses, 06 profissionais apresentaram formação entre 01 a 04 anos e por fim 01 assistente social remete a conclusão do curso há 07 anos atrás.

Vejamos os dados percentuais encontrados,

GRÁFICO 3 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Tempo de Formação



Fonte: Autoria própria

A relevância dessa informação repercute nas mudanças em relação ao Currículo Acadêmico do Curso de Serviço Social, propostas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que defende a concretização e implementação das diretrizes curriculares na afirmação do projeto ético-político defendido pela categoria, em vigor desde a década de 1990.

O processo de revisão curricular de acordo com Cardoso (2000), foi um espaço privilegiado para a reconstrução do projeto de formação profissional do assistente social, com a formulação de novas diretrizes curriculares em que se configuraram os pressupostos e princípios de base da direção social da formação,

do perfil do bacharel em Serviço Social e de um conjunto de componentes curriculares que superaram uma visão do currículo construído apenas por disciplinas, estimulando a participação do alunado na vida universitária, através de mecanismos de iniciação científica, monitoria, pesquisa, extensão, oficinas e laboratórios, etc.

Os pressupostos básicos das diretrizes curriculares do curso traçam um desenho para a formação profissional, em que o Serviço Social se particulariza no conjunto das relações de produção e reprodução da vida social, como uma profissão de caráter interventivo no âmbito da questão social, esta é, pois, considerada fundamento histórico social da profissão, um dos eixos centrais de formação em suas diferentes formas de expressão nos processos de trabalho do assistente social.

As base da direção social da formação profissional, norteiam o perfil do bacharel em Serviço Social, profissional este que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para o seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais de organização da sociedade civil e movimentos sociais. Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho, comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social (BRASIL/MEC 1999, p. 01).

Assim, ao assistente social em sua atuação na política de saúde, é demandado, por meio desta proposta curricular, uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais.

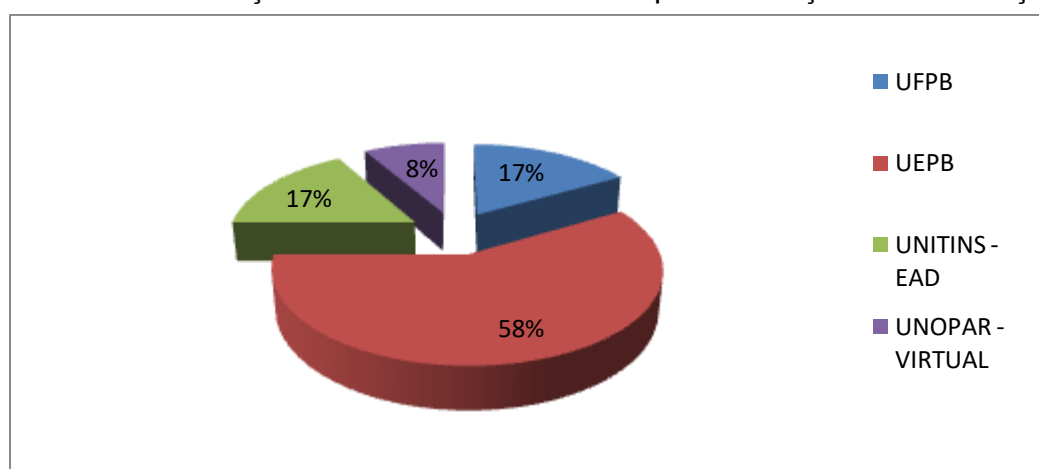
A intervenção profissional orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários dos serviços de saúde; identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil; reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta dos trabalhadores envolvidos nesse segmento em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade apresentada no cotidiano das instituições públicas, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos dos usuários, implicando à solidificação dos serviços e cuidados em saúde de forma

ética, humana, equânime e democrática (CFESS, 2009).

Possivelmente, os sujeitos elencados, em suas graduações passaram por tais mudanças, visto que a implementação do Currículo Mínimo para o Curso de Serviço Social passou a ser seguido na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) nos anos 2000.

Vejamos agora, as respectivas instituições de graduação dos sujeitos, de acordo com o gráfico abaixo:

GRÁFICO 4 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Instituição de Graduação



Fonte: Autoria própria

Como podemos ver, dos nossos entrevistados 58% isto é, 07 assistentes sociais concluíram o curso na UEPB, 17% estudaram na UFPB (02), paritariamente a outros 17% que concluíram na Universidade do Tocantins – Educação à Distância (UNITINS – EAD), seguidos de 8% que estudaram na Universidade Norte do Paraná (UNOPAR – VIRTUAL).

Essas duas últimas universidades relacionadas são instituições educacionais que promovem o ensino do Serviço Social à distância. Essa problemática da educação à distância, apresenta-se constante nos órgãos representantes da categoria profissional, uma vez que, devido o processo de reestruturação produtiva, impulsionada pela economia de mercado e pela inspiração neoliberal a educação brasileira tem sido submetida a um modelo de desenvolvimento socioeconômico que favorece a privatização e impõe restrições de acesso ao ensino público, gratuito, presencial e socialmente referenciado.

Assim, impulsionados à disseminação da idéia de que o desenvolvimento

técnico-científico será capaz de superar as disparidades sociais, o governo brasileiro desde à época do governo de Fernando Henrique Cardoso, tem apostado em mecanismos de ensino superior à distância.

Sob hegemonia neoliberal, e seguindo diretrizes de agências financeiras multilaterais, os projetos de educação à distância viabilizam as perspectivas da Organização Mundial do Comércio – OMC de transformar o ensino em objetos de oscilantes investimentos privados. Sob essa perspectiva, o ensino à distância ao invés de universalizar o direito à educação contribui para internacionalizar o mercado educacional (BATISTA, 2001, p. 101).

Com o governo Lula, o MEC continuou dando sequência à legislação de funcionamento da educação à distância, que por meio da Portaria 4.059/2004, determina que as universidades e os institutos de ensino superior poderiam aos poucos introduzir 20% da carga horária de seus cursos na modalidade de educação a distância ou semi-presencial, como forma de incorporar o uso da tecnologia de informação.

Em sendo assim, nota-se que a legislação vai ampliando progressivamente as possibilidades de crescimento e hegemonia do ensino à distância.

Externamente ao país, organismos internacionais exigem que o governo, de um lado, reduza seus gastos com a educação e, de outro, mostre rápidos resultados na área do ensino fundamental e médio. A tônica recai sobre a exigência do capital privado, transformando o ensino em um negócio compensatório. Internamente, crescem as pressões dos defensores empresariais do ensino à distância para que a legislação não se restrinja ao já implantado, mas que a partir da base existente se amplie o direito de sua exploração (OLIVEIRA, 2005, p. 101).

O ensino à distância é concebido justamente para ser massivo, contar com um reduzido número de recursos humanos, expressando o barateamento dos recursos, a mercantilização, o lucro, a competitividade, desviando a responsabilização do governo quanto a ampliação de uma educação pública presencial de qualidade.

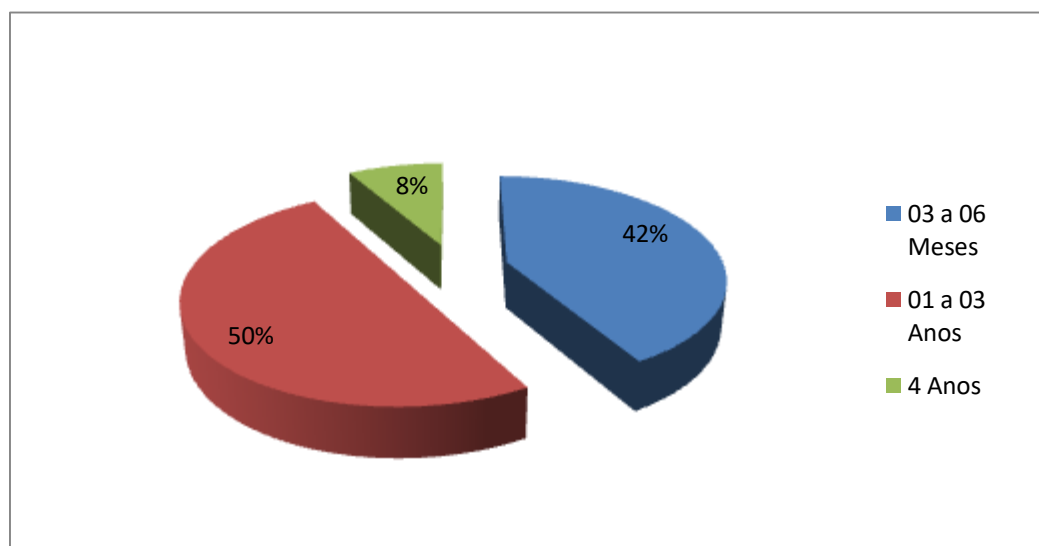
No âmbito do Serviço Social, infere-se que, em pouco menos de uma década, o perfil dos assistentes sociais brasileiros estará completamente transformado. A tendência desse perfil não é nada

animadora, pois estará baseada em uma formação profissional à distância, aligeirada, mercantilizada e, portanto, com poucas chances de concretizar o perfil de um profissional crítico e competente teórica, técnica, ética e politicamente, delineado pela ABEPSS em 1996 (PEREIRA, 2008, p. 194).

Teremos, pois, que, o ensino à distância cada vez mais vem se consolidando no curso de Serviço Social, e que assistentes sociais formados nessa modalidade de ensino estão presentes nos espaços sócio-ocupacionais da categoria, visto que somente em nossa pesquisa revela-se que em um universo de 12 profissionais (100%), 09 profissionais (75%) são graduados em universidades públicas e de ensino presencial e o restante, 03 profissionais (25%) cursaram o ensino superior na modalidade de ensino a distância. Fato este que requer estudos posteriores mais aprofundados.

No que tange ao tempo de atuação dos assistentes sociais na saúde mental os dados revelam que,

GRÁFICO 5 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Tempo de Atuação na Saúde Mental



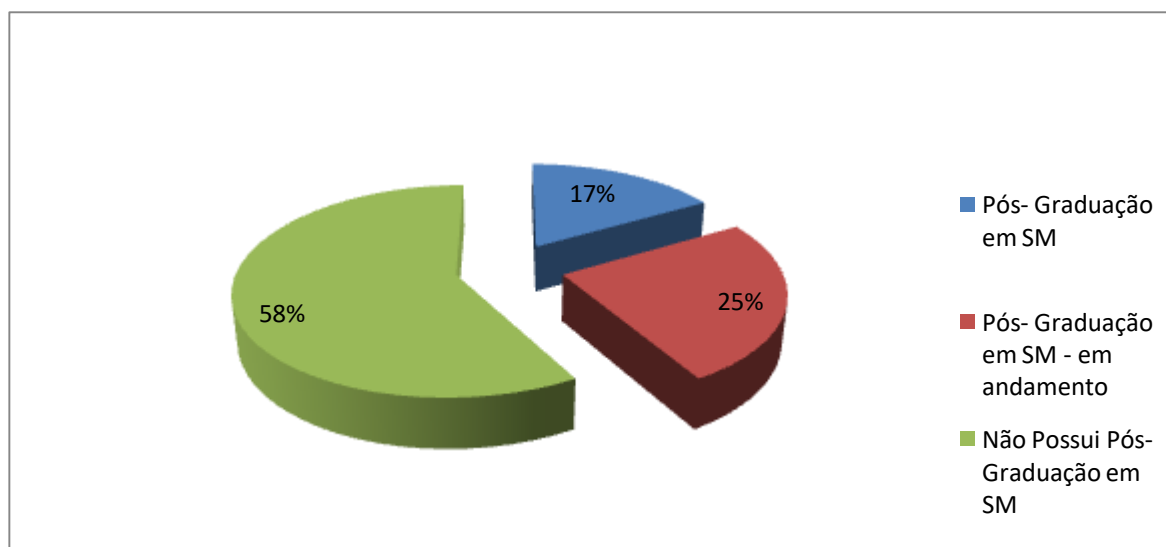
Fonte: Autoria própria

Essa evidência apresentada revela que 50% dos profissionais inseridos nos serviços de Saúde Mental expressam considerável tempo de atuação na área, isto é de 01 a 03 anos, 42% atuam a menos de 06 meses e 8% há 04 anos. Esses dados expressam paridade em relações aos assistentes sociais que têm experiência considerável na área e aqueles que estão iniciando a suas carreias nesse segmento

de atuação.

No tocante a capacitação profissional para atuação específica na área da Saúde Mental constata-se que dos 12 assistentes sociais, apenas 02 possuem Curso de Especialização em Saúde Mental, 03 profissionais estão com o curso em andamento e 07 não possuem formação na área de saúde mental. Vejamos os dados captados no gráfico abaixo,

GRÁFICO 6 – Distribuição dos Assistentes Sociais por Nível de Especialização em Saúde Mental



Fonte: Autoria própria

Com base no exposto, elucidamos que a formação e capacitação técnica especializada dos recursos humanos nesta área obedece a uma orientação do Ministério da Saúde, tendo como referência a uma série de preceitos contidos na publicação elaborada durante a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, o qual exalta que

O processo de Reforma Psiquiátrica exige cada vez da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados, por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos. Por esta razão, desde o ano de 2002 o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apóia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (BRASIL, 2005, pp. 44-45).

Percebemos que essa proposta se constitui como um dos desafios principais para o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para as cidades pesquisadas, a única instituição que oferece curso de capacitação e pós -graduação na área de saúde mental são as Faculdades Integrada de Patos (FIP) – localizada na cidade de Patos -, curso este que custa um valor mensal de R\$ 250,00 reais, com duração de 15 meses e aulas quinzenais, investimento considerado alto pela maioria dos profissionais consultados, tendo em vista a incerteza no vínculo empregatício, uma vez que trabalham em regime de contratos temporários. Dessa forma fica evidenciado o número reduzido de profissionais que podem se qualificar.

Isto posto, após a identificação e apresentação do perfil dos entrevistados, passaremos agora a quantificar algumas sub-categoria elencadas, como forma de atingir nossa intenção inicial, ou seja, captar o conhecimento dos atores pesquisados em relação as demandas profissionais postas aos assistentes sociais nos serviços substitutivos, às competências profissionais nos espaços sócio-ocupacionais, o instrumental técnico no exercício da prática, como também compreender as dificuldades da atuação profissional no desenvolvimento da política de Saúde Mental.

Dada a nossa preocupação em relacionar o perfil do profissional com a política desenvolvida nos CAPS passaremos a apresentar algumas variáveis significativas referentes a capacidade de respostas associadas a formação e capacitação técnica profissional.

Um dos objetivos primordiais das instituições diz respeito à busca da eficiência que por sua vez incide na eficácia, ou seja, nos bons resultados perseguidos tanto pela instituição como pelos usuários e profissionais, e isto tem relação direta com os recursos disponibilizados e com o desempenho da equipe de trabalho. O desempenho profissional depende tanto das condições de trabalho viabilizadas via instituição como da capacitação profissional, assim sendo, nossa pesquisa procurou relacionar algumas variáveis significativas na análise desse aspecto, para tanto tabulamos alguns dados referentes às seguintes variáveis: treinamento da equipe técnica, demandas profissionais e institucionais, instrumental técnico-operativo, avaliação do próprio profissional sobre suas condições de trabalho e o sentimento do reconhecimento profissional dentro da instituição.

TABELA 1: Treinamento da Equipe Técnica

Treinamento da Equipe Técnica	Quantidade	Percentual (%)
Sim	5	42%
Não	4	33%
Apenas na implantação do CAPS	3	25%
Total	12	100%

Fonte: Autoria própria

De acordo com a tabela acima, 42% dos profissionais que estão nos CAPS receberam algum tipo de treinamento ao se inserirem no serviço, 33% afirmam não passar por nenhuma capacitação e 25% apontam que a instituição promoveu treinamento apenas para a implantação do CAPS, porém, outros profissionais que não estavam empregados no início do serviço, hoje atuam sem capacitação.

Dessa forma, como foi ressaltado anteriormente, “um dos principais desafios postos por alguns teóricos para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica refere-se à formação de recursos humanos. Estes devem ser capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura” (BRASIL, 2005, p. 45).

O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais profissionais bem qualificados, com competências específicas para trabalhar na área. É preciso coragem, competência, audácia e embasamento teórico. É preciso arte, uma postura interdisciplinar e espírito crítico para enfrentar o cuidado ao doente mental, porque o cuidado destes se faz no cotidiano de suas vidas, na prática, no encontro com a diferença (GONÇALVES; SENA, 2001).

Em relação às demandas profissionais e institucionais postas aos assistentes sociais, elencamos as mais relevantes dentre aquelas expressas mais adiante nas falas, vejamos na tabela abaixo:

TABELA 2 – Demandas Profissionais e Institucionais

Demandas dos usuários aos AS	Demandas institucionais aos AS
Ações Intersectoriais com outras instituições	Acompanhamento e apoio familiar e dos usuários
Benefício Assistencial – BPC	Atividades educativas, sócio-culturais e comunitárias
Estudo socioeconômico	Busca ativa
Regulamentação de documentação	Realização de Oficinas Terapêuticas com usuários e familiares
Solução de conflitos familiares	Relatórios Sociais
Orientação e encaminhamento à rede socioassistencial	Visita Domiciliar
Visitas Domiciliares	Visitas Institucionais

Fonte: Autoria própria

Antes de mais nada, gostaríamos de enfatizar que estas demandas são complementares, não há incompatibilidade no seu atendimento. De acordo com as demandas descritas e identificadas nas falas, ressaltamos alguns aspectos presentes nas ações desenvolvidas pelos assistentes sociais. O primeiro diz respeito à ênfase dada na maioria das entrevistas ao benefício assistencial, sendo esta uma das demandas mais expressivas em relação ao Serviço Social nos CAPS. Um outro ponto a ser acordado é a confusão feita por alguns profissionais ao identificar visitas domiciliares, estudo socioeconômico e relatórios sociais, quando na verdade estes recursos se caracterizam como instrumentos técnico-operativos, utilizados pelo Serviço Social no desenvolvimento de suas ações profissionais.

Nas demandas historicamente postas aos assistentes sociais pelos usuários encontra-se um perfil populacional que sofre os reflexos da precarização das relações sociais, do acesso a saúde, educação, desemprego, moradia, e no contexto dos CAPS os assistentes sociais têm procurado viabilizar ações que possibilitem o acesso aos recursos sociais para os usuários e familiares, como a viabilização de documentos e encaminhamentos para aposentadorias e demais benefícios, atividades comunitárias, apoio e acompanhamento familiar (BARBOSA, 2006).

A pesquisa também revela que a família constitui-se como demanda efetiva

aos assistentes sociais. Essa entidade, ao longo da profissão, vem apresentando-se como foco do objeto de atuação profissional, uma vez que a família é a base sobre a qual todas as manifestações mais gritantes da questão social se refletem, e nesse novo modelo da política de Saúde Mental trazido pelo CAPS, ela configura como base de apoio fundamental na condução e desenvolvimento dos portadores de transtornos mentais.

Vale destacar, que o trabalho junto às famílias não é específico do assistente social dentro do atendimento dos CAPS, porém dada a particularidade de sua formação profissional também destacar o atendimento às necessidades sociais, problemática essa presente na maioria das famílias do serviço, o profissional procura desenvolver ações que procurem abarcar e proporcionar a garantia dos direitos sociais.

No que diz respeito ao instrumental técnico-operativo utilizado pelo assistente social no exercício de sua prática profissional, percebe-se que são os mesmos utilizados em outros campos os quais historicamente foram se consolidando, elencamos os mais expressivos conforme identificados nas falas destes profissionais.

TABELA 3 - Instrumental Técnico-Operativo.

Instrumentos técnico-operativos	Frequência	Percentual (%)
Entrevista	4	13%
Estudo Social	2	6%
Laudo Social	3	9%
Palestra	2	6%
Parecer Social	5	16%
Relatório	6	19%
Reunião	2	6%
Visita Domiciliar	8	25%
Total		100%

Fonte: Autoria própria

Podemos, pois, observar que o instrumental técnico-operativo mais freqüente na realização das ações profissionais nos CAPS, identificados nessa pesquisa são

as visitas domiciliares, 25% das falas, remetem à sua utilização.

A visita domiciliar pode ser um instrumento importantíssimo, quando utilizado com a finalidade de potencializar um conhecimento crítico e adequado no que diz respeito ao cotidiano dos sujeitos envolvidos, com vistas a conhecer seu ambiente de convivência comunitária, familiar, social, econômico e afetivo.

As visitas domiciliares têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano da totalidade de suas relações sociais, econômicas, familiar e cultural, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas de gabinete (MIOTO, 2001, p.148).

Contudo, ela só se realizará efetivamente quando o profissional entender a necessidade cabível de sua utilização para a situação social em que está intervindo, requerendo disponibilidade e habilidades específicas deste profissional. Sabe-se, porém, que o instrumento da visita domiciliar não é de utilização exclusiva do assistente social e tão pouco deve ser, mas certamente este profissional, tem todo o arcabouço para utilizá-lo efetivamente a favor dos sujeitos, na perspectiva da garantia de seus direitos (MIOTO, 2001).

Assim, a utilização dos instrumentais no cotidiano da prática profissional é um elemento importantíssimo no trabalho do assistente social, uma vez que este, estando inserido na divisão sociotécnica do trabalho necessita de bases teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas com vistas a embasar seu exercício profissional.

Como reforça Martinelli (1994, pp. 137-138):

Os instrumentais técnico-operativos são como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional. O uso dos instrumentais pode ser visto como uma estratégia para a realização de uma ação na prática profissional, onde o instrumental e a técnica estão relacionados em uma unidade dialética, refletindo o uso criativo do instrumental com o uso da habilidade técnica. O instrumental abrange não só o campo das técnicas como também dos conhecimentos e habilidades.

Como podemos ver, os assistentes sociais entrevistados fazem uso de alguns instrumentais teórico-metodológicos norteadores da sua prática, no entanto, estes possibilitam aos profissionais elaborar, implementar e executar planos, programas e

projetos que sejam no âmbito de atuação do Serviço Social no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

No que diz respeito à avaliação do próprio profissional sobre suas condições de trabalho, vejamos:

TABELA 4: Avaliação do Próprio Profissional sobre suas Condições de Trabalho

Condições de Trabalho	Quantidade	Percentual (%)
Boas	7	58%
Regulares	3	25%
Precárias	2	17%
Total	12	100%

Fonte: Autoria própria.

Como mostra a tabela acima, em relação à avaliação dos assistentes sociais sobre suas condições de trabalho, 58% remetem a boas condições e são posicionamentos que remetem a uma compreensão das condições objetivas do fazer cotidiano desarticulado do processo decisório e das relações de poder, ou seja, uma forma superficial de encarar as contradições inerentes a prática. Isso ressalta as falas, em relação ao espaço físico, capacidade de articulação com outros profissionais e a forma como está organizado o serviço, 25% avaliam como regular, uma vez que, necessitaria de maiores recursos financeiros e materiais para se trabalhar, e por fim 17% dizem que as condições postas são precárias, tendo em vista principalmente o fato de os profissionais não exercem suas atividades com autonomia.

No que tange ao sentimento de reconhecimento profissional dentro da instituição, 83% dos assistentes sociais afirmam ter seu trabalho reconhecido, valorizado e respeitado, ademais 17% compreendem que este trabalho apenas às vezes é reconhecido, e se dar principalmente por parte dos usuários, vejamos na tabela a seguir:

TABELA 5: Sentimento de Reconhecimento Profissional Dentro da Instituição

Reconhecimento Profissional	Quantidade	Percentual (%)
Sim	10	83%
Às vezes	2	17%
Total	12	100%

Fonte: Autoria própria

Podemos observar que por parte da maioria dos entrevistados, há sim um reconhecimento do trabalho dos assistentes sociais pela equipe nos CAPS, cremos que a imagem que a instituição produz do assistente social está relacionada, sobretudo, a imagem social que esta categoria construiu historicamente e pela multiplicidade de ações atribuídas ao assistente social na equipe, possibilitando um bom funcionamento dos CAPS em relação à equipe e seus usuários.

A análise e apresentação quantitativa das informações obtidas por meio da pesquisa são fundamentais na configuração de um panorama geral das condições nas quais são geradas as respostas às demandas dos portadores de transtornos mentais pelo profissional de Serviço Social enquanto profissional da Saúde Mental.

Após a quantificação e análise destes aspectos relacionados ao objeto de nossa pesquisa trataremos de trabalhar de modo mais detalhado os aspectos vinculados diretamente aos objetivos da pesquisa, dentro de uma perspectiva qualitativa, por meio de uma análise mais acurada das falas dos sujeitos e sistematizadas em categorias que expressam um significado próprio no processo de mediação entre o saber e fazer. Em sendo assim, passaremos a discutir cada uma delas ilustrando com as falas.

4.3 Análise dos Aspectos Relacionados ao Objeto de Estudo Expressos nas Falas dos Sujeitos

Nessa seção nos debruçamos sobre a percepção que o profissional têm a respeito de si mesmo e do seu papel na garantia do bom funcionamento da instituição enquanto profissional dotado de um saber que modifica e que viabiliza condições objetivas para propiciar ao portador de transtorno mental e a sua família

um bem-estar social. A análise e interpretação dos dados da pesquisa se deu após a transcrição e ordenamento das falas dos entrevistados, obedecendo o que tinha sido estruturado por meio do projeto de pesquisa.

Assim sendo, procuramos trabalhar os objetivos pretendidos seguindo uma postura de respeito e valorização de conteúdos e significados expressos verbalmente, para tanto identificamos e agrupamos algumas categorias de análise as quais retratam a interação entre o discurso elaborado pelo profissional no confronto com as demandas do usuário e as determinações institucionais de cunho operativo.

4.3.1 As Competências Profissionais do Assistente Social na Instituição

Em nosso estudo indagamos sobre o papel desempenhado pelo assistente social nos serviços substitutivos, quais são suas competências profissionais, sua função no interior da instituição. Desse modo, as falas destacam dentre outras especificidades a questão da ressocialização ou reinserção social.

Vejamos o que as falas nos mostram,

Olha, aqui nosso trabalho é bem complexo, a gente luta tentando proporcionar aos usuários melhores condições de vida, estimular sua autonomia, promovendo cidadania, reinserção social, buscar a convivência familiar, orientação, acompanhar os casos, encaminhar, orientar [...] (A.S 03).

A primeira coisa na minha opinião é ressocializar os usuários da instituição, assim pra que eles mesmos possam se sentir protagonistas de sua própria vida, porque eu acho assim, mesmo que tudo diga que não, eles tem o direito de acessar os serviços de saúde, bem como outros serviços, como um cidadão comum com direitos e deveres perante a sociedade né, dialogar também com outras políticas ou outras instituições porque precisamos que estes direitos sejam efetivados de fato; realizar visitas domiciliares a fim de ver, identificar as possíveis vulnerabilidades e fortalecer nosso vínculo no contexto familiar; levar através de palestras orientações acerca de direitos aos usuários e aos familiares a importância do pertencimento familiar junto ao tratamento, ou seja, assim, a presença destes no tratamento, mesmo, porque só vai contribuir pra que o tratamento adquira bons resultados [...] (A.S 09).

Acho que mais na questão de proporcionar uma maior ressocialização ao usuário sabe, na questão da autonomia, procurando incentivar atitudes políticas, tentar viabilizar os direitos deles, fazendo eles protagonistas mesmo de sua história [...] (A.S 11).

Eu acho que o assistente social inserido na área da saúde mental, ele tem o papel de acolher, atender e encaminhar as demandas que é colocada a ele, eu acho também que é o elo entre serviços públicos e instituições, pra viabilizar as formas de acesso para as políticas públicas e os meios de como ter acesso de forma cidadã e participativa, sempre buscando a ressocialização do usuário, sempre (A.S 12).

Desde o início da problemática da loucura, a ressocialização e a reinserção social têm se efetivado em uma demanda presente no cotidiano do Serviço Social nas instituições psiquiátricas. Devido o seu forte componente social, é posta a necessidade de intervenção nessa perspectiva, sobretudo como uma busca de autonomia por parte do usuário na sua vida familiar e comunitária, gerando necessidade de reconhecimento e intervenção.

Conforme registros de Goldberg (2001, p. 16),

Os eixos norteadores do processo de ressocialização são a construção da cidadania e a restituição do indivíduo nos aspectos da rede social, do habitat, do trabalho, tendo por finalidade a realização das trocas sociais.

Assim, esta pode ser compreendida, de acordo com Leão (2006), como um processo contínuo, no qual um conjunto de medidas que objetivam mais oportunidades de trocas de recursos e afetos possibilitam o aumento da autonomia da pessoa portadora de transtorno mental. A finalidade de todo esse processo é devolver ao indivíduo a capacidade de exercer sua cidadania, o que implica o acesso ao direito de uma constituição afetiva, relacional, material, laboral e habitacional, e conseqüentemente, estar inserido socialmente.

A Reforma Psiquiátrica por meio da Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, toca em vários pontos referenciando a reinserção social, assegurando dentre outros direitos que o portador de transtorno mental deve: “ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001). Diante disso, compreende-se que a ressocialização e a reinserção social, deve ser realizada pelo acesso ao trabalho, à família, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços comunitários. Assim, é aberto ao assistente social um leque

multifacetado de possibilidades da intervenção profissional.

A reinserção social se apresenta como premissa máxima do processo de Reforma Psiquiátrica no país. Todas as proposições e programas adotados e implantados ao longo desse processo buscam efetivar ações com essa finalidade. A reinserção social dos portadores de transtornos mentais significa torná-las participante da vida social, assegurando o usufruto de seus direitos no âmbito da sociedade.

Além disso, conforme as falas os assistentes sociais têm procurado viabilizar ações que possibilitem o acesso aos recursos sociais para os usuários e familiares, mesmo tendo em vista que essa efetivação e viabilização dos direitos encontram-se permeada por uma série de limites postos no atual cenário econômico, político e social.

Entendemos pois, que é imprescindível desenvolvermos o fortalecimento de ações que contribuam com a articulação junto à sociedade, no acesso ao trabalho, à escola, a participação social e política, na luta e conscientização da viabilização dos seus direitos, na construção de perspectivas para a superação de preconceitos e que esses usuários sejam reconhecidos enquanto cidadãos capazes de conviver e se desenvolver em sociedade.

4.3.2 A Saúde Mental na Visão dos Assistentes Sociais

Pertinente, achamos destacar, o conceito de Saúde Mental na visão dos assistentes sociais, uma vez que se torna importante sua compreensão diante da atual conjuntura do processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Dentro deste estudo esta categoria se reveste de significado, uma vez que é necessário romper com aquela visão apenas biológica empreendida à Saúde Mental, desde o século XVIII, com vistas a desenvolver-se num conceito que articule o ser humano numa totalidade biopsicossocial, suas trocas, afetivas, familiares e materiais, englobando todo um conjunto das relações e os contextos sociais vivenciados.

Vejamos, pois, o que as falas arroladas nos mostram.

É, assim, como a saúde mental não se trata de questões somente biológicas, sua forma de tratamento se torna bem mais complexa. Eu acho que a saúde mental pode ser percebida como, é... como uma

gama de fatores que afeta diretamente no bem estar do homem, fatores que incluem as relações sociais. Cuidar da saúde mental é um desafio na atualidade e o assistente social deve estar apto a esta tarefa (A.S 08).

Eu entendo que é assim, como uma saúde do equilíbrio, não digo esse equilíbrio tipo de normalizar as coisas, mas de ter as relações econômicas, sociais, culturais, ter saúde, ter lazer, ter horários, tempo e disponibilidade para realizar as coisas que deixam a gente bem, isso é difícil, e acredito que quase não existe né!, (risos), mas penso assim (A.S 11).

Em uma visão holística, temos que ver a saúde mental como uma garantia e uma resposta do poder público a este segmento uma vez que esta área a cada ano necessita de investimentos e ainda sim ser mais amplamente divulgado e posteriormente compreendido e entendido pela sociedade, como um direito de todos. Bem como devemos ter claro a visão de que com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial melhorou de forma considerável a forma de atenção pra as pessoas sofredoras de transtornos mentais (A.S 12).

Assim, se tomarmos como referência o conceito de saúde trazido pelo movimento de reforma sanitária, veremos que ele não está mais relacionado simplesmente a ausência de doença, mas sim compreendem a saúde como um conjunto de fatores articulados como o acesso a uma alimentação digna, ao lazer, trabalho, moradia etc. que, juntos proporcionem o bem estar de cada cidadão.

Ao observarmos as falas acima, percebemos que os profissionais concordam ao explicitarem que a Saúde Mental não é apenas uma instância que aborda o campo “psi”, mais outras questões inerentes a totalidade da vida humana. Como afirma Amâncio (2008, p. 57), o assistente social que está colocado na Saúde Mental deve atender,

as necessidades da psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender a racionalidade médica no que o mundo “psi” não dá conta: a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista.

Diante dessa afirmação acima, o autor tenta mostrar que não podemos deixar de apontar e enfatizar que a questão social e suas deferentes expressões estão fortemente ligadas a Saúde Mental, inclusive como geradora de transtornos, e é também por esta relação que o Serviço Social se insere na área. A loucura na perspectiva da atenção psicossocial é percebida como um fenômeno social, cultural,

biológico e psicológico. Daí que o assistente social nas equipes de Saúde Mental tem e pode contribuir bastante com sua leitura macro de um fenômeno que não pode ser reduzido apenas ao mundo “psi”. Essa compreensão faz-se imprescindível a todos os assistentes sociais inseridos nesse segmento, tendo em vista ampliar o universo de análise da Saúde Mental para além de uma abordagem micro.

4.3.3 Principais Demandas Profissionais Postas aos Assistentes Sociais na Política de Saúde Mental

Objetivando delinear na íntegra os objetivos de nossa pesquisa decidimos elencar nos aspectos das falas, as principais demandas já apontadas pelos entrevistados no âmbito da atuação profissional nos CAPS, vejamos,

Acho que principalmente o acolhimento dos usuários e da família, e mais outras, além de, é... evolução de prontuário, realização de oficinas terapêutica, participação nas ações inter-setoriais, realização de atividades sócio-culturais e comunitárias, elaboração de laudos e relatórios, evolução de APACS, participação de reuniões técnicas de equipe multiprofissional, triagem (A.S 03).

Exames de alta complexidade, o não conhecimento em relação ao que é o CAPSi. Dificuldade no acesso em vir para o CAPSi em decorrência da questão sócio-econômica. As dificuldades que os pais encontram por não saber lidar com os filhos que apresentam alguma síndrome e a aquisição do BPC (A.S 05).

[...] atendimento individual junto a família, para daí fazer os encaminhamentos necessários adequados diante das necessidades dos usuários que são solicitados pela equipe, orientação acerca dos direitos, visita nas escolas com o técnico de referências (A.S 06).

Aquisição de exames específicos, pois, sabemos das dificuldades, informações dos benefícios, aquisição do transporte, já que se trata na maioria de pessoas carentes (A.S 10).

Inúmeras, desde viabilizar benefícios eventuais, né, o acompanhamento sócio-jurídico, atendimento institucional no presídio, cartório, bem como a emissão de laudos, parecer e encaminhamentos diversos né (A.S 12).

Mais uma vez, evidencia-se em nossa pesquisa o aspecto do acolhimento e orientação familiar como demandado ao Serviço Social. A família tornou-se, pois, nos CAPS um fator de fundamental importância na construção das demandas postas ao Serviço Social, pois ela também sofre os reflexos diários dessa problemática e as dificuldades presentes na vida dos usuários.

Um dos objetivos dos CAPS é incentivar as famílias para participarem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. A família é muitas vezes o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando os usuários a se envolverem no tratamento, mas também participando diretamente das atividades do serviço, como os projetos de trabalhos e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados como parte integrante no desenvolver dos usuários. (BRASIL, 2004).

Nas falas destacadas, observa-se ainda que as demandas colocadas para os assistentes sociais estão sempre concentradas na aquisição de benefícios previdenciários, exames de alta complexibilidade e questões relacionadas às suas dificuldades sócio-econômicas.

Os assistentes sociais têm procurado viabilizar ações que possibilitem o acesso aos recursos sociais para os usuários e familiares, como a viabilização de documentos e encaminhamentos para aposentadorias e demais benefícios. Entretanto, compreendemos que a efetuação e viabilização de direitos encontra-se permeada por uma série de limites postos pelo atual cenário econômico, político e social, tendo em vista sua influência direta nos avanços e retrocessos dos direitos sociais, que esbarram nas políticas neoliberais que restringem e dificultam o acesso das pessoas aos direitos assegurados pela legislação.

As demandas postas aos assistentes sociais nos CAPS referem-se àquelas historicamente consolidadas na profissão, indicando sua utilidade social através do atendimento às demandas imediatas dos usuários pela viabilização de políticas sociais, relacionando-se à execução terminal de serviços sociais, demandas essas que não são específicas da Saúde Mental, mas sim caracterizadas como demandas gerais da profissão (BARBOSA, 2006).

4.3.4 Contribuição do Assistente Social na Saúde Mental

Como visto anteriormente, a inserção do Serviço Social no trabalho com a Saúde Mental iniciou-se na década de 1940, exercendo sua prática sob tutela do movimento higienista, atuando principalmente na realização de entrevistas terapêuticas, estudo de caso e orientação familiar.

No pós-64 vimos a prática profissional balizada pelos interesses governamentais, o Serviço Social começa a fazer parte de equipe multidisciplinares

para atuar nos espaços psiquiátricos, dando ênfase a orientação contencionista, burocrática e assistencial.

Somente com a luta antimanicomial e o movimento de Reforma Psiquiátrica em 1970, que prima pela reinserção social dos usuários dos serviços, tratando ações que favoreçam suas inserções nos mais diferentes espaços da vida social e comunitária, através de programas que possam proporcionar o resgate da cidadania, que passam a ser implementadas práticas diferenciadas no cuidado em Saúde Mental, havendo a inserção significativa dos assistentes sociais nos serviços substitutivos.

Perscrutamos, pois, sobre o significado e a contribuição do Serviço Social na Saúde Mental, a importância da prática profissional, levando em consideração o modelo de Reforma Psiquiátrica, obtendo as seguintes respostas:

O Serviço Social, a meu ver, desempenha um papel de fundamental importância na saúde mental, porque atua diretamente com questões sociais que muitas vezes são as responsáveis por desencadear os transtornos mentais ou comportamentais nos usuários, né, sua intervenção é essencial não só pra esse público, como também no auxílio com as demais áreas atuantes com a saúde mental, seja, na assistência ou na própria saúde orgânica mesmo (A.S 05).

Ele vem dá o suporte com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica a inclusão, a reinserção social dessas pessoas que tanto já sofreram, a questão do homem como cidadão de direitos, o acolhimento familiar e a luta pela melhoria da qualidade de vida dos usuários, lutar pela inclusão por uma sociedade mais justa mais organizada e mais participativa (A.S 06).

Importantíssimo, eu acredito que somos um dos poucos profissionais ligados a saúde mental que tenta entender os aspectos ligados a questão social que são causadores da doença mental, a questão dos aspectos sociais da loucura, que muitos profissionais que só visam a área clínica não compreendem esse aspecto (A.S 11).

Assim, há uma grande contribuição da gente em vários sentidos, porque é fato que após a Reforma Psiquiátrica e a Constituição de 88 o Serviço Social deu um salto qualitativo na questão de democratizar e viabilizar o acesso aos serviços não só na saúde mental mais em outras áreas também (A.S 12).

Os depoimentos analisados revelam que os assistentes sociais entrevistados dominam com clareza o que preconiza o processo de Reforma Psiquiátrica e tentam executar sua prática com vistas a proporcionar maior autonomia dos usuários enquanto cidadãos de direitos e deveres, acolhendo a instituição familiar, buscando

democratizar o acesso aos serviços, programas e projetos, não só no âmbito da Saúde Mental como também em outros espaços que possam proporcionar a reinserção social desses usuários na sua referência territorial e comunitária.

Nesse contexto necessita-se de uma prática que valorize a interlocução entre os mais diversos atores envolvidos nesse desafio, isto é, serviços públicos, usuários, familiares, comunidade e toda a rede de assistência envolvida.

4.3.5 Articulação do Serviço Social com a Rede de Atendimento

Por meio dessa categoria percebemos que o Serviço Social tem um papel primordial na articulação dos saberes e na garantia de que os mesmos sejam produtivos. Veremos que as falas arroladas enfatizam uma prática intersetorial, dando vazão a uma articulação com os serviços públicos, sob o propósito de complementar os interesses da demanda existente, ou seja, os usuários do serviço.

O trabalho realmente acontece de forma multiprofissional e interdisciplinar, e o Serviço Social está em destaque junto a Psicologia (A.S 04).

No meu caso particularmente, o diálogo entre a equipe interdisciplinar é muito satisfatório, pois existe o reconhecimento e a contribuição dos demais profissionais para efetivação do trabalho, já com a gestão do serviço esse diálogo não flui satisfatoriamente (A.S 05).

Não tem como trabalhar sozinho, fazemos parte de uma rede protetiva né, mas a gente sabe que existem lacunas a serem vencidas, não somente no contexto da saúde mental, mas também nas demais políticas públicas (A.S 09).

Olha, o cotidiano profissional aqui desse CAPS se articula com a intersetorialidade e com outros programas como NASF, CRAS, CREAS PSF, e esse trabalho com as redes e com outros profissionais né, e acho, essencial pra dar respostas as demandas que nos apresenta (A.S 12).

Percebemos que os assistentes sociais consultados concordam no que se refere a uma prática interdisciplinar e articulada com outros serviços, apesar dos entraves burocráticos enfrentados, impostos pela máquina estatal, para efetivação de práticas mais sólidas.

No que se refere a um trabalho interdisciplinar Carvalho (2008 p. 26) aponta conceitualmente o percurso metodológico da interdisciplinariedade expondo que:

“trata-se de um debate árduo em torno de uma conceituação, que se afirma diversos autores é ‘uma tarefa inacabada’ sobre um fenômeno que estar muito longe de ser claro e evidente”. O mesmo autor classifica que,

Interdisciplinariedade é a interação existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo de âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e passa a depender claramente uma das outras. Resulta no enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos (CARVALHO, 2008 apud ALVES, 2009 p. 101).

A adesão a proposta interdisciplinar na Saúde Mental se faz mister nesse momento, visto que se configura em uma estratégia de enfrentamento a um segmento complexo e desafiante, que relaciona-se com vários processos de ordem econômica, política, cultural, social, psicológica e o biológica. Dessa maneira a interdisciplinariedade representa a coligação entre as diversas disciplinas, concebendo uma conexão de trocas entre os especialistas envolvidos no processo.

Todas as disciplinas devem sair modificadas, incorporando novos elementos para a produção de uma disciplina transformada, não necessita somente tomar-se emprestado elementos de outras disciplinas, mas conferir, apreciar e adicionar subsídios que possam dar resultado em ações multidisciplinares.

4.3.6 Críticas ou Ressalva à Política de Saúde Mental

Com relação às críticas ou ressalvas à política de Saúde Mental no estado da Paraíba na concepção dos profissionais consultados, veremos as seguintes contribuições

Ah... as criticas são muitas, a demanda mínima de profissionais para uma demanda significativa de usuários, melhores salários, redução de carga horária [...] (A.S 01).

Assim, acho que a forma como foi estruturada essa nova política levou em consideração quase que exclusivamente a instituição né, como sendo um local central no tratamento com os portadores de transtorno mental, e se esquecendo de trabalhar a sociedade para receber sem estigma e discriminação essa população, que por muitos anos foi excluída e que requer um tratamento de respeito e

dignidade, convenhamos né, além disso, acho que em momento algum se pensou nos profissionais executores dessa política, porque além de não existir o incentivo pra qualificação dos recursos humanos, existe também a cobrança de manter a gente a prolongadas jornadas de trabalho semanais, desconsiderando o fato de lidarmos com uma demanda que requer uma atenção permanente e diferenciada, o que provoca um desgaste demasiadamente grande tanto físico como psicológico na gente (A.S 05).

Minhas críticas não estão direcionadas a política de saúde mental na teoria, mas na sua não execução. Não podemos negar que avançamos muito né, no que corresponde ao cuidado em saúde mental e a vivência da reforma psiquiátrica, mas ainda há muito que caminhar e construir. A Paraíba necessita de mais serviços substitutivos comprometidos com a efetivação das políticas de Saúde Mental e com a socialização de seus usuários. Outra questão que tenho que dizer, é a da construção de uma rede de saúde articulada e que trabalhe junto, rumo a implementação destas políticas (A.S 08).

As críticas são muitas viu, é..., falta de capacitação, falta de recursos humanos, de recursos materiais para trabalhar, e também, baixo nível dos salários, e altas jornadas de trabalho também, sem contar que como não somos concursados a pressão é muito maior, ficamos num regime de total incerteza, por causa dos contratos temporários e isso gera um desgaste físico e emocional que tem horas que você não sabe mais o que está fazendo, o stress chega mesmo (A.S 11).

Fica evidente nas falas que ocorre por parte dos assistentes sociais preocupações em relação ao desgaste no trabalho, à falta de recursos e de articulações, mas as críticas apontam principalmente às incertezas decorrentes do mundo do trabalho perpetuadas pela ideologia capitalista.

Vemos que, o desmantelo do Estado nacional, a própria conjuntura político-econômica presente desde o final dos anos 1980 e com maior intensidade na década de 1990, impulsionado pela abertura das políticas de cunho neoliberal, agravam o conjunto das ações de saúde mediadas pelo grande capital especulativo, vinculado a interesses privados.

Entretanto não podemos negar que na política de Saúde Mental ocorreram avanços, como ressaltam as próprias falas. Ainda se observarmos os dados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, veremos, pois que, reitera

71 - [...] a realização de concurso público como forma de contratação para todo e qualquer trabalhador de saúde mental e do SUS, assumindo, assim, o combate contra a precarização do trabalho em saúde e a garantia de equipe completa e qualificada em todos os

equipamentos de saúde mental. Também propõe a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção, garantindo descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção básica, em conjunto com a implementação da Estratégia Saúde da Família.

72 - Com vistas também à qualificação do trabalho, deve-se assegurar os processos seletivos, propostos na forma de concurso público, e que estejam de acordo com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS, da Política Nacional de Humanização e da Redução de Danos, estabelecendo critérios de avaliação que priorizem profissionais com formação em Saúde Mental, Saúde Coletiva e Políticas Públicas. Importa, garantir a permanência do profissional designado para determinado setor, valorizando o conhecimento adquirido e a formação de vínculos entre profissional e usuário, exceto em situação de comprovada necessidade de serviço, mediante pactuação entre os envolvidos. A melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da Saúde, nos três níveis de atenção, é, também, uma diretriz a destacar, envolvendo a garantia de ações voltadas à saúde dos trabalhadores de saúde mental, através da implementação de projetos e programas específicos de cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010 p. 31).

4.3.7 Principais Dificuldades Apresentadas no Cotidiano da Prática Profissional

Quando se fala em dificuldades em geral percebe-se que prevalecem certas posturas imediatistas, que em certa medida, dificultam uma articulação entre as múltiplas dimensões do saber e do fazer profissional, desta forma gera-se uma posição reducionista. As dificuldades mais comuns no cotidiano da prática apontadas pelos profissionais são principalmente em relação aos recursos públicos e institucionais. Vejamos,

As dificuldades são principalmente a falta de recursos materiais, isso prejudica o bom andamento do nosso trabalho, além da falta de autonomia da gente em alguns momentos, de efetivar práticas que permitam aos usuários buscarem melhores condições de vida (A.S 05).

Transporte, a demanda é muito grande, a gente tenta superar da melhor forma possível, às vezes o carro chega atrasado, o profissional do CAPS sede seu carro, agente coloca essas dificuldades no grupo e é discutida pelo grupo; em relação as crianças que atendemos agente faz supervisão com o Ministério Público e discutimos em conjunto (A.S 06).

A articulação com os demais serviços da rede de saúde mental, ou melhor, da rede de saúde e o desinteresse da família em cuidar dos

usuários, aqui a gente tem muito isso, o que dificulta consideravelmente nossa prática (A.S 08).

É muito difícil aqui a gente dialogar por direitos e lutar pelo acesso mais equânime na saúde para os usuários e ter a participação dos familiares junto ao tratamento, isso é bem complicado, trabalhar com a família, a gente faz nossa parte no serviço, mas no seu âmbito é desfeito (A.S 10).

Falta de recursos para trabalhar, limites em relação como eu já disse a autonomia profissional, a resistência da família também em ser parceira no tratamento e a resistência de alguns profissionais em trabalhar de forma interdisciplinar (A.S 11).

Como podemos perceber, os profissionais têm clareza de como suas ações se tornam limitadas, à medida que são impelidos pela máquina estatal, que os mantêm reféns sem possibilitar avanços significativos no desenrolar de sua prática, isso ocasionado pela dificuldade de articulação com a própria gestão.

Outra questão presente nas falas, se direciona ao não entendimento do trabalho interdisciplinar por parte de alguns profissionais, uma vez que a “prática interdisciplinar implica simultaneamente numa transformação profunda da pedagogia do conhecimento e num novo tipo de formação dos profissionais” (CARVALHO, 2008 p. 173).

Um entrave também perceptível nas falas refere-se ao não comprometimento familiar em relação ao tratamento, tendo em vista que no cenário atual da política de Saúde Mental trazido pelos CAPS, a família configura-se como elemento primordial para se consolidar a autonomia, iniciativa e efetivação dos direitos dos usuários dos serviços.

O trabalho com a família caracteriza-se como já expresso, demanda histórica posta ao Serviço Social. Ao assistente social, surgem diversas possibilidades em se trabalhar o espaço social de reconhecimento familiar, seja por meio de oficinas de politização, o protagonismo familiar frente às necessidades de superação de suas condições de vida, do reconhecimento dos seus direitos, ou ainda estimulando a participação social nos conselhos gestores e na luta frente ao movimento antimanicomial e na formação de projetos com caráter educativo que possibilite trabalhar as formas de reinserção social do portador de transtorno mental na vida familiar e comunitária, como forma de elucidar o estigma enunciado por esse segmento.

Ainda nessa incursão destacamos outras dificuldades no que se refere a

instituição, a forma de administração e estruturação institucional exaltada nas entrevistas.

Particularmente eu considero que a instituição demanda da gente uma conduta mais voltada pra execução de trabalhos terapêuticos do que propriamente atribuições efetivas nossas, como se fossem técnicos de saúde mental (A.S 05).

[...] acredito que a instituição, da forma como está posta, ainda é insuficiente para equacionar essa problemática que durante anos perdurou em nossa sociedade, mas é inegável que a política mental já alcançou avanços significativos na construção desse modelo diferenciado de saúde mental (A.S 07).

[...] também não vou tá aqui dizendo que tá tudo bem, a instituição em si não qualifica seus profissionais o que acaba em um modelo ambulatorial, ou terapêutico, ou em uma nova versão do hospital psiquiátrico, um faz de conta, as portas abertas, mas as carências, os preconceitos e o estigma só crescendo (A.S 10).

Os limites institucionais postos aos assistentes sociais no seu campo de atuação refletem consideravelmente à análise de Bisneto (2007) principalmente no que diz respeito ao objeto prático de sua função nesta área. O autor explica que:

Nas instituições psiquiátricas em geral o assistente social não é solicitado a definir o seu objeto de prática em seu objeto institucional, pois isso fica em segundo plano em relação aos objetos da psiquiatria, considerados mais importantes: a doença mental e a saúde mental, respectivamente, [...] uma contradição que surge na prática do assistente social em instituições psiquiátricas é decorrente da dissociação entre o objeto do Serviço Social e o desta organização institucional (BISNETO, 2007, p. 124).

Entendemos, pois, e conforme Barbosa (2006) afirma, que as novas práticas presentes na política de Saúde Mental vêm indicando ações terapêuticas ao conjunto dos profissionais no interior dos serviços substitutivos para que seja alcançada a inserção cidadã dos usuários. O Serviço Social desde sua inserção na Saúde Mental vem sendo subordinado aos ditames da psiquiatria dando vazão ao suporte familiar acerca do tratamento e das ações terapêuticas dentro da instituição. Estas conforme Bisneto,

As instituições psiquiátricas, em geral, não dão respostas á demanda

global dos pacientes, aos seus problemas na totalidade. No caso dos transtornos psíquicos, vários aspectos interferem no bom andamento do restabelecimento mental e não são tratados pela psiquiatria, aí outros profissionais são acionados. Quando certos aspectos do problema global situam-se na área social, o Serviço Social é chamado a atuar (BISNETO, 2007, p. 125).

Acreditamos que o Serviço Social na Saúde Mental deve estar em conjunto com outras áreas do conhecimento, articulando uma postura crítica juntamente com as questões globais presentes na dinâmica institucional. Os depoimentos aqui analisados mostraram que os assistentes sociais têm um amplo leque de possibilidades para o desenvolvimento de ações profissionais que ultrapassem uma mera prática burocrática de trabalho.

Reconhecemos as limitações muitas vezes presentes no cotidiano do desenvolvimento dos serviços, as quais se inserem num cenário político, econômico e social que precariza as condições de acesso e qualidade dos serviços ofertados. Mas essas limitações podem ser encaradas como desafios na busca de uma prática criativa, competente, crítica, ética e compromissada com a democracia e cidadania que vêm sendo contempladas no projeto ético-político do Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desse trabalho representou um momento de reflexão e busca de significação do agir enquanto etapa de operacionalização de conhecimentos, saberes e conteúdos com significados diferentes, os quais dependem do ponto de vista e posicionamento dos sujeitos envolvidos na dinâmica das relações societárias, no nosso caso é difícil separar os interesses dos usuários do nosso compromisso ético e prático enquanto assistentes sociais.

A partir das informações apresentadas aqui, as quais foram fruto de etapas integradas a um processo dialético que representam o conhecimento, compreendendo uma sucessão de passos que se dão de modo articulado e lógico, podemos afirmar que as formas de inserção dos assistentes sociais, por nós entrevistados, no contexto das políticas públicas via instituição possuem determinadas peculiaridades em razão das condições históricas que deram origem a profissão, de um processo de reflexão continua que traduziu-se num compromisso ético com uma sociedade mais justa e igualitária.

Lembramos que este trabalho contém algumas reflexões que nortearam tanto o estudo como a pesquisa em análise, no entanto gostaríamos de destacar a nossa preocupação em focar a política de saúde, que no nosso país tem passado por sucessivas modificações, sendo a política de Saúde Mental aquela que tem sofrido mudanças radicais, que vão desde a ressignificação do conceito de Saúde Mental até o processo de desospitalização.

O processo de Reforma Psiquiátrica vigente no país tem contribuído significativamente para a desconstrução do modelo de atendimento manicomial, bem como na reconstrução da cidadania e autonomia dos portadores de transtornos mentais. As propostas de ressocialização e reinserção social dão ao processo, um caráter mais humanizado e fundamental para o enfrentamento da discriminação e preconceito que marcam a história da loucura em nossa sociedade, possibilitando ao assistente social desafios, novas possibilidades e oportunidades para exercer suas ações interventivas nesta perspectiva.

O cenário atual da política de Saúde Mental coloca o assistente social num contexto que se aproxima das bandeiras de luta também definidas pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, expresso no *reconhecimento da liberdade como valor central, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania,*

*eliminação das formas de preconceitos*⁹, dentre outros. Esse novo contexto abre novos espaços de atuação dos assistentes sociais, tendo como base novas perspectivas de atendimento e repostas no lidar com os portadores de transtornos mentais, pondo novas demandas aos profissionais que atuam nos serviços substitutivos.

Assim o estudo acerca das demandas postas pela Saúde Mental aos assistentes sociais, nos remete a uma compreensão no que concerne a trajetória histórica, econômica, política, cultural e social, elementos estes intrínsecos à prática do assistente social, estando o profissional constantemente desafiado a construir novas abordagens que possam subsidiar e enriquecer sua prática.

Verifica-se ao longo desse estudo que algumas demandas postas ao Serviço Social nos CAPS o acompanham desde a sua origem enquanto profissão interventiva, pois elas são inerentes à atuação profissional independente da área em que os assistentes sociais atuem, uma vez que são históricas e fazem parte de sua natureza reguladora das relações sociais (trabalho com a família, caráter educativo da profissão, articulação com os demais serviços, acesso a recursos sociais etc.).

Nos achados da pesquisa, as competências profissionais na Saúde Mental adere a fatores de superação das desigualdades sociais através de uma abordagem crítica de cunho potencializador, dando vazão à cidadania e busca democrática dos direitos, onde o profissional irá utilizar-se de um arsenal de instrumentos técnico-operativos, constituídos ao longo de sua história nos espaços sócio-ocupacionais. Assim sendo, constata-se o valor da profissão enquanto uma forma de agir vinculado à perspectiva da interdisciplinaridade e complementaridade.

Os assistentes sociais nos CAPS representam um profissional articulador, tanto dentro como fora do serviço, socializando e mediando informações necessárias, que busquem um serviço mais humanizado para os usuários, ampliação, conhecimentos e busca de consolidação dos direitos sociais de modo a restabelecer os vínculos sociais do portador de transtorno mental com a sociedade.

No campo da Saúde Mental, fica claro que o profissional de Serviço Social contribui na medida em que é um promotor das ações intersetoriais, com a equipe e usuário, é também um viabilizador de direitos para os usuários; não é a toa que os assistentes sociais pesquisados, se sentem reconhecidos e respeitados como

⁹ Grifo nosso

profissional conhecedor da lei, da universalidade, do direito, pois o seu trabalho requer o conhecimento da legislação respectiva da política social em que atua, pois tem que socializar informações acerca dos direitos dos usuários.

Dentre as dificuldades apresentadas elencamos, a falta de recursos, dificuldades de articulação intersetorial, os limites postos pela instituição em se desenvolver um trabalho mais equânime, além da falta de apoio familiar no tratamento com os portadores de transtornos mentais. No entanto, devemos entender, que essas dificuldades esbarram e se amplificam com o crescimento das políticas guiadas pela ideologia neoliberal que perpassa a sociedade brasileira desde a década de 1990, desconstruindo direitos sociais que foram conseguidos historicamente, numa ação antidemocrática, pautando a saúde sob perspectiva privatista.

Contudo, vale destacar, que cabe ao assistente social desenvolver sua prática de acordo com os elementos enfatizados no projeto ético-político da profissão, em busca de dar respostas às demandas resultantes das desigualdades sociais decorrentes da evolução histórica da sociedade capitalista.

Segundo Iamamoto (1998, p. 65),

[...] é necessário que o profissional tenha a capacidade de pensar, analisar e decifrar realidade, elaborar propostas criativas que possam manter e efetivar os direitos, a partir das demandas emergentes do cotidiano.

Os assistentes sociais precisam reconhecer que possuem um espaço legítimo no campo da Saúde Mental, espaço este que cada vez mais exige do profissional capacidade técnica, teórica e metodológica, conhecimento acerca da construção da política de Saúde Mental e dos diferentes elementos que permeiam a base desses novos serviços, desenvolver um olhar mais amplo, que extrapole os aspectos biológicos, patológicos e psicológicos desses usuários, pois sua afinidade e conhecimento referentes às questões sócio-políticas, o capacitam para esta função e suas contribuições nesse sentido são inegáveis.

Consideramos que em nível acadêmico e das entidades de classe o debate acerca da Saúde Mental precisa ser ampliado e abordado com mais frequência e transparência, pois só desta forma iremos encontrar novas alternativas para o tratamento, bem como, romper com estigmas e com a escassez de recursos

destinados para o trabalho nessa área.

Portanto, chegamos ao final de nossas conclusões, entendendo que os limites, tensões e dificuldades postas à conjuntura da política de Saúde Mental, implementadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica ocasionam a não efetivação de forma igualitária de todos os seus pressupostos, no entanto, considera-se importante seguir nesta incursão, desenvolvendo e construindo prática democráticas diárias no cuidado em Saúde Mental, estando o assistente social no interior dos serviços, atribuindo aos diferentes níveis de assistência à defesa dos direitos e da cidadania destes usuários historicamente estigmatizados.

Almejando ainda, que este nosso estudo possa estimular a discussão acadêmica dessa temática, bem como servir de referencial a outras produções e ações que envolvam a Saúde Mental e o Serviço Social.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. S. **O Serviço Social na rede de saúde mental em Campina Grande/PB**: limites e possibilidades da prática profissional à luz da reforma psiquiátrica brasileira. Dissertação de Mestrado UFPB/CCHLA, João Pessoa, 2009.
- AMÂNCIO, I. N. **A prática do assistente social no CAPSi**: Possibilidades, limites e desafios. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, João Pessoa, 2008.
- AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, L. M. de. **Da prática médica à práxis médica**: possibilidades pela Estratégia Saúde da Família. Tese de Doutorado da UFPB, João Pessoa, 2007.
- BARBOSA, T. K. G. B. de M. **Saúde Mental e demandas para o Serviço Social**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Serviço Social – UFAL, Maceió, 2006.
- BATISTA, Wagner Braga. Educação a Distância e as Novas Clivagens Educacionais. In: **Revista PUC Viva**. Ano 6, nº24 – jul/set, 2001.
- BERLINCK, M.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, n.1, p. 21-27, março 2008. v. 11
- BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL/MEC. Secretaria de educação Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino Superior. **Comissão de Especialistas de Ensino em Serviço Social**, 1999.
- BRASIL. **Lei n 10216, de 06 de abril de 2001**.
- _____. **Conferências Nacionais de Saúde**. Brasil, 2002.
- _____. **PORTARIA MS nº 336-02** - Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasil, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

_____. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 15 mar. 2001.

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

_____. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. **Superando desafios**. Cadernos de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, n. 4, 1999.

_____. A política de saúde no Brasil: Trajetória Histórica. In: BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. ARAÚJO, P. S. X. (orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde** – Textos de Apoio – Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001.

_____. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. e MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social em sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMARGO, S. Um Olhar sobre Loucura de Foucault. **Revista Científico**. ano 3, Salvador. jun/jul de 2003. v.1

CARDOSO, Franci Gomes. As novas diretrizes curriculares para a formação

profissional do Assistente Social: principais polêmicas e desafios. In: **Tremportalis 2/** Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social., n 2, jul/dez 2000. v1.

CARVALHO, R. N. **As (im) possibilidades da prática interdisciplinar no programa saúde da família em Campina Grande – PB:** uma análise a partir da vivência dos profissionais do distrito IV. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. UFPB/CCHLA, João Pessoa, 2008.

CISNE, M. **Serviço social:** uma profissão de mulheres para mulheres? Uma análise crítica da categoria gênero na histórica feminização da profissão. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, UFPE/CCSA, Recife, 2004.

CIRILO, L. S. **Novos tempos:** saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares. Dissertação. Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: CFESS, 2009.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

COSTA, N. R. O banco mundial e a política social nos anos 90: agenda para reformas do setor de saúde no Brasil. In: **Política de saúde e inovação institucional.** Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

CHERUBINI, K. G. **Modelos históricos de Compreensão da Loucura:** da antiguidade clássica a Philippe Pinel. 1997. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777>>. Acesso em: 21 jul. 2008.

DELGADO, P. G. G (et al). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F; MELLO, A. A. F; KOHN, R (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). Organização da Assistência Psiquiátrica. In: **Textos de apoio em saúde mental.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** 4. ed. São Paulo: Perspectiva. 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectivas, 1987.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am Enfermagem.** Março/2001. pp. 48-55.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 21. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. [Dissertação de Mestrado] FOC/ENSP, 1997. Disponível em: <http://portaldeseresources.icsi.br/transf.php?script=thes_cover&id=000063&pt&nrm=iso#top>. Acesso em: 15 out. 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática – anos 80. Physis – **Revista de Saúde Coletiva**. v.1, n.1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – Relume – Dumará, 1991.

MARTINELLI, M. L. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. n.º 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MENDES, E. J. (org) et all. **Distrito sanitário**: o processo social de assistência das práticas sanitárias do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de Souza (org). **Pesquisa Social**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MIOTO, R. C. T. Perícia social: proposta de um percurso operativo. **Revista de Serviço Social e Sociedade**, n.º 67. São Paulo, 2001.

MOREIRA, L. **O período de 1974 à 1979**. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ufrnet.br/~moreira/TextosAcademicos?ReformSistSaude.doc>>. Acesso em: 01 out. 2009.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós – 64. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. **Previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Universitária, 2002.

OLIVEIRA, Erson Martins. Educação a distância: a velha e a nova Escola. **Revista PUC Viva**. Ano 6, nº24 – jul/set, 2005.

PATRIOTA, L. M. **Representações sociais da Aids construídas por assistentes sociais**. Dissertação de Mestrado da UEPB, João Pessoa, 2002.

PEREIRA, L. D. **Educação e serviço social: do confessionalismo ao empresariamento da formação profissional**. São Paulo: Xamã, 2008.

PEREIRA, J. A. C. **Serviço Social e saúde mental: discussão sobre a profissão frente a essa política pública à luz da reforma psiquiátrica brasileira**. III SEMINÁRIO POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA. Salvador- BA: UCSal, 2010. Disponível em: <http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/110.pdf>. Acesso em: 13 de abril de 2011.

PESSOTTI, I. **O Século dos manicômios**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

RANGEL, C. R. **Participação política nos discursos oposicionistas a Getúlio Vargas (Brasil) e Gabriel Terra (Uruguai): 1930/1942**. Tese [Doutorado] Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História. UFRGS. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11401>> Acesso em: 05 set. 2010.

REZENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 8.ed.. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SCOTH, J. W. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. 2. ed. Recife: SOS Corpo, 1995.

SIQUEIRA, M. Z. **A prática do serviço social e a integralidade na assistência a saúde**. Dissertação de Mestrado – UFPE. CCSA. Serviço Social, 2007.

SOUZA, M. L. **Serviço social e instituição: a questão da participação**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, S. M. F. Em Defesa da Seguridade Social. **Revista Saúde em Debate**. n, 26. Londrina, 1989.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Artes, 1987.

YIN, R. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

VASCONCELOS, E. M. Práticas interdisciplinares em saúde mental e estrutura das políticas sociais. In: ROSA, L. C. dos S. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ASSISTENTES SOCIAIS DOS CAPS DAS CIDADES DE PATOS E PIANCÓ-PB

Idade –

Tempo de Formação –

Universidade onde se graduou -

Tempo de Atuação na Saúde Mental –

Possui curso de especialização na área de saúde mental?

- 1) A instituição promove o treinamento dos profissionais que executam a política de saúde mental?
- 2) Que demandas os usuários colocam aos Assistentes Sociais?
- 3) Que demandas a instituição coloca aos Assistentes Sociais?
- 4) Qual papel do Assistente Social na instituição?
- 5) Avalie suas condições de trabalho.
- 6) Quais são as dificuldades mais comuns no cotidiano da prática?
- 7) A contribuição do Serviço Social tem se dado no redirecionamento desse modelo substitutivo?
- 8) Articula sua prática com outras instituições/ políticas públicas?
- 9) Você se sente reconhecido enquanto profissional dentro da instituição?
- 10) Como se dá o diálogo entre a equipe de trabalho e o Serviço Social?
- 11) Quais os instrumentos técnicos operativos mais utilizados na sua prática?
- 12) Como vê o papel do Serviço Social na saúde mental?
- 13) Como você entende a saúde mental?
- 14) Quais as contribuições dos Assistentes Sociais no tratamento da doença mental?
- 15) Quais as suas críticas ou ressalvas a política de saúde mental na Paraíba?
- 16) Você considera que a instituição reúne as condições adequadas para efetivação da política mental?

APÊNDICE 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu _____, cidadão (a) brasileiro (a) em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **“O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DAS DEMANDAS, COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES PROFISSIONAIS NOS CAPS À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA”**, sob responsabilidade da professora **Áurea Carneiro** e o meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pelo pesquisador que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de se analisar como vem sendo aplicadas às diretrizes curriculares no processo de ensino a distância do curso de Serviço Social.
2. Seu objetivo é analisar o processo de aplicação das diretrizes curriculares na modalidade de ensino a distância do Serviço Social, como requisito para uma formação crítica nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.
3. Os dados serão através de pesquisa bibliográfica e de entrevista semi-estruturada que será gravada se assim permitido for pelos sujeitos. Depois de coletados os dados serão submetidos à técnica de análise de conteúdo.
4. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo dos dados confidenciais. Em nenhum momento ou documento meu nome será citado e as informações fornecidas por mim apenas serão acessadas pela pesquisadora responsável e seu orientador (a).
6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 9114-4148.
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

 Participante

 Pesquisador (a)

APÊNDICE 03 - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor (a) e orientador (a) da pesquisa intitulada, **“O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DAS DEMANDAS, COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES PROFISSIONAIS NOS CAPS À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº196/96 e suas Complementares, outorgada pelo decreto nº 93.833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeitos (s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UFPB/CONSEPE/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UFPB(Conselho Central de Ética em Pesquisa/Universidade Federal da Paraíba), ou CONEP(Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), ou ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UFPB, qualquer eventual modificação proposta ao supracitado projeto.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Autor (a) da Pesquisa

Orientado (a)

ANEXOS