



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

**O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE –
PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

CARMEN SILVA ALVES

JOÃO PESSOA – PARAÍBA

2009

CARMEN SILVA ALVES

**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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, na linha de pesquisa Formação e Prática Profissional do Serviço Social.

Orientadora: Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

Co-orientador: Professor Dr. Roberto Vêras de Oliveira

JOÃO PESSOA – PARAÍBA

2009

A474s Alves, Carmen Silva.

O serviço social na rede de saúde mental em Campina Grande – PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira / Carmen Silva Alves. - João Pessoa, 2009.

143f. : il.

Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti

Co-orientador: Roberto Vêras de Oliveira

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA

1. Serviço Social – prática profissional. 2. Serviço Social – prática – saúde mental. 3. Assistência Social – Rede de Saúde Mental.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

CARMEN SILVA ALVES

**O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE –
PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Comissão Examinadora:

Orientadora: **Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti**
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Examinador: **Professor Dr. Roberto Véras de Oliveira**
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Examinadora: **Professora Dra. Maria Aparecida Ramos Meneses**
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Aprovada em ____/____/_____.

DEDICATÓRIA

Dedico esta faina com especial atenção à minha família, avó, mãe, pai “*in memoriam*”, meus queridos irmãos Siron, Sima, Tel e Dam, e minha adorável irmã Carmilia. Estendendo aos cunhados (das), sobrinhos (as), tios (as) e primos (as) pela concessão da liberdade de ir e vir, e pelo amor incondicional com o qual sempre me acolhem. Às outras famílias, que ao longo da caminhada construí e que amavelmente me incluíram na sua constituição.

A todos companheiros de trabalho da Rede de Saúde Mental, que acreditam e ainda “lutam por um ideal”, entre estes, remeto-me à equipe médica e de enfermagem da Emergência Psiquiátrica, em especial a Fabrícia Bulcão, Estela Coura, Isabel Guedes (Zabé) e Carla Soraya, a cada um, meus sinceros reconhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é puro afeto. Agradecer a todos que ajudaram a construí-la, coloca-me numa posição difícil, pois o grande problema do agradecimento seletivo não é decidir quem incluir, mas decidir quem não mencionar. Neste sentido, no âmbito acadêmico, remeto-me especialmente:

À Professora Dra. Patrícia Barreto, pela excelência acadêmica e por ter aceitado num momento crucial a orientação desta dissertação; foi sorte ela ter cruzado meu caminho num período tão difícil de atravessamento da vida. Ao Professor Dr. Roberto Vêras que conferiu valor e prestígio ao meu trabalho, depositando confiança e força para esta construção, e a Professora Dra. Aparecida Ramos Meneses, pelos conselhos, incentivo e confiança sempre presentes nos nossos encontros.

Aos meus amigos (de perto e de longe), que diretamente, dotados de bom humor, carinho e afeto, contribuíram sobremaneira no meu amadurecimento, emanando sugestões efetivo-afetivas e apoio persistente, fazendo-me desistir de desistir. Aqui, gostaria de expressar minha profunda gratidão a Rafael Nicolau Carvalho (minha alma gêmea) pela presença, pelo apoio, pelas alegrias e tristezas compartilhadas.

Ainda uma multidão perpassa as entrelinhas desta escrita. A todos diria que não se trata apenas de agradecer, como apregoa os ditames formais da academia; mas, de pincelar sentidos, movimentos, vibrações de intensidades vividas nos bons encontros, que tornou tudo isso possível. Para tanto, não poderia deixar de citar o par de casal que mais amo: Tamara e Rogério, Olímpia e Adriano. Seguidos por Roberta e Hélio, Aluska Martins, Patrício Vasconcelos, Ana Paula e Júlio Zinga, Gina, Jarson (e Johnson), Carlos Mosca, Ronaldo Nerys *“in memoriam”*, Célia Pereira, Mágda Amélia e Patrícia Rodrigues, está última é responsável por me fazer acreditar no percurso acadêmico e junto com ela a turma UFPB/MSS 2006.1, torcedores fiéis pela minha vitória.

A Thiago Sobreira, pelo resgate emocional.

Por fim, a esta luz que me segue e que me mostra sempre o caminho a ser percorrido, fundamentando e estabelecendo os desígnios da minha vida. Minha esperança é que, compensando o tempo e esforço despendidos, algumas das idéias apresentadas aqui sirvam para ajudar não só a mim, mas a todos os citados, a identificar maneiras adicionais de fazer valer à pena e de enriquecer nossas vidas e sentidos.

RESUMO

A presente dissertação traz uma reflexão sobre a prática do Serviço Social no campo da saúde mental, tomando por referência o novo cenário psiquiátrico brasileiro, o qual propõe o reordenamento institucional nesse setor. A pesquisa foi realizada na cidade de Campina Grande/PB, que ganhou destaque em função do intenso processo de desinstitucionalização ocorrido no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, o que resultou na ampliação dos serviços extra-hospitalares, designados CAPS. A experiência evidenciou o município, tornando-o referência nacional na área de saúde mental pela implantação da Reforma Psiquiátrica. O campo dessa pesquisa abrangeu 07 serviços substitutivos, nos quais foram entrevistados 27 profissionais de nível superior. A amostra foi subdividida em 02 grupos: o primeiro formado prioritariamente por 13 assistentes sociais inseridos na Rede de Saúde Mental, onde buscamos verificar quais as concepções, aceções e expectativas em relação ao seu papel executado no interior dessas equipes. O segundo grupo foi composto por 14 profissionais de diferentes áreas. Quanto ao critério de inclusão, elegemos os profissionais de nível superior, por considerar que em sua formação as diferentes categorias tenham conhecimento de práticas interdisciplinares que possam ser desenvolvidas no interior dos serviços de saúde mental. Como técnica de coleta de dados, optamos pela observação participante. Para captar as intervenções dos profissionais, circulamos nas unidades participando das reuniões das equipes interdisciplinares que ocorrem semanalmente nos serviços, onde são realizados estudos de caso. Na ocasião, foram aplicados questionários com roteiro semi-estruturado. Para registro das falas dos profissionais envolvidos, utilizamos o registro em diário de campo e em gravações áudios-digitais. Ainda foi realizada pesquisa documental com a finalidade de coletar dados em livros de registro de ocorrência (livros ata), usualmente utilizados no serviço como instrumentos de comunicação interna e institucional. Outros estudos de caráter científico relacionados à temática foram consultados com fins de levantamento e análise sobre o que já se produziu acerca do assunto em debate. Por fim, o estudo de cunho quali-quantitativo foi esquematizado sob os seguintes módulos: a) As percepções dos trabalhadores da RSM/CG/PB, sobre o contexto dos serviços de saúde mental, implantados no município sob os parâmetros que regem a nova política nacional de saúde mental; b) A percepção da equipe de Saúde Mental sobre a prática do assistente social, aqui procuramos identificar como este profissional é visto pelos demais membros das equipes interdisciplinares que compõem a RSM, bem como se desenvolvem as relações construídas entre si; e c) que buscou responder sobre a percepção dos assistentes sociais inseridos na RSM e o desenvolvimento de suas práticas, tendo por base o projeto ético-político que rege a profissão, considerando os propósitos ditados pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Quanto a guisa de conclusão, diremos que a análise evidenciou que os profissionais entrevistados consideram que o assistente social consegue desempenhar suas funções em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a utilização do instrumental teórico-metodológico, consistindo como mediador de um processo social de afirmação de direitos individuais e coletivos, sob a perspectiva interdisciplinar.

Palavras-Chave: Serviço Social, Prática Profissional, Saúde Mental.

ABSTRACT

This dissertation brings a reflection on the practice of social work in the field of mental health, by reference to the new Brazilian psychiatric scenario, which proposes the re-institutional planning. The search was performed in the city of Campina Grande/PB which gained prominence as a function of intense process of de-institutionalisation occurred in Campinense Institute of Neuropsychiatry and functional rehabilitation, which resulted in non-hospital services appointed caps. Experience highlighted the municipality making national reference in the area of mental health by deinstitutionalisation deployment. This search field covered 07 supplying temporary replacements where services were interviewed 27 top-level professionals. The sample was subdividing on 02 groups: the first formed by 13 social workers entered in mental health network, which seek to verify what the concepts, meanings and expectations in relation to its role performed within these teams. The second group was composed of 14 different professionals. As the criterion for inclusion elect top-level professionals as in training the different categories have interdisciplinary practice knowledge that can be developed within mental health services. As data collection technique, we chose by participant. To receive assistance from professionals, moved in participating units of interdisciplinary teams meetings that occur weekly in services, in which case studies are conducted. On that occasion were applied questionnaires with semi-structured route. To record the sound of the professionals involved use journaling and digital audio-recordings. Documentary research still was held to collect data on instance record books (ata), usually books used in service as internal communication instruments and institutional. Other scientific studies related to the thematic were consulted with the purpose of the survey and analysis of what has been produced on the subject under discussion. Finally, the study quantitative imprint has been schematized quali-under the following modules: (a) workers ' perceptions of RSM/CG/Pb, about the context of mental health services deployed in the municipality under the parameters that govern the new national mental health policy; b) awareness of mental health team on the practice of social worker, here we are trying to identify how this professional is seen by other members of interdisciplinary teams that comprise the RSM, as well as develops relationships built among themselves; and (c)), which sought to respond on the perception of social workers entered in RSM and developing their practices, based on political ethical project that governs the profession, whereas the purposes dictated by Brazilian deinstitutionalisation. To say by way of conclusion, that the analysis showed that professionals interviewed believe that the social worker can perform its functions in accordance with the assumptions of deinstitutionalisation in view of the use of methodological theoretical instrumental, consisting as mediator of a social process of individual rights and collective, interdisciplinary perspective.

Keywords: Social Service, Professional Practice, Mental Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa

A.S – Assistente Social

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPS i – Centros de Atenção Psicossocial Infantil

CEAS – Centro de Estudos e de Ação Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CF – Constituição Federal

CG – Campina Grande

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNP – Conselho Nacional de Petróleo

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

COI – Centro de Orientação Infantil

COJ – Centro de Orientação Juvenil

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centros de Referência Especializado da Assistência Social

DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público

DINSAN - Divisão Nacional de Saúde Mental

DIP – Departamento de Imprensa e Propaganda

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EC – Ementa Constitucional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FMI – Fundo Monetário Internacional

GM – Grupo Ministerial

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICANERF - Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisas Aplicadas

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PB – Paraíba

PIS – Programa de Integração Social

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

PTI – Projeto Terapêutico Individual
PTM – Portador de Transtorno Mental
PVC - Programa de Volta para Casa
REME – Movimento Nacional de Renovação Médica
RSM – Rede de Saúde Mental
RTs – Residências Terapêuticas
SAMU – Serviço Médico de Urgência
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Técnico de Referência
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição por formação profissional	88
Gráfico 02 – Distribuição por gênero	89
Gráfico 03 – Distribuição por coordenação segundo formação profissional	90
Gráfico 04 – Distribuição por faixa etária	90
Gráfico 05 – Distribuição por renda	91
Gráfico 06 – Distribuição por carga horária	92
Gráfico 07 – Distribuição por vínculo empregatício	93
Gráfico 08 – Distribuição por nível de especialização	94
Gráfico 09 – Distribuição das assistentes sociais por faixa etária	96
Gráfico 10 – Distribuição das assistentes sociais por ano de formação	97
Gráfico 11 – Distribuição das assistentes sociais por nível de pós-graduação em S.M.....	98
Gráfico 12 – Distribuição das assistentes sociais por carga horária e nível salarial	99
Gráfico 13 – Distribuição das assistentes sociais por opção de carga horária	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Abertura de Hospitais Psiquiátricos entre os anos de 1921 a 1954..... 57

Quadro 02 – Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF 81

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Tratando dos Procedimentos Metodológicos	13
CAPÍTULO I - O ENFRENTAMENTO DO ESTADO FACE À TRAJETÓRIA DA LOUCURA	23
1.1 A loucura no mundo	23
1.2 A grande internação proferida por Foucault.....	28
1.3 Um novo cenário para uma velha história: a terapeutização da loucura	33
1.4 Primeiras manifestações de movimentos reformistas	37
1.5 Movimentos Reformistas em Psiquiatria e o contexto Brasileiro	43
CAPÍTULO II - PROCESSOS DE REFORMAS E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO BRASIL	48
2.1 Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil	48
2.2 Processos de Reformas em Saúde e as incidências sobre o Serviço Social	58
2.3 O Serviço Social Brasileiro e as reformas em saúde	67
2.4 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: dicotomia reconstrutivista	71
CAPÍTULO III - O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE/PB	83
3.1 Apresentação gráfica dos resultados da pesquisa.....	83
3.2 Módulo Temático A - Percepções das equipes investigadas sobre o contexto dos serviços de saúde mental	101
3.3 Módulo Temático B - Percepção das equipes investigadas sobre a prática do assistente social	105
3.4 Módulo Temático C - Percepções dos Assistentes Sociais sobre o Exercício profissional da rede de saúde mental.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	
ANEXOS	

RESUMO

A presente dissertação traz uma reflexão sobre a prática do Serviço Social no campo da saúde mental, tomando por referência o novo cenário psiquiátrico brasileiro, o qual propõe o reordenamento institucional nesse setor. A pesquisa foi realizada na cidade de Campina Grande/PB, que ganhou destaque em função do intenso processo de desinstitucionalização ocorrido no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, o que resultou na ampliação dos serviços extra-hospitalares, designados CAPS. A experiência evidenciou o município, tornando-o referência nacional na área de saúde mental pela implantação da Reforma Psiquiátrica. O campo dessa pesquisa abrangeu 07 serviços substitutivos, nos quais foram entrevistados 27 profissionais de nível superior. A amostra foi subdividida em 02 grupos: o primeiro formado prioritariamente por 13 assistentes sociais inseridos na Rede de Saúde Mental, onde buscamos verificar quais as concepções, aceções e expectativas em relação ao seu papel executado no interior dessas equipes. O segundo grupo foi composto por 14 profissionais de diferentes áreas. Quanto ao critério de inclusão, elegemos os profissionais de nível superior, por considerar que em sua formação as diferentes categorias tenham conhecimento de práticas interdisciplinares que possam ser desenvolvidas no interior dos serviços de saúde mental. Como técnica de coleta de dados, optamos pela observação participante. Para captar as intervenções dos profissionais, circulamos nas unidades participando das reuniões das equipes interdisciplinares que ocorrem semanalmente nos serviços, onde são realizados estudos de caso. Na ocasião, foram aplicados questionários com roteiro semi-estruturado. Para registro das falas dos profissionais envolvidos, utilizamos o registro em diário de campo e em gravações áudios-digitais. Ainda foi realizada pesquisa documental com a finalidade de coletar dados em livros de registro de ocorrência (livros ata), usualmente utilizados no serviço como instrumentos de comunicação interna e institucional. Outros estudos de caráter científico relacionados à temática foram consultados com fins de levantamento e análise sobre o que já se produziu acerca do assunto em debate. Por fim, o estudo de cunho quali-quantitativo foi esquematizado sob os seguintes módulos: a) As percepções dos trabalhadores da RSM/CG/PB, sobre o contexto dos serviços de saúde mental, implantados no município sob os parâmetros que regem a nova política nacional de saúde mental; b) A percepção da equipe de Saúde Mental sobre a prática do assistente social, aqui procuramos identificar como este profissional é visto pelos demais membros das equipes interdisciplinares que compõem a RSM, bem como se desenvolvem as relações construídas entre si; e c) que buscou responder sobre a percepção dos assistentes sociais inseridos na RSM e o desenvolvimento de suas práticas, tendo por base o projeto ético-político que rege a profissão, considerando os propósitos ditados pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Quanto a guisa de conclusão, diremos que a análise evidenciou que os profissionais entrevistados consideram que o assistente social consegue desempenhar suas funções em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a utilização do instrumental teórico-metodológico, consistindo como mediador de um processo social de afirmação de direitos individuais e coletivos, sob a perspectiva interdisciplinar.

Palavras-Chave: Serviço Social, Prática Profissional, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Tratando dos Procedimentos Metodológicos

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, traçada pela Política Nacional de Saúde Mental por meio da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, prevê a extinção gradual e progressiva dos manicômios e contempla, em suas diretrizes, os preceitos de desinstitucionalização entendida, aqui, como um processo social que objetiva modificar a forma de organização das instituições psiquiátricas, bem como, visa promover a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários regionalizados, denominados: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, entre outros, criados com a finalidade de evitar as internações de longa permanência – prática histórica adotada pelas instituições manicomial tradicionais.

Essas premissas também contemplam o processo de desospitalização definido pelo o art. 4º da referida lei, que adverte: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2004, p. 18). Estabelecem, ainda, que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, nos serviços supracitados, considerados estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária, tendo como finalidade primordial promover à re-inserção social do usuário em seu meio.

Assim sendo, os serviços extra-hospitalares priorizam a não cronificação hospitalar e busca a eficácia terapêutica por meio da construção coletiva do Projeto Terapêutico Individual (PTI), envolvendo a participação da família e do próprio usuário, com vistas a oferecer e garantir melhor qualidade de vida a estes cidadãos. Procura também, desmistificar o caráter violento e perigoso, posto na sociedade como fator determinante, ao qual, tanto o usuário como seus familiares foram expostos.

Importante aqui, abrir parênteses para ressaltar o interesse de inquirir sobre o tema em questão. Este nasce de uma experiência pessoal, vivenciada primeira e sumariamente ante a convivência com um familiar portador de transtorno mental, sob diagnóstico indefinido e sem entradas em Hospitais Psiquiátricos. Até a oportunidade de me defrontar com a realidade dos

“loucos” desconhecia a barbárie do confinamento humano no interior dos manicômios. Infelizmente ou felizmente, meu familiar veio a falecer antes do meu tentame na Colônia Juliano Moreira, João Pessoa, Paraíba, onde foi desenvolvido o estágio supervisionado da cadeira Enfermagem em Neuropsiquiatria, disciplina obrigatória do curso Técnico em Enfermagem, o qual me aperfeiçoou para o exercício profissional na área de saúde.

Essa realidade observada me assustou sobremaneira e só foi rescindida quando da oportunidade de prestar exames para compor equipe multidisciplinar arregimentada pelo Processo Seletivo promovido pela Prefeitura Municipal de Campina Grande, onde se evidenciava os principais propósitos da Reforma Psiquiátrica. Agora, já ostentando o título de Assistente Social, pareceu-me muito empolgante abraçar a causa que tinha como proposta devolver à liberdade as pessoas confinadas nas grandes Colônias e Hospitais Psiquiátricos Brasileiros, apreciando em especial, o caso de Campina Grande, cidade na qual, foi realizada nossa pesquisa.

A escolha do objeto de estudo intitulado **“O Serviço Social na Rede de Saúde Mental em Campina Grande/PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira”**, elege-se no andamento da experiência vivenciada enquanto Assistente Social na Unidade de Referência em Saúde Mental¹ (URSM), durante o processo de implantação desse serviço e no decorrer da ampliação da Rede de Saúde Mental do referido município.

Nossa inquietação residia na falta de conhecimento dos membros das equipes sobre a função do assistente social e as imposições do poder coordenativo – que considerava esse setor, apenas, como “o pessoal de apoio” – ocasionando muitos momentos de tensão e de conflitos relacionados aos encaminhamentos referentes ao processo de re-socialização, já que, ao assistente social era designada a tarefa de desenvolver procedimentos de cunho assistencialista, terapêutico-ocupacional e normalizador, enquanto os demais da “equipe” determinavam e decidiam sobre a condução do processo sem a participação deste profissional. Tais determinações excluía o assistente social de compartilhar as estratégias adotadas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Essa realidade local instigou o aprofundamento do debate sobre o papel do Serviço Social; e é, diante esse quadro, que surge a necessidade de investigar os desdobramentos da prática desse profissional.

¹ Em 2008, obedecendo à determinação do Ministério da Saúde, a URSM, passa a funcionar nas dependências do Hospital Geral e Maternidade Dr. Edgley, localizado na mesma cidade, e tem sua razão social alterada para Emergência Psiquiátrica (EP).

Isso posto, passaremos a enfatizar as configurações do processo de Reforma Psiquiátrica iniciado em meados dos anos 2003, na cidade de Campina Grande, Paraíba, a partir da intervenção ocorrida no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF (antigo Hospital João Ribeiro), dois anos mais tarde². A partir desse fato, traçaremos a trajetória de implementação e ampliação da Rede de Saúde Mental (RSM) instaurada no município, bem como discorreremos sobre o papel e a atuação do profissional de Serviço Social inserido nas equipes de saúde mental.

Consideramos, pois, que nesse contexto, a participação do assistente social na equipe é de suma importância, pois contribui para a inclusão do usuário no seu território sócio-comunitário, reafirmando os laços e o apoio familiar. Ademais, reforça a negação às formas de exclusão, buscando propiciar a democratização do acesso aos serviços, programas e projetos, não só na área de saúde mental, mas também em outros espaços que pactuem com a metodologia de inclusão e autonomia.

Nosso intento passa a ser a análise do papel profissional do assistente social no âmbito da saúde mental a partir do seu cotidiano, perante as demais categorias profissionais inseridas no processo de reformulação da assistência psiquiátrica em substituição ao modelo hospitalocêntrico³.

Para tanto, e objetivando apreender a temática em questão, recorreremos ao método crítico-dialético, utilizando como referencial teórico o materialismo histórico apoiando-se no conceito concebido por Karl Marx e Friedrich Engels (1818-1883), os quais defendem que a evolução histórica da sociedade se dá pelos confrontos das classes sociais existentes, pressupondo daí, a relação estabelecida entre a burguesia e o proletariado. Desse modo, compreendemos que as mudanças ocorridas na sociedade são essencialmente contraditórias e estão em permanente transformação, além de estarem intrinsecamente relacionadas com a dinâmica da realidade e com as relações dialéticas estabelecidas entre o sujeito e o objeto, entre o conhecimento e a ação, entre a teoria e a prática, manifestando assim interesses

²O descredenciamento do ICANERF foi publicado em Diário Oficial em julho de 2003, depois de considerados os indicativos do relatório da vistoria do PNASH/Psiquiatria/2002.

³Modelo tradicional de internação psiquiátrica, considerado pelo movimento de reforma antimanicomial pouco eficaz e favorecedor do isolamento e da segregação do usuário. Os leitos hospitalares convencionais consolidavam longas internações, tornando-se anacrônicos, desumanos e ineficientes, além de concentrar grande parte dos recursos financeiros do SUS para Psiquiatria.

transformadores de construção e desconstrução do pensamento, designando assim, a sua evolução.

Dessa forma e partindo do conceito impresso por Minayo (1994), entendemos que a metodologia inclui nas concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, como também o potencial criativo do pesquisador. Por esse motivo, adotamos como instrumental a pesquisa de campo, visto que se trata de uma pesquisa social com base empírica, concebida ante a situação na qual tanto o pesquisador quanto os participantes estiveram intrinsecamente envolvidos. A esse respeito, a referida autora atesta que:

[...] é preciso ressaltar que nas Ciências Sociais existe uma identidade entre sujeito e objeto. A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum de identidade (MINAYO, 1994, p. 14).

Torna-se pertinente afirmar que enfatizamos a abordagem qualitativa, sendo esta própria dos processos de investigação social, não desconsiderando, obviamente, o suporte de dados quantitativos a fim de suplementar os demais elementos investigados. Vale salientar que entendemos a saúde mental como uma política pública essencial, onde se movem práticas sociais diversas com interfaces voltadas para o processo saúde-doença e suas condicionalidades. Assim, o campo da pesquisa envolveu um amplo contexto social, permeado por relações dinâmicas em permanente transformação, enredadas pelas contradições próprias da realidade estudada, a qual abarca os aspectos históricos da sociedade capitalista, como também, o processo de constituição da profissão de Serviço Social e suas interfaces com o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Guiados por estas premissas, passamos a analisar a prática do assistente social no âmbito da saúde mental em Campina Grande/PB, observando de que maneira este profissional contribui para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, tomando por base os parâmetros ético-políticos que regem a profissão, ao mesmo tempo em que procuramos identificar as práticas, métodos e concepções expressas nesta atuação, tendo em vista perceber como o trabalho deste profissional é assimilado pelos demais membros da equipe e pelo próprio Assistente Social.

Assim, tecemos um leque de discussão em busca da apreensão de como se desenvolve a relação entre a prática dos assistentes sociais e os propósitos da Reforma Psiquiátrica e quais as convergências e tensões daí resultantes, assim como as relações produzidas nesse ambiente entre assistentes sociais e membros da equipe e, por fim, assistentes sociais e o Estado.

Para tanto, partimos da hipótese de que o assistente social, munido do instrumental teórico-metodológico, construído ao longo da história de constituição da profissão, desempenha seu papel em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, atuando como membro de uma equipe interdisciplinar, sendo mediador de um processo social de afirmação de direitos individuais e coletivos.

Sabe-se, entretanto, que o faz sob importantes limitações e tensões, seja em razão das condições políticas institucionais do país e de contradições próprias nas práticas dos assistentes sociais, seja em decorrência de desencontros na sua relação com os demais profissionais atuantes nesse campo de experiência. Em busca de uma legitimação ante a atuação do assistente social, procuramos minuciosamente decifrar se tais limitações e tensões podem vir a comprometer a viabilidade da Reforma Psiquiátrica.

Temos, pois, que as particularidades desta pesquisa apontam para a apreciação, avaliação e conhecimento das diferentes categorias inseridas nesse processo, visto que, além de inquirir sobre em que medida os profissionais de Serviço Social tem atuado de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica – no sentido adjunto de complementaridade; procura ainda, esmiuçar se o contexto da Reforma Psiquiátrica é propício para a atuação do Assistente Social, apontando para tanto, as compatibilidades associadas ao Código de Ética da profissão; e, por fim, demonstra a importância da atuação deste profissional junto aos usuários e famílias ao perquirir sobre em que medida os outros profissionais tem compreendido e valorizam o papel do assistente social ante as funções aqui representadas.

Realçamos a adoção da cidade de Campina Grande como sede de nossa pesquisa, visto que, o município ganhou destaque em função do intenso processo de desinstitucionalização ocorrido no INCANEF, o que resultou na ampliação dos serviços extra-hospitalares, designados CAPS, não só em Campina Grande, mas também na região do cariri e sertão paraibano. A experiência evidenciou o município tornando-o referência nacional na área de saúde mental pela implantação da Reforma Psiquiátrica.

Além disso, o município apresenta-se como um importante pólo de assistência à saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo o Sistema Municipal de Saúde composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas, distribuídas nos seis Distritos Sanitários que comportam a rede de saúde local. Localizado no Agreste da Borborema, a 120 km de João Pessoa é considerado um dos principais pólos industriais e tecnológicos da região nordeste. A população urbana de Campina Grande, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é de 371.060 (IBGE, censo 2007). Detentor dessas peculiaridades e, em função da sua importância regional, justifica-se como campo dessa pesquisa, a qual foi

realizada com 26 profissionais de nível superior atuantes nos serviços substitutivos implantados no município, após o descredenciamento do INCANERF.

Devemos esclarecer que no município ainda se encontra instalada a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia. No entanto, não fará parte desta pesquisa, devido à prioridade que desejamos destacar em relação aos dispositivos instalados, aos quais são intitulados como a Rede Municipal de Saúde Mental (RSM). Vejamos, portanto, o arrolamento abaixo:

- 01 (uma) Emergência Psiquiátrica – EP – destinada para o atendimento de usuários em estado de surtos psiquiátricos ou em crises abstênicas, ocasionadas em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas. Atende adultos de ambos os sexos, e em situações extraordinárias, presta assistência também às crianças e adolescentes. Presta suporte a Rede Municipal de Saúde Mental e aos 71 municípios que compõem o 3º Núcleo Regional de Saúde. Atendimento nas 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II – destinado ao atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes, prestando assistência semi-intensiva. Funciona das 08 as 18 horas, de segunda a sexta-feira.

- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III – destinado ao atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Diferencia-se do CAPS II, pelo fato de comportar leitos, destinados a usuários com necessidades terapêuticas de observação intensiva.

- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i “Viva Gente” destinado ao acompanhamento terapêutico diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.

- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i ou Centro Campinense de Intervenção Precoce, conhecido como “CAPSinho”. A proposta desse serviço é atender crianças que apresentam transtornos de desenvolvimento nos aspectos neuro-pisco-motor. Vale ressaltar que este CAPS tem a mesma finalidade do serviço citado anteriormente; porém, em especial atenção, privilegia crianças lesionadas durante a gestação ou durante o parto, malformadas ou sindrômicas, o intuito é prevenir distúrbios psíquicos graves no decorrer do desenvolvimento. Funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.

- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (Álcool e outras drogas) – CAPS ad, destinado ao atendimento da população com transtornos decorrentes do uso e da dependência

de substância psicoativas. Esse tipo de serviço pode ter leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação, porém essa alternativa ainda não foi implantada em Campina Grande. Funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.

- 06 (seis) Serviços de Residências Terapêuticas – SRT – Estes serviços foram abertos durante e após o processo de intervenção ocorrido no ICANERF e abrigam os usuários remanescentes deste hospital. Mantêm-se sob a coordenação de uma psicóloga e tem como técnica de referência um profissional de Serviço Social, que também fez parte da referida pesquisa.

É importante destacar que as dificuldades encontradas para o desenvolvimento da pesquisa habitaram no fato de que alguns profissionais não entendiam o objetivo da investigação. Por vezes, associando-a a análise de sua própria prática, inquirindo sobre a necessidade de comunicar aos seus respectivos Conselhos de Classe, ou ainda, questionavam sobre a validade da pesquisa e a concessão da gestão municipal para a realização do intento. De ordem material, o fator de maior dificuldade, residiu nas estruturas dos serviços que não permitiam espaço reservado para a realização da entrevista, sendo necessário estender o escopo para espaços externos a RSM, considerando nessas ocasiões a melhor disponibilidade do profissional entrevistado. Assim dizendo, foram realizadas entrevistas no Shopping, no pátio da EP, na varanda de um CAPS (sob o som externo da vida urbana), nas salas de aula do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e nas próprias residências dos profissionais. De todo feito, aproveitamos também momentos de tranquilidade, sendo algumas entrevistas realizadas nas salas destinadas aos acolhimentos de usuários no interior dos próprios serviços.

Não tenho, ao certo, o porquê das dificuldades encontradas para entrevistar os próprios assistentes sociais, o fator predominante residiu na escusa relacionada à falta de tempo deste profissional em conceder a entrevista. Ademais, as outras categorias alistadas dispuseram maior viabilidade quando convidadas a participarem do intento.

Voltemos, pois, para o campo de estudo em questão. A respeito das equipes multiprofissionais, contemos que em Campina Grande o quadro de funcionários dos Centros de Atenção Psicossocial é composto por uma diversificada gama de profissionais que obedecem à formação das equipes de acordo com as modalidades dos CAPS em funcionamento. A categoria com formação de nível superior é composta por médicos psiquiatras e médicos clínicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, psicólogos, educadores físicos, farmacêutico e fonoaudiólogos. Na categoria de nível médio inclui-se: técnicos e auxiliares de enfermagem e técnicos administrativos, além de

outros profissionais que desenvolvem atividades complementares como artesãos, telefonistas, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais e porteiros.

Deste universo, optou-se por realizar a investigação nos sete serviços supracitados, subdividindo a amostra em 02 grupos: o primeiro, formado prioritariamente por 13 assistentes sociais inseridos na Rede de Saúde Mental, dos quais buscamos verificar quais as concepções, aceções e expectativas em relação ao seu papel executado no interior dessas equipes, obedecendo obviamente, aos determinantes impressos nos objetivos deste trabalho; O segundo grupo, foi composto por 14 profissionais de diferentes áreas.

Vale destacar que optamos como critério de inclusão os profissionais de nível superior, pois levamos em consideração que em sua formação as diferentes categorias tenham conhecimento de práticas interdisciplinares e que estas possam ser desenvolvidas no interior dos serviços de saúde mental. Extraímos uma amostra por disponibilidade, sendo entrevistados 03 enfermeiros, 02 pedagogos, 02 psicólogos, 02 médicas clínicas, 01 médica psiquiatra, 01 educador físico, 01 terapeuta ocupacional, 01 fisioterapeuta e 01 farmacêutica. Tais profissionais dialogam diretamente com o setor de serviço social, seja na construção de alternativas demandadas aos usuários, seja ainda em recorrência ao esclarecimento da demanda social, seja nas articulações e pactuações mediadas pelo assistente social em outros espaços institucionais, seja pelas relações tecidas no interior da equipe. Ao todo foram entrevistados 27 profissionais.

Como técnica de coleta de dados, optamos pela observação participante, a qual, segundo Cruz Neto (1994) é marcada pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno a ser observado. Tal procedimento nos permitiu a confrontação entre o discurso e a prática impressa no cotidiano onde se movem as relações sociais.

Para captar as intervenções dos profissionais, passamos a circular nas unidades participando das reuniões das equipes interdisciplinares que ocorrem semanalmente nos serviços, onde são realizados estudos de caso. A intenção foi apreender os conhecimentos embutidos nas práticas desenvolvidas nesses espaços, de forma a perceber a troca de saberes existentes no campo observado.

Na ocasião, foram aplicados questionários com roteiro semi-estruturado (Ver. anexo 02), sendo um instrumento indicado por MINAYO (1994), por meio do qual o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos sujeitos. Para registro das falas dos profissionais envolvidos utilizou-se, sob prévia autorização dos mesmos, o registro em diário de campo e em gravações áudios-digitais.

Também foi realizada pesquisa documental com a finalidade de coletar dados em livros de registro de ocorrência (livros ata), usualmente utilizados no serviço como instrumentos de comunicação interna e institucional. Outros estudos de caráter científico relacionados à temática foram consultados com fins de levantamento e análise sobre o que já se produziu acerca do assunto em debate.

Após a coleta dos dados empíricos que ocorreu no período de abril a maio de 2009, passou-se ao tratamento dos mesmos. Para tanto, optou-se por alocá-los em três módulos temáticos que consubstanciaram a riqueza dos achados da pesquisa. A saber: MÓDULO A – trata das percepções dos trabalhadores da RSM de Campina Grande/PB, sobre o contexto dos serviços de saúde mental, implantados no município sob os parâmetros que regem a nova política nacional de saúde mental; O MÓDULO B – trata da percepção da equipe de Saúde Mental sobre a prática do assistente social, aqui procura-se identificar como este profissional é visto pelos demais membros das equipes interdisciplinares que compõem a RSM, bem como se desenvolve as relações construídas entre si; O MÓDULO C – busca responder sobre a percepção dos assistentes sociais inseridos na RSM e o desenvolvimento de suas práticas, tendo por base o projeto ético-político que rege a profissão, considerando os propósitos ditados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os dados coletados foram agrupados e classificados como dito anteriormente quanto a seu teor de relevância, em seguida foram submetidos à análise teórica a partir da fundamentação teórico/crítica sobre a realidade estudada.

A pesquisa realizada na Rede de Saúde Mental de Campina Grande/PB obedeceu aos aspectos éticos previstos na Resolução 196/96 do CNS/MS, incluindo no termo de consentimento livre esclarecido as informações necessárias sobre o conteúdo da mesma, bem como do caráter voluntário da participação individual. Portanto, buscou-se preservar a dignidade, o respeito e a autonomia dos sujeitos envolvidos, os quais, também foram informados da relevância social da referida, tendo em vista potencializar benefícios para a área do serviço social e para o público em geral, que utilizem ou não, das ações previstas pela Política Nacional de Saúde Mental.

Salientamos ainda que, esta dissertação compreende três capítulos. No primeiro, concentra-se uma breve reflexão sobre a história da loucura, sendo o tema explanado desde tempos antigos onde a loucura era considerada como uma graça divina, perpassando pelo status de doença até culminar com sua implantação social. Em especial, levamos em conta o contexto brasileiro e o enfrentamento do Estado face à trajetória da loucura. No segundo, abordaremos sobre o processo de reformas de saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social

nesta área, estendendo a sua inclusão na área da saúde mental. No último capítulo, exporemos os achados da pesquisa, seguidos pelas considerações finais, aportes bibliográficos e anexos dos métodos investigativos, os quais objetivaram principalmente, expor as condições de desenvolvimento da recém lançada Reforma Psiquiátrica, tema ainda complexo no interior das equipes multidisciplinares.

CAPÍTULO I - O ENFRENTAMENTO DO ESTADO FACE À TRAJETÓRIA DA LOUCURA

O alienista, contudo, imbuído de seu rigor científico percebe que os germes do desequilíbrio prosperam porque já estavam latentes em todos.

O Alienista, Machado de Assis.

1.1 A loucura no mundo

A loucura sempre despertou a curiosidade e o interesse das pessoas. Ao longo da história da humanidade irá receber várias definições, em busca da compreensão e da elucidação de suas causas. Freitas aponta que “as referências a loucos são encontradas desde o Velho Testamento aos estudos etnográficos das sociedades chamadas primitivas” (FREITAS, 1987, p. 481).

É Pessotti (1994), na obra **A loucura e as épocas**, quem descreve esse percurso, classificando-o desde a Grécia antiga. O autor conta que no período pré-socrático, quando uma pessoa apresentava alterações de comportamento em público era considerada como o espectro de uma manifestação divina. Acreditavam que essas diferenças comportamentais ocorriam por uma intervenção direta e intransigente dos deuses e apareciam como uma espécie de aviso advindo dos seres mitológicos, que se manifestavam quando se sentiam ofendidos ou para lhes ser satisfeito algum capricho.

A perda da razão, a insensatez e o descontrole sobre si e sobre suas emoções isentavam o “louco” de assumir responsabilidades mediante atos de sua autoria, como também lhe era conferido um *status* de seriedade. Historicizando as narrativas sobre episódios de manifestações da loucura, Afonso *et al* (1997) apontam:

O ataque epilético, intitulado a doença sagrada, significava maus presságios quando ocorria durante os comícios. Se uma pessoa sofresse um ataque epilético durante a explanação de um dos oradores, tal evento era interpretado como sendo uma intervenção divina, como um sinal de que não

Cherubini (2007) diz que os casos de loucura e de anormalidades psíquicas foram constatados em obras clássicas como Homero⁴, nas quais alguns dos personagens apresentavam momentos transitórios ou não de insensatez. As obras desse poeta foram tomadas como os primeiros relatos dos mitos que elencam os modelos teóricos descritivos da loucura. Como podemos perceber, a etiologia da loucura na idade antiga era fatidicamente relacionada aos seres mitológicos.

Em contraposição, encontraremos, em textos referenciados a Eurípedes⁵, personagens desvinculados do mito, tragicamente humanizados. Esse poeta buscou retratar o homem da época como ele realmente era, despreendendo-o de seus heróis mitológicos, deu preferência aos temas relacionados ao amor e às paixões. Os assuntos abordados foram considerados como patéticos e de idéias abstratas por se desviarem dos padrões tradicionais da época (PESSOTTI, 1994, p. 38).

Será por meio das peças teatrais de Eurípedes que a loucura ganhará uma nova roupagem, sendo considerada como as primeiras manifestações de psicologização da mesma. A partir daí, tanto a sua etiologia quanto os quadros clínicos são atribuídos às conseqüências das emoções na vida dos homens. O modelo mítico-teológico da antiguidade é substituído por uma visão racionalista das contradições, limitações e fraquezas humanas.

Aqui, o distanciamento da mitologia será fundamentado por Hipócrates⁶, o qual considerava que a loucura é o resultado do desequilíbrio orgânico e sua gênese estaria ligada às disfunções humorais. Hipócrates defende que a perda da razão ou do controle emocional é um efeito do desarranjo na natureza orgânica do homem, sendo suas causas conseqüentes das disfunções humorais. Pessotti dissecou o texto hipocrático extraindo a seguinte explicação: “A fleugma bloqueia a passagem de ar ao cérebro, causando a desnutrição e o esfriamento deste. Temporariamente desalimentado, o cérebro movimenta-se, afetando os sentidos e as percepções sensoriais” (PESSOTTI, 1994, p. 54).

⁴ Foi o primeiro grande poeta grego cuja obra chegou até nós. Teria vivido no século VIII a.C., período coincidente com o ressurgimento da escrita na Grécia. Consagrou o gênero épico com as obras *Iliada* e *Odisséia*.

⁵ Poeta e teatrólogo trágico grego, nascido em 485 a.C., autor da conhecida peça *Medéia*.

⁶ Considerado o “pai da medicina”, nascido em 460 a.C. Desenvolveu a **Teoria dos Quatro Humores Corporais**, quais sejam: sangue, fleugma ou pituíta, bÍlis amarela e bÍlis negra, onde, as quantidades dessas substâncias presentes no corpo levariam a estados de equilíbrio (eucrasia) ou de desequilíbrio e dor (discrasia).

A teoria de Hipócrates marcará o afastamento definitivo das concepções mitológicas que influenciavam a etiologia da loucura. Suas idéias, reveladoras de uma visão organicista do distúrbio irão influenciar sobremaneira as práticas médicas dos séculos XVIII e XIX (PESSOTTI, 1994, p. 58).

Ceccarelli (2005, p. 473) aponta que para Platão⁷ o homem era dividido em corpo e alma, o que caracterizava uma visão completamente nova da mente ou da *psyche*. O corpo era a matéria e a alma era o imaterial e o divino que o homem possuía. Enquanto o corpo está em constante mudança de aparência, a alma não muda nunca.

Para Platão a alma é dividida em três partes: **a racional**, comandada pela cabeça, que tem por objetivo controlar as outras duas partes, sua virtude é a sabedoria ou prudência (*phrónesis*); **a afetivo-espiritual**, responsável pelo tórax, o qual comanda a parte da impetuosidade e dos sentimentos. Sua virtude é a coragem (*andreía*); e a **apetitiva**, responsável pelo baixo ventre, o qual comanda o apetite, a libido e o desejo sexual, sua virtude é a moderação ou temperança (*sophrosýne*). Platão considerava que qualquer desvio das funções cabíveis a cada parte desencandaria um dessaranjo mental e por consequência, a loucura seria instalada.

Já Aristóteles, segundo Pessotti (1994), considera que a alma é dividida em duas partes, a racional e a irracional e que ambas residiam no coração e não no cérebro. As almas dependeriam das variações do frio e do calor para melhor funcionarem. As mudanças nas condições climáticas explicaria todas as formas de loucura.

Cirilo (2006) afirma que, até então, todos os autores do período pós-hipocrático, com exceção de Aristóteles, consideravam as alterações humorais como causadoras da desorganização mental, mesmo que “as alterações nesses fluídos do organismo ou em sua distribuição possam resultar de episódios traumáticos da vida emotiva ou de carências sexuais (CIRILO, 2006, p. 12).

Mas, será no segundo século da era Cristã, que o célebre médico cirurgião Claudio Galeno⁸ aprimorará a teoria platônica das três almas. Já no livro **Os nomes da loucura**, Pessotti (1999), explica que Galeno compôs uma doutrina médica da loucura baseada em seus

⁷ Filósofo grego, nascido em Atenas, em 428 a.C. Foi discípulo de Sócrates e fundador da Academia (local de grande debates filosóficos), também foi mestre de Aristóteles. Desenvolveu a **Teoria das Ideias** ou **Teoria das Formas** a qual constitui uma maneira de garantir a possibilidade do conhecimento e fornecer uma inteligibilidade relativa aos fenômenos.

⁸ Médico cirurgião grego considerado um dos mais importantes da Antiguidade. Foi o criador da **Fisiologia experimental**, realizou várias descobertas usando animais como cobaias.

experimentos. Aproxima-se de Platão, por considerar a existência das três almas – porém utiliza-se de sua própria classificação – e de Hipócrates por conservar o conceito do desarranjo humoral, adicionando que dependendo da intensidade que estes ocorriam podiam lesar algumas das faculdades predisponentes das três almas, ocasionando assim a sua abolição, perversão ou degradação, resultando daí o delírio, o qual poderia ter variadas formas. A contribuição de Galeno resumiu-se a descobertas das doenças do sistema nervoso, localizando-as a partir do cérebro e distinguindo-as entre a loucura de ordem humoral e os delírios de ordem afeciosa. Vejamos alguns exemplos elencados por Pessotti,

[...] no caso da imaginação, uma abolição resultaria nos quadros (ou espécies) de catalepsia ou *carus*; um enfraquecimento teria como espécies resultantes a letargia ou o coma; e, caso a imaginação fosse pervertida, o resultado seriam os delírios (*paraphosynai*) de vários tipos, ainda, [...] uma abolição simultânea da racionalidade ou da imaginação produzirá amnésia, imbecilidade e estupidez; uma perversão concomitante das duas faculdades produzirá delírios maníacos e melancólios (PESSOTTI, 1999, p. 25).

Até a Idade Média, observa-se nos estudos descritivos relacionados à loucura que a mesma era percebida e até estudada, vista no cotidiano, como inerente ao ser humano, explicada como graça divina associada a poderes mágicos e/ou simbólicos, não significando necessariamente aspecto de exclusão social da pessoa acometida por esse mal.

Entre os séculos XV e XVI, a concepção da loucura estará intimamente associada à possessão demoníaca. Isso ocorre devido à difusão do cristianismo. Pessotti (1994) explica que, segundo a concepção cristã, os demônios eram considerados fontes de poderes especiais, difusores de prazeres proibidos e de comportamentos bizarros. As práticas de bruxaria e as atitudes de cunhos supersticiosos estariam associados à doutrina demonista. Vejamos as considerações de Cherubini,

Desta feita, os comportamentos bizarros não são mais desígnios de deuses, mas, sim, do demônio. Com uma característica singular: não se fala mais da loucura em si. Passa a estar atrelada ao demonismo. Quem faz ou diz coisas estranhas, está possuído pelo demônio. É-se louco, porque endemoniado: a loucura é a prova da possessão diabólica direta ou por artes de bruxaria (CHERUBINI, 1997, p. 07).

Essa perspectiva ganha espaço durante a Idade Média à medida que a hegemonia do cristianismo se impõe. Cherubini (1997) ainda conta que os escritos da época sofrem a influência das idéias de Santo Agostinho, frade e teólogo da Igreja Católica, que prega a existência do demônio como uma forma do homem voltar-se à busca de Deus e a ele ser

submetido em provação, e de São Tomás de Aquino, que reconhece a existência de demônios em sua *Summa Theologica*.⁹

O desenvolvimento dessas idéias imprime a assertiva de que a loucura pode ser causada direta ou indiretamente pelos demônios, por intermédio das bruxas ou pelos desígnios de Deus. Assim, 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, por meio das alterações percebidas nos objetos, no corpo, no ânimo ou no humor da pessoa, de modo a causar alucinações, temores, cegueiras e doenças inexplicáveis para a medicina (PESSOTTI, 1994, p. 96).

A indicação dos sintomas de possessão e a descrição multiforme do demônio comprometiam a imagem da pessoa com comportamento tido como diferente, principalmente os comportamentos relacionados à sexualidade, a qual era vista como a área mais propícia para a tentação e corrupção dos homens pelos demônios.

A doutrina demonista, fundamentada na imposição teológica cristã, serviu como instrumento coercitivo de poder. Suas práticas caracterizavam-se como justificativas para caça e combate a pessoas pagãs, consideradas hereges que normalmente eram martirizados em tribunais religiosos e, na maioria das vezes, condenada à fogueira.

Dessa forma, acreditava-se que o diabo só se apossava das pessoas que estivessem em falta com Deus, e as pessoas que não estivessem nessas condições de falta não eram atingidas pelo demônio. Cherubini acredita que “talvez aqui esteja o início da sustentação da periculosidade dos loucos, que mais tarde fundamentará a sua constrição através de medidas de segurança” (CHERUBINI, 1997, p. 08).

Dessa forma podemos perceber que na Idade Média a estigmatização da loucura ocorre numa perspectiva moralista relacionada a questões de cunho religioso, o que muda radicalmente em relação à concepção mitológica do modelo que lhe antecede. Mas ainda não será nesse período que a loucura será vista como fenômeno que necessite de um saber específico, isso só irá acontecer a partir do século XVII, o que Foucault (2007) irá chamar de “A Grande Internação”.

⁹ Obra de São Tomás de Aquino que se constitui como uma das bases dogmáticas do catolicismo, o autor trata da natureza de Deus, das questões morais e da natureza de Jesus.

1.2 A grande internação proferida por Foucault

Foucault (2007), em a **História da Loucura**, conta ter sido após a regressão da lepra, seguida pelas doenças venéreas que se registraram as primeiras internações dos loucos. O autor traça o percurso da “grande internação” a partir do século XVII, com o final das Grandes Cruzadas¹⁰, que representou o principal veículo de contaminação de doenças procedentes do Oriente que se espalharam rapidamente pela Europa, onde vários leprosários foram construídos, principalmente em Paris.

No início, o poder real irá assumir a administração e a organização dos leprosários, utilizando-se dos bens dos acometidos pela doença, empregando-os no tratamento dos soldados e das pessoas pobres. No decorrer de um século o número de leprosários irá diminuir e os bens fundiários dos leprosos serão destinados aos últimos hospitais que ainda aglomeravam essas pessoas. A partir daí a lepra irá ceder o seu lugar de pódio às doenças venéreas. Foucault aponta que a extinção da lepra,

[...] não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que [...] se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se ponha de lado sem se traçar a sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 2007, p. 06).

Com efeito, com o fim da lepra, as estruturas onde eram mantidos os leprosos permanecem, abrigando agora os acometidos por doenças venéreas e logo em seguida estes espaços vazios e estigmatizados serão herdados pelos loucos.

As doenças venéreas se disseminam rapidamente, requerendo tratamento médico, e à medida que se multiplicam, vão ocupando cada vez mais o espaço ao qual lhes é destinados, de preferência para longe das pessoas consideradas sãs. Porém, as doenças venéreas não terão

¹⁰ Expedições militares organizadas por cristãos do Oriente, ocorridas entre os séculos XI e XIII. Geralmente a pedido do Papa, tinham por finalidade recuperar o território de peregrinação conhecido como a Terra Santa que estava sob o controle de muçulmanos. Muitos dos cruzados estavam convencidos de que sua participação na luta contra os infieis, pagãos e hereges garantiria a salvação espiritual. Também ofereceram grandes oportunidades comerciais aos mercadores das grandes cidades do ocidente.

a mesma importância e o mesmo significado atribuídos à lepra e, mais tarde à loucura e acabam por engrossar o caldo das doenças costumeiras que se integram num espaço moral de discriminação e de exclusão. Assim, carregarão para sempre as marcas da estigmatização, as quais se apoderarão dos loucos, insanos e desvalidos da sociedade mercantilista.

No período da Renascença¹¹, a sociedade achará uma saída viável para seus incômodos cidadãos. Os loucos eram entregues aos marinheiros dos navios mercadores e deixados em outras cidades longe de suas casas em busca da sua razão. Eram levados para outros lugares através das águas, pois se acreditava que esta tinha poder purificador. A esse respeito, Foucault denuncia que,

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. [...] e a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (FOUCAULT, 2007, p. 12).

Quando chegavam às cidades, eram escorraçados por seus moradores ou trancafiados em prisões, por vezes ficavam em hospitais e em alguns casos recebiam ajuda da população. Alguns insanos eram chicoteados em praça pública. Como não tinham chãos, vagavam pelas ruas e campos sem destino, numa existência errante.

Data também dessa época a histórica ‘Nau dos Loucos’, descrita por Foucault como “estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios”, os quais eram vistos frequentemente atracados em portos das cidades da Europa.

Algumas cidades, no entanto, assumiam tal população e a mantinham com seu orçamento próprio (FOUCAULT, 2007, p. 11), porém não lhes oferecia tratamento. Ao louco também era proibida a entrada às igrejas. No entanto, era-lhes concedida a comunhão. Foucault, ainda considera que “a preocupação de cura e de exclusão juntavam-se numa só: encerravam-se no espaço sagrado do milagre”.

Dessa forma, o modelo organicista de compreensão da loucura é retomado no século XVII, contudo com uma significativa diferença: a criação de grandes hospitais que servirão tanto para o internamento dos pobres como dos loucos, como também para toda a espécie de excluídos. Não há um critério específico para determinação das pessoas que são internadas.

¹¹ Período da história da Europa no qual ocorreram diversas transformações nas áreas da vida humana, delimitado freqüentemente entre os séc. XIII e meados do séc. XVII que marcam o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna, caracterizando também a passagem do feudalismo para o capitalismo.

Os loucos encontrados nos leprosários e nas prisões são misturados a outras espécies de pessoas excluídas da sociedade. Se há polêmica quanto à mistura de loucos e pessoas que raciocinam em termos aceitos socialmente, não há polêmica sobre a relação entre louco e o internamento (CHERUBINI, 1997, p. 13).

No fim da Idade Média, dirá Foucault que “a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso destino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (FOUCAULT, 2007, p. 14).

Aqui, a loucura passa a ser um dos principais temas da literatura e do teatro. Surgem inúmeras imagens em quadros com faces enigmáticas de difícil compreensão, o que abre caminho para diferentes interpretações. Tais representações da loucura são vistas como um “saber obscuro” que precisa ser desvendado. Nesse espaço, o louco não é visto mais como uma figura boba e sim como um detentor da verdade e circula entre as pessoas com uma veracidade inusitada. Foucault expõe que,

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos (FOUCAULT, 2007, p. 14).

Já na segunda metade do século XV, a loucura irá substituir a morte que atravessa as cidades com suas guerras e suas pestes, numa fúria avassaladora, da qual ninguém escapa. Aqui, a loucura é tolerável, é visível, não esconde nada, não obscurece. Ela mantém uma dominação sobre as coisas, abstraindo todas as fraquezas humanas.

Erasmus de Roterdã¹² (1466-1536), na sua clássica obra **Elogio da Loucura**, dirá que, aos loucos é concedido o prazer de ser feliz, pois não são privados de sentimentos, nem tampouco temem a verdade ou evitam expô-la a toda forra,

¹² Teólogo e humanista holandês (1466-1536), crítico literário do Renascimento. Escreveu sobre a loucura, sobre as crianças, sobre o casamento, sobre as mulheres, sobre os filósofos, sobre a política e sobre a Igreja Católica, a quem teceu suas críticas mais ferrenhas. Apesar de ser cristão, sempre foi contra a arrogância dos católicos e de seus Papas com suas cobranças de impostos que prometiam a entrada das almas no reino dos céus, criticava igualmente a pretensão dos protestantes, apesar do grande respeito que nutria por Lutero. Acreditava no espiritualismo cristão, no espírito tolerante e no amor ao conhecimento. Sempre preferiu manter sua atividade literária independente de qualquer representatividade.

Além disso, estão isentos dos terríveis remorsos da consciência; não temendo nem fantasmas nem trevas, não são atormentados pela perpétua perspectiva dos males; não são enganados pela vã esperança de futuros bens, [...] não gozam eles apenas de um contínuo prazer, rindo, jogando e cantando, mas me parece, além disso, que a alegria, o prazer, a chacota, o riso, seguem-lhes os passos por toda a parte. Dir-se-ia que os deuses tiveram a bondade de misturá-los com os homens para adulcorar a tristeza da vida humana (ROTTERDAM, N/C, p. 72-73)

Roterdam defende a existência da loucura através do discurso e a expõe como uma deusa que guia determinadas ações da vida humana, diz que ela rege o casamento, afirmando não ser esse um sacramento vantajoso para a mulher, visto que lhes traz toda uma gama de obrigações para agradar aos homens. Os costumes e as guerras também são gerenciados pela loucura, assim como ela ainda dará forma às cidades, impõem-se aos governos, à religião e à justiça. Ele critica muitas atividades humanas, identificando nelas mediocridade e hipocrisia.

Pode-se perceber que Roterdam ainda conserva traços míticos quando se refere à loucura, porém sua visão favorece a criticidade, dando vazão à adoção de um pensamento mais racional, onde o trágico da loucura enfraquece, propiciando a oportunidade da razão se sobrepor à emoção.

A loucura é capaz de levar as pessoas a desenvolver uma falsa percepção dos sentidos. Assim, faz-se necessário ter consciência de que o indivíduo seja realmente louco ou não; não bastando pra tanto ter um pensamento lógico e coerente, já que o louco acredita que é são. Desta feita, a loucura não dirá respeito à realidade do mundo e, sim, à realidade que o homem acredita existir.

Descartes, citado por Foucault (2007, p. 45-46), mostra por meio do seu método da dúvida - no qual utiliza da sua célebre exclamação: “penso, logo existo” - que não é possível duvidar do pensamento, pois duvidando não estaria louco, mas estaria duvidando da sua própria loucura. Para ele, um ser que cogita e pensa não podia estar louco e defende que é só através da razão pura que se pode chegar à verdade. O traço dessa dialética metódica entre razão e não-razão fará com que a razão se sobressaia no discurso da lógica e a loucura seja colocada no seu devido lugar de exclusão, assumindo seu posto de exilada (FOUCAULT, 2007, p. 47).

Pra todos os efeitos, a segunda metade do século XVII representará a *era* das grandes interações. Por toda parte, essas instituições serão disseminadas e, segundo Foucault, destinava-se a:

[...] recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que

não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar (FOUCAULT, 2007, p. 49).

Pode-se ver que a intenção primeira de promover tais internamentos nada tinha a ver com a real situação de insanidade das pessoas acometidas pela loucura. Os ocupantes destas instituições representavam lado a lado as categorias dos insensatos, dos pobres, dos desvalidos, dos desempregados e dos desordeiros ou criminosos.

Na França, o poder de gerir estas instituições – também denominadas de Hospitais Gerais – era concedido pelos reis a diretores representantes da burguesia, que tinham o direito de decidir pelos internos e julgá-los quando fosse necessário. Também lhes era concedido à assistência médica, com visitas a serem realizadas pelo menos duas vezes por semana. No entanto, Foucault julga que estas instituições não cumpriam um dever curativo e afirma:

Não é um estabelecimento médico, é antes de tudo uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa [...] detentor de uma soberania absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão (FOUCAULT, 2007, p. 50 – grifos nosso).

É possível notar que, no final do século XVII, o internamento irá representar a ordem moral. O sentido mítico da loucura dessacralizou-se; o que vai predominar agora é o controle da mendicância, da vagabundagem e da manutenção da disciplina e da ordem social.

Esta impressão da sensibilidade moral irá excluir os loucos; porque estes se encontram ociosos entre as camadas miseráveis, perturbam a ordem social, desorganizam as cidades. Por meio da internação, o louco e o ocioso passam a ser propriedade do Estado e ao Hospital Geral cabia a delegação de oferecer trabalho aos desempregados. Dessa forma, justificava-se a internação para que grande parte dessas pessoas exercesse alguma atividade. No entanto, o louco distingue-se dos outros pela incapacidade de se seguir os ritmos da vida coletiva.

Porém, nesse contexto havia outro tipo de exclusão: tratava-se de uma exclusão administrativa, onde o louco não detinha nenhum poder sobre si, nem sobre seus pensamentos, nem tampouco sobre seu comportamento. A direção de suas ações era determinada por um tutor. Os que não assumiam um lugar na sociedade, dita de comportamento normal, eram chicoteados em praça pública, marcados nos ombros e expulsos da cidade por diferentes motivos, incluindo-se os blasfemadores, os sadomistas, os homossexuais, etc. (FOUCAULT, 2007, p.64). O referido autor ainda considera,

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no contexto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 2007, p.78).

Com efeito, o período da Renascença irá abrir alas para as grandes transformações sociais ocorridas na Europa. Os Hospitais Gerais e as instituições de confinamento irão reconstituir os velhos rituais de isolamento destinados aos leprosos no início da Idade Média, com a loucura tornando-se sua única herdeira. Agora, sob outro prisma, não mais como um castigo dos deuses, mas sim como um desatino da razão.

Tem-se, pois, que a “grande internação”, mapeada por Foucault, caracteriza-se no ambiente social como sinônimo de pobreza, de impossibilidade de convivência coletiva e de incapacidade laborativa, mas ainda sem o domínio do saber médico sobre suas causas, fundamentos ou razão.

1.3 Um novo cenário para uma velha história: a terapeutização da loucura

O século XVIII, considerado o “século das luzes”, imprime no cenário da Europa Ocidental uma perspectiva transformadora, guiada por autores e filósofos convencidos de que emergiam do obscurantismo e da ignorância para uma nova era, iluminada pela razão, pela evolução da ciência e pela necessidade de respeito à humanidade. Terá como prisma os ideais de liberdade, de igualdade e de fraternidade. A internação passa a ser objeto de contestação e de crítica, visto que não justificava mais o desemprego, a pobreza e a exclusão. As sanções morais e a indigência serão separadas do fenômeno econômico, que se apresenta no horizonte da industrialização.

Nesse contexto surgirá a necessidade de transformação de tais instituições, pois já não correspondiam à recorrência da força de trabalho, utilizada como mão de obra barata, pelo movimento do Capital. Será também nesse cenário que o jovem médico Phillipe Pinel¹³ será

¹³ Médico, naturalista e filósofo - passou a se interessar pela psiquiatria por volta de 1780, aos quarenta anos, devido à preocupação em socorrer um amigo, vítima de psicose maníaca aguda. Contratado para Bicêtre por

indicado pelo filósofo Pierre-Jean George Cabanis¹⁴ para ser reformador do Hospital de *Bicêtre*, em Paris (AMARANTE, 1995). Pinel encontrou no local, homens e doentes mentais, reunidos sem distinção entre criminosos. Os loucos eram mantidos em celas baixas e úmidas, grande parte deles acorrentados fosse ou não perigosos. Nasciam, aqui, as primeiras manifestações da ordem psiquiátrica impressa na época das luzes.

Amarante (1995) expõe que a figura do médico clínico surge a partir de Pinel, que implanta no Hospital de *Bicêtre* a “assistência ordenada”, a qual consistia em, primeiramente, libertar os loucos soltando-os das correntes e dos grilhões, em seguida observar-lhes os sintomas latentes. Robert Castel (1978), citado por Amarante (1995), verifica que Pinel postula a loucura como adjetiva da ordem moral e estabelece no espaço de tratamento o ordenamento, passando a observar os sintomas em busca de classificações. E esclarece,

A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. [...] Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada (CASTEL, 1978, p. 83 *apud* AMARANTE, 1995, p. 25).

A técnica adotada por Pinel consistia em observar os comportamentos, os gestos e o modo de falar dos pacientes. Isto porque as alterações comportamentais refletiam a ocorrência de lesões ou comprometimento das faculdades mentais. Com a observação dos traços comuns, podia-se evoluir para a especificação da doença, constatando-lhe a natureza e elaborando sua classificação, passos fundamentais para o diagnóstico.

Vale ressaltar que para chegar ao efeito desejado, a observação deveria ser feita sobre o comportamento em seu estado natural, e não distorcido pelo desconforto e pela violência das antigas práticas hospitalares. Assim, surgem sintomas e aspectos da loucura que antes não eram percebidos. PESSOTTI (1994) indica que os loucos passam a ser agrupados em pavilhões segundo os sintomas comuns que apresentam e o manicômio passa a servir como espaço privilegiado para a observação sistemática dos comportamentos e seu diagnóstico.

Cherubini (1997) aponta que o internamento assumirá um lugar importante de re-significação da loucura, não mais com a função de repressão e exclusão, mas como meio para organizar a liberdade. Nesse espaço, oportunamente, a psiquiatria irá assumir um lugar que

decreto da Convenção. Publicou o **Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental**, considerada como a primeira obra que intitula a Psiquiatria como especialidade médica.

¹⁴ Filósofo e fisiologista autor de "Relações Entre o Físico e o Moral no Homem". Fez uma brilhante carreira médica, porém abandonou a medicina pela filosofia.

lhe garantirá a apropriação da loucura como seu objeto de conhecimento. O internamento passa a ter valor terapêutico e a loucura ganha valor de doença.

Porém, essa “liberdade” dar-se-á dentro dos muros dos hospícios, o que também irá se caracterizar como uma “não liberdade”, pois estará submetida a uma ordem classificatória que vigia e controla, da mesma forma “acorrenta como objeto de saberes, discursos e práticas atualizadas na instituição da doença mental” (AMARANTE, 1995, p. 25).

Pessotti (1994) avalia que os procedimentos adotados por Pinel instituiu a recorrência à internação hospitalar que perpetua até os nossos dias. Assim também como a apontaram os elementos da psiquiatrização ou da psicopatologização como um conhecimento da interioridade mental do homem.

Ainda segundo Pessotti (1994), Pinel e seus seguidores, com destaque para Esquirol¹⁵, inauguram práticas inovadoras aplicando o tratamento moral no sentido de disciplinar o alienado. Utilizam-se para tanto, de métodos repressivos, com desvirtuamento e de forma excessiva, buscando-se mais o controle da instituição manicomial do que o bem do paciente alienado. Foucault critica severamente as implicações de tal controle afirmando que

O asilo com que Pinel sonha e que em parte realizou [...] é um microcosmo judiciário. Para ser eficaz, essa justiça deve ser temível em seu aspecto, todo o equipamento do juiz e do carrasco deve estar presente ao espírito do alienado para que compreenda bem a que universo do juízo ele é agora entregue. A encenação da justiça, portanto, fará parte do tratamento (FOUCAULT, 2007, p. 494).

Foucault ainda dirá que a justiça que reina no asilo instituído por Pinel cria seus próprios elementos repressivos e deles faz uso como métodos terapêuticos violentos e humilhantes. Essa identidade repressiva, e por vezes extremamente violenta, se perpetuará no universo psiquiátrico durante longos anos.

Tem-se, pois, que até o final do século XVIII, o poder disciplinar é aplicado não só nos asilos psiquiátricos, como também nas penitenciárias, nas casas de correção, nos estabelecimentos de educação e nos hospitais. Há uma divisão constante entre normal e anormal, bem como "um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa

¹⁵ Médico psiquiatra, discípulo ortodoxo e fiel de Pinel, aprofundou as idéias do seu mestre, através da observação clínica, tomando por base a análise das síndromes patológicas, definiu a loucura como uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade.

medir, controlar e corrigir os anormais" (FOUCAULT, 2007, p. 176). Aqui também começa a ganhar destaque o uso de medicamentos.

Dessa forma, a loucura chega ao século XIX como “objeto” do médico. A sua falha moral transforma-se em fenômeno físico observável e tratável. Assim, a racionalização do mundo moderno irá afastar definitivamente a crença nos mágicos, nos deuses e nos demônios, imagens predominantes das épocas referidas anteriormente. A Psiquiatria instaura-se visando atender aos anseios da sociedade em busca de uma justificativa científica para o tratamento da loucura, refletindo a visão do mundo, da mentalidade e da ideologia social predominante nessa época.

Amarante (1995) aponta que Pinel delimita um espaço específico para acomodar a loucura. No entanto, o caráter autoritário e a segregação instituída por sua prática irá desencadear sérias críticas. E novas abordagens em detrimento do modelo fechado serão utilizadas. O contexto sócio-histórico da modernidade irá deleitar-se com a construção das colônias de alienados, que “no decorrer dos anos [...] não se diferenciam dos asilos pinelianos” (AMARANTE, 1995, p. 27). E assim se cronificam durante muitos anos.

Também é através de Amarante que se traçam os movimentos contemporâneos que fizeram insurgir a idéia da anti-psiquiatria, ou da “psiquiatria reformada”, como foi batizada por Franco Rotelli (Rotelli, 1990 *apud* Amarante 1995 p. 27).

O colapso das formas de intervenção psiquiátrica, até então adotadas, chega ao ápice a partir das críticas insurgidas com o fim da Segunda Guerra Mundial. Os hospícios passam a ser vistos pela sociedade europeia tal quais os campos de concentração nazistas. A esse respeito Cirilo (2006) aponta que:

As cenas de violência e exclusão vivenciadas durante a guerra propiciaram uma reflexão sobre a forma pela qual a Psiquiatria vinha lidando com o sofrimento mental, principalmente no que se refere à privação da liberdade e desrespeito aos direitos humanos (CIRILO, 2006, p. 24).

Com efeito, o fim da Segunda Guerra marcará profundamente o panorama mundial em todos os setores da vida humana. As sequelas deixadas pela guerra irão balizar tentativas de superação dos problemas apontados, impelidos também por questões e movimentos emergentes no cenário mundial. Nesse período, a psiquiatria sofrerá profundas transformações em busca de novas abordagens e de novas técnicas, conforme veremos nos tópicos a seguir.

1.4 Primeiras manifestações de movimentos reformistas

Surgem então na Europa e na América do Norte, movimentos reformistas que passam a questionar o papel, a natureza e a prática asilar. Esses, por sua vez, trilharão de forma intensa os primeiros caminhos em busca de melhorar a assistência em saúde mental. Amarante (1995) irá descrever as experiências reformistas em três grandes grupos, conforme segue:

Grupo I - As Comunidades Terapêuticas - iniciadas na Inglaterra e nos Estados Unidos - e a Psicoterapia Institucional - tendo a França como principal referência -, ambas priorizavam a necessidade de reformas no interior dos hospitais. Gondim (2001) expõe que na década de 1950 a Inglaterra adota um sistema de saúde nacionalizado e inicia sua Reforma Sanitária, incluindo no programa práticas alternativas para a assistência psiquiátrica. As transformações propostas deveriam ocorrer tanto pelas consequências sociais que causavam, como também pelas econômicas (GONDIM, 2001, p. 32).

Chama-se Comunidade Terapêutica a experiência desenvolvida por Maxwell Jones, a partir de 1959 em um hospital psiquiátrico na Inglaterra. O mesmo toma por base os trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman (AMARANTE, 1995, p. 28). Tal experiência consistia na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes, tendo como principal objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional e, assim, resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo com que todos participassem. Jones adotará a metodologia de "aprendizagem ao vivo", na qual considerava que

[...] a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens da comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de 'aprendizagem ao vivo' (JONES apud AMARANTE, 1995, p. 29).

A proposta de Maxwell Jones imprimiu uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrou a possibilidade dos doentes mentais serem inseridos em grupos para trabalhos diversos, formados por profissionais, famílias e pacientes. A idéia das comunidades terapêuticas era tentar envolver todos os atores no processo terapêutico, ou seja, tornar os pacientes sujeitos ativos nesta troca de experiências.

Processo semelhante será desenvolvido a partir de François Tosquelles¹⁶, quando este assume a liderança do hospital de *Saint Alban* na França, onde conseguiu reunir vários ativistas marxistas e freudianos, iniciando uma rica experiência de transformação do espaço asilar, a qual ficou conhecida como “Psicoterapia Institucional”. A mesma buscava a superação do espaço de segregação, a verticalidade das relações, além de tecer críticas ao poder médico. Com forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, a psicoterapia institucional buscava tratar das próprias características doentias das instituições.

Grupo II – A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva – defendiam a comunidade como âmbito de atuação psiquiátrica. A Psiquiatria de setor buscava uma transformação das condições asilares do pós-guerra. Gondim (2001) nos aponta que a Psiquiatria de Setor deriva-se da psicoterapia institucional devido ao contexto histórico no qual foi impressa.

Ainda no contexto de busca de uma ciência que pudesse responder a todas as questões sobre a doença mental, a psiquiatria continuava a dar passos largos em meio ao século XX. Desta maneira, a própria psicoterapia institucional lançaria o fundamento teórico da política francesa de setor. [...] Esta nova prática teria por objetivo resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria e ao mesmo tempo contestar o asilo como espaço terapêutico (GONDIM, 2001, p. 42).

Aqui o hospital era dividido em vários setores, cada um correspondendo a uma região da comunidade. A novidade dessa proposta seria levar à comunidade o conhecimento da psiquiatria, e sua organização seria iniciada dentro do próprio hospital. Amarante nos aponta que a organização interna da proposta se daria da seguinte forma,

Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de culturas e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade com a mesma equipe que os tratava no hospital (AMARANTE, 1995, p. 35).

Assim, o hospital manteria sua função auxiliar, constituindo-se como a primeira etapa no tratamento do paciente, que logo após a internação seria reinserido na comunidade e acompanhado pela mesma equipe que iniciou seu tratamento.

¹⁶ Médico psiquiatra de origem espanhola e militante antifranquista, catalão, professor e tutor, pioneiro da revolução psiquiátrica, defendia a liberdade, como princípio fundamental.

No entanto, esse modelo não alcançará os resultados almejados, seja devido aos custos dispendiosos do acompanhamento extra-hospitalar, seja pela resistência de grupos contrários à extensão da psiquiatria que exercia certo controle social e normalizador, de acordo com a interpretação de intelectuais da época (AMARANTE, 1995, p. 35).

Nesse mesmo período, tem-se no continente americano a reformulação do seu projeto em saúde, que adota a Psiquiatria Preventiva como forma de prevenir e erradicar as doenças mentais. Será definida por Gerald Caplan¹⁷, como “Psiquiatria Comunitária” e se fará integrante dos programas de saúde elaborados pela política do Presidente Kennedy nos Estados Unidos. Segundo Lancetti, 1989 (*apud* Amarante, 1995), Caplan irá dividir a assistência psiquiátrica em torno de três programas básicos, sendo: *a) Prevenção Primária* – busca reduzir os transtornos mentais no âmbito da própria comunidade; *b) Prevenção Secundária* – busca reduzir a duração dos transtornos mentais; e *c) Prevenção Terciária* – programa adotado com a finalidade de reduzir as deteriorações resultantes dos transtornos mentais. A inovação desta proposta consiste na Prevenção Primária, pois as outras duas já existiam na prática assistencial.

A assistência preventiva tornou-se muito importante nesta época, possibilitando o deslocamento da doença mental para a saúde, o que apontou novos debates em torno das possíveis causas patológicas que desencadeariam as doenças mentais. Ainda, segundo Gondim, essa proposta possibilitou uma nova abordagem política em relação às internações psiquiátricas, conforme nos aponta:

As formulações decorrentes desse debate subsidiaram a proposta de racionalização do Estado na questão psiquiátrica e nos diversos níveis, ou seja, a redução dos gastos com internações hospitalares, por meio do incentivo ao tratamento extra-hospitalar e a criação de modelos alternativos de reabilitação de crônicos (GONDIM, 2001, p. 46)

No entanto, Amarante (1995) nos aponta que não foi promovida uma ruptura com a perspectiva tradicional de internação, visto que,

Os serviços preventivos [...] e a aplicação de outros mecanismos de captação fazem ingressar novos contingentes de clientes para os tratamentos mentais, os clientes naturais do hospital psiquiátrico permanecem ali internados, quando não aumentam em número, uma vez que o modelo asilar é retroalimentado pelo circuito

¹⁷ Médico Psiquiatra, principal teórico desse modelo, escreveu o livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva”, onde defende uma proposta teórica e metodológica, na qual buscar novos meios alternativos às instituições psiquiátricas, pois considerava evidente a falência do modelo hospitalar.

preventivista. Enfim, os programas de massificação das medidas preventivas, comunitárias e pedagógicas em saúde mental produzem um mecanismo de competência psicológica [...] sem produzir resposta terapêutica adequada (AMARANTE, 1995, p. 35).

Cirilo (2006) considera que apesar desse movimento não ter revelado uma forma ideal de cuidar da saúde mental, ele será de grande influência para a adoção de novas condutas terapêuticas. Além disso, Amarante (1995, p. 41) dirá que a Psiquiatria de Setor representará também um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Ao mesmo tempo, estava implícita a racionalidade (o racional para além do econômico), de forma que uma melhor distribuição das despesas estatais pudesse humanizar o tratamento psiquiátrico e também racionalizar as condutas terapêuticas.

Grupo III – A Antipsiquiatria ou a Psiquiatria Democrática Italiana – movimentos instauradores de rupturas na constituição do Saber médico sobre a loucura. Ambas nascem junto à grande corrente de contestação cultural e política dos anos 60, e tinha como ponto estratégico a criticidade direcionadas às teorias e aos métodos da Psiquiatria e Psicopatologia, até então adotados, o que proporcionou uma profunda revolução nesse campo. Terão como fundamento a idéia de que as concepções científicas da loucura e seus recursos de tratamento eram invariavelmente violentos e seriam apenas resultantes da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna. Amarante considera que,

A Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado da sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do ‘discurso’ através da ‘metanóia’, da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995, p. 44).

A Psiquiatria Democrática terá em Franco Basaglia seu principal representante. Basaglia tece críticas severas sobre a natureza da instituição psiquiátrica e quanto à inviabilidade de uma mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política. Basaglia inicia um processo de transformação na Itália, a partir da sua administração num hospital em Gorizia, em seguida estendida à Trieste. O principal empreendimento será a demolição do aparato manicomial com a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura.

Esse movimento, segundo Amarante (1995), “colocou em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados”. As idéias de Basaglia se constituíam em críticas severas às instituições, comandadas e centralizadas pela figura clássica do médico, que historicamente hierarquizou sua condição profissional culturalmente construída como sendo detentor de *status* e poder. Consideram-se as explanações de Rietra em referência a Basaglia:

Todas as instituições existentes na sociedade, como a família, a escola, a fábrica, a universidade, o hospital, etc., são instituições de violência onde há uma nítida divisão entre os que têm e os que não têm o poder. Para não expor abertamente sua face de violência, a sociedade chamada ‘do bem estar’ delega o poder aos técnicos que vão exercê-la em nome da técnica. Dessa forma, os técnicos ajudam a perpetuar a violência global através de uma ação aparentemente reparadora. É nesse sentido que deve ser percebido o poder do psiquiatra (BASAGLIA, *apud* RIETRA, 1999, p. 30).

Essa violência observada por Basaglia está presente no pensamento Foucaultiano, que historicizando o surgimento das grandes instituições asilares da Idade Clássica a partir do mundo ocidental evidencia seu caráter excludente, afirmando que inicialmente essas instituições eram reduto da população pobre, servindo de abrigo para os miseráveis e desabrigados, os ‘a-sociais’ que sujavam as ruas, mendigando sua sobrevivência.

Assim, as instituições dessa natureza reproduzem os processos de relações sociais predominantes, o que acarreta diversificadas formas de alienação e de perda de identidade, já que tais relações são tecidas no interior do sistema capitalista, o qual predominantemente considera que aquele que não tem aptidão para o trabalho é considerado incapaz ou anormal.

Amarante (1995) considera que o movimento reformista ocorrido na década de 1960, na Itália, foi o que mais se destacou na forma de pensar e de reorganizar os espaços de tratamento da doença mental. Aqui, Basaglia e seus seguidores se preocuparam em desmontar a lógica da relação estabelecida entre o problema e a solução, de maneira a transformar a noção de doença mental em existência e sofrimento. Consideravam que a ciência psiquiátrica não podia ser a única detentora do “saber” sobre a doença mental, mesmo porque suas práticas manicomiais eram realizadas sob forma de extrema violência.

O movimento reformista da Itália irá receber influências teóricas da sociologia de tradição marxista italiana, do existencialismo e da teoria crítica da escola de Frankfurt. Essas tendências teóricas induziram ao questionamento sobre as instituições de assistência e controle social, as instituições totais e também os mecanismos de poder que se realizam em todas as instituições.

Inicialmente, Basaglia transformará o Hospital de Gorizia em uma comunidade terapêutica – a mesma utilizada por Maxwell Jones –; em seguida, irá propor devolver o doente mental à sociedade, como uma pretensiosa forma de desarticular o manicômio e o aparato institucional. Gondim evidencia que

Na experiência italiana, a crítica ao manicômio não se deu somente em relação ao aprisionamento que ele causa e sim a uma compreensão do processo de violência e exclusão em que a experiência da loucura esteve sempre inserida. Tratava-se de analisar historicamente a forma com que a sociedade sempre lidou com o sofrimento mental (GONDIM, 2001, p. 62).

A desconstrução proposta por Basaglia questionava os dispositivos psiquiátricos que acreditavam resolver a cura no interior dos manicômios cronificados pela custódia repressiva. Cirilo (2006) considera que essa nova forma de pensar a saúde mental pressupõe “a ação de produzir subjetividade, sociabilidade, sendo defendida a idéia de que construindo a historia dos sujeitos poderia mudar a historia da própria doença” (CIRILO, 2006, p. 30).

Gondim (2001) afirma que a “instituição negada” defendida por Basaglia não se resumia na negação do hospital psiquiátrico, nem tampouco na negação da doença, já que o sofrimento está lá, com o sujeito. Entretanto, o sujeito é visto aqui como um objeto complexo e essa complexidade vai possibilitar múltiplas visões acerca do fenômeno doença. Dessa forma a estigmatização e a institucionalização negariam a subjetividade e a individualidade do indivíduo submetendo-o ao mandato social empregado no interior manicomial.

Para Amarante (1995) essa forma de tratar o transtorno mental se apresenta cercada de preconceitos justificados cientificamente, tal como a crença de que todo louco é perigoso, irre recuperável e incompreensível. No entender dos empreendedores dessa reforma, ocorre que, quando o indivíduo é exposto às mais variadas formas de coerção, passa a reproduzir em seu comportamento as mesmas formas de violência, indiferença e alienação, o que conseqüentemente, dentro de algum tempo, torna difícil a distinção dos sintomas próprios da doença frente às condições propiciadas pela institucionalização.

A experiência de Basaglia demonstrou ser possível a desmontagem do manicômio como possibilidade única de entender e tratar a loucura. Ao mesmo tempo em que causou transformações no campo do conhecimento, nas ideologias e nas relações estabelecidas entre técnicos e pacientes.

A Itália apresenta-se como uma das experiências mais exitosas de reformas, visto que foi possível promover modificações no sistema jurídico do país a partir da aprovação da lei 180, de 1978, chamada lei Basaglia, onde foram estabelecidas mudanças no estatuto jurídico

dos pacientes, proibindo novas internações, como também a construção de novos hospitais psiquiátricos. A Lei também estabeleceu a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental. Desta forma, o paciente na Itália tornou-se cidadão de pleno direito, mudando, com isso, a natureza do contrato de serviços por ele utilizados.

Podemos constatar que a experiência italiana impetrada por Basaglia possibilitou, além da desmontagem do manicômio, a desconstrução de um saber que sustentou as bases da psiquiatria desde o Iluminismo. No próximo tópico, buscaremos expor as principais influências que assediaram o Brasil na década de 1970, considerando o contexto particular do país relacionado aos modelos de reforma em saúde e em especial, o caso da Reforma Psiquiátrica.

1.5 Movimentos Reformistas em Psiquiatria e o contexto Brasileiro

O pensamento reformador da psiquiatria italiana atravessará fronteiras e chegará ao Brasil na década de 1970. A partir daqui expõem-se as modificações que o Brasil vem trilhando, tendo como base teórica as propostas reformistas iniciadas por Basaglia.

Os primeiros questionamentos a respeito da assistência psiquiátrica instaurada no país dizem respeito basicamente às críticas direcionadas ao modelo privatista vigente e a sua incapacidade de promover um tratamento que atendesse as necessidades dos usuários. Até então, a reclusão dos loucos, indigentes, abandonados ou pobres, seguia por regra, os mesmos motivos pelos quais foi aberto o primeiro hospício brasileiro. Durante décadas, a loucura brasileira trilhou caminhos segregadores, tendo por base a regulação e a manutenção da ordem social. Tem-se, pois, a necessidade de historicizar aqui o processo de instauração dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Tundis e Costa (2007) apontam que as primeiras instalações da loucura no Brasil foram assumidas pelas Santas Casas de Misericórdia – tipo de irmandade importada pela colonização portuguesa, em meados do século XVI. Sua herança é quase tão antiga quanto à carta de Pero Vaz de Caminha ao rei Dom Manuel (JORGE, 1997 p. 05). A primeira Santa Casa de Misericórdia que se tem registro no mundo foi fundada em Lisboa, no ano de 1498,

idealizada pelo Frei Miguel de Contreiras¹⁸ com o apoio da rainha Leonor de Lencastre e tinha como principal preocupação resolver a situação dos enjeitados e marginalizados que vagavam pelas ruas. Tais instituições foram Instaladas com uma função puramente assistencial, lá eram acolhidos os pobres, os doentes, os órfãos ou abandonados, os velhos, os excluídos do convívio social, os criminosos e os doentes mentais.

No Brasil, registra-se a primeira Santa Casa de Misericórdia em 1539, na cidade de Olinda, Pernambuco. Essas instituições eram regidas pelos estatutos das instituições portuguesas, desempenhando o mesmo papel de cunho assistencial. Sua atuação apresentou duas fases: a primeira compreendeu o período de meados do século XVIII até 1837, desenvolvendo ações de natureza caritativa; a segunda ocorreu entre 1838 a 1940, com preocupações de cunho filantrópico.

O pesquisador Marco Aurélio Soares Jorge (1997) conta que a idéia de criação do primeiro asilo destinado aos loucos no Brasil surgiu na cidade do Rio de Janeiro, na segunda metade do Século XIX, como necessidade de resolver a situação das Santas Casas de Misericórdia:

[...] a idéia de se criar um espaço de recolhimento mais adequado aos loucos que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas, fazia parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se iniciou com a necessidade de se retirá-los do espaço urbano. [...] Era dada como necessária a construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos (JORGE, 1997, p. 35).

Assim, foi inaugurado em 05 de dezembro de 1852 o Hospício Pedro II, o primeiro do país, criado através do Decreto n° 82 em 18 de julho de 1841. Dotado de 350 leitos, já abre suas portas com 144 internos, atingindo sua capacidade completa em pouco mais de um ano (JORGE, 1997). A superlotação se perpetuará nos séculos seguintes e será caracterizada como uma forma exclusão social, visto que, nem toda população existente nos asilos terá diagnósticos previamente definidos, sendo em sua grande maioria vítimas do abandono e das condições sociais a eles inerentes.

Para o mesmo autor, a prática asilar no Brasil desde o início apresentou características de cunho excludente. O Hospício Pedro II, por exemplo, foi construído afastado do centro

¹⁸ Frade Trinitário evangelizador, conhecido como missionário dos pobres, vindo da Espanha para Portugal com a missão de resgatar os cativos, do domínio da mouraria, que representava uma ameaça às terras da Península Ibérica.

urbano, propiciando, assim, um duplo afastamento do louco do meio urbano e do convívio social. Situação, essa, favorecida principalmente pelo distanciamento, seja pela necessidade justificada de tranquilizar e ocupar o insano, seja pelas formas de ocultar a reclusão que se adotava no interior dos manicômios.

Com a instauração da República, em 1890, o Hospício Pedro II passou a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados e desvincula-se da Santa Casa de Misericórdia, ficando subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Nessa fase, as instituições asilares implantadas sofria com a superlotação dos internos, fato que incentivou e expandiu a idéia de construção das Colônias que conduziam o objetivo de promover junto aos internos trabalhos voltados para a agricultura e agropecuária, como também para atividades de confecção artesanal.

Jorge (1997) nos conta que no Rio de Janeiro, ainda no ano de 1890, são anexadas ao Hospício Nacional as Colônias de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita. Estas serão as primeiras que se ter registro, tendo surgido como estratégia para diminuir a superlotação nos hospícios. A esse respeito Resende nos dirá:

Hospícios que, uma vez abertos, se viam, em curto espaço de tempo, assoberbados pela demanda, justificando o clamor por mais verbas e mais hospitais. Está foi uma tendência constante ao longo de toda a história da assistência psiquiátrica até os tempos recentes (RESENDE, 2007, p. 37. Grifo nosso).

Vale ressaltar, que até o final do século XVIII as cidades brasileiras eram muito pouco povoadas, sendo a distribuição populacional determinada pela economia rural, não havia ainda uma organização industrial urbana que justificasse a intolerância da Corte ao louco ocioso e andarilho pelas ruas.

Acrescenta Resende (2007) que as características impressas pela vida econômica do Brasil Colônia proporcionarão os meios de exclusão que perpassarão a ordem psiquiátrica adotada como meio de organização das vilas e cidades a partir do advento da República. Tal ordem se cristalizará de maneira inversa à ocorrida na Europa, pois não advêm de um momento propiciado pela era das grandes revoluções, e sim pela forma como o país foi colonizado. Assim, afirma que será “o trabalho baseado na atividade servil – que condicionará a situação social do período, moldará preconceitos e determinará transformações e consequências que terminarão por exigir providências e ações concretas” (RESENDE, 2007, p. 33).

A mesma linha de pensamento segue Lucia Rosa (2008) – esta autora considera que a institucionalização da loucura no Brasil está diretamente ligada à ordem social que se instaura no país desde os primórdios da colonização, tendo como princípio básico uma economia rural e escravocrata, regida pelas grandes oligarquias rurais que dominavam o comércio agroexportador. Dirá, ainda, que as formas de exclusão 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 importantes do Império e principalmente na sede da corte (ROSA, 2008, p. 86).

Nesse sentido, adianta justificar que o trabalho escravo exercido tanto no meio rural como no meio urbano maculava o exercício do trabalho livre, tornando-se alvo de preconceitos e pouco exercido por homens e mulheres brancas (os) da corte e das grandes oligarquias que se formavam. A esse respeito, ainda, Resende nos faz uma observação:

A utilização universal do negro nos vários misteres da vida econômica e social terminará por estigmatizar o próprio conceito de trabalho em geral como atividade pejorativa e desabonadora e poucos serão os homens livres, mestiços, mulatos e mesmo brancos que se disporão a se engajar em qualquer atividade laborativa sem se considerar, e ser considerado por isso mesmo, pessoas indignas (RESENDE, 2007, p. 33).

O mesmo autor nos aponta que será aberto outras diversas instituições asilares em todo território nacional, a exemplo de São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará. Tais edificações se expandem rapidamente, à medida que crescem e se desenvolvem as cidades, principalmente as que apresentam tendências de edificarem-se como metrópoles no cerne da industrialização, o que marcará sem dúvida a fase da “grande internação asilar” à moda brasileira.

Os motivos pra se estabelecer a “grande internação” no Brasil, segundo Resende (2007) são basicamente três: internar porque “os loucos” ameaçam a paz e a ordem social; internar devido a denúncias de caráter humanitário contra maus tratos; e por último, internar mediante a intenção clínica da recente Sociedade de Medicina que a si resguardava o dever de curá-los.

Para Rosa, os motivos são fundamentalmente os mesmos, porém a autora enfatiza a necessidade estatal de tomar providências em relação à loucura e cita três motivos que justificavam a internação,

Social – pela inquietude provocada pela loucura solta na rua, que ganha maior visibilidade em meio aos riscos e tumultos urbanos, gerados pelo crescimento do contingente de homens livres e desocupados; **Clínica** – pois os médicos [...] em nome de princípios humanitários e da higiene pública, passam a denunciar os maus tratos a que são submetidos os loucos [...], já reivindicando para si, desde 1830, por intermédio da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o monopólio da cura e do tratamento; E, **Caritativa** – pois as irmandades religiosas pleiteavam uma ação sobre a loucura, a fim de atenuar os sofrimentos humanos dela decorrentes (ROSA, 2008, p. 87).

Assim, a loucura passa a ser medicalizada e o hospício instituído como o local de cura, lugar onde a ciência apodera-se do campo psiquiátrico guiada pela luz positivista, rompendo com a ação puramente assistencial-caritativa e ganhando características de cunho científico. Dessa forma, a prática asilar brasileira irá se revestir de uma metodologia disciplinar, que irá contribuir para a organização do meio urbano, auxiliar no aparelhamento interno das instituições e cristalizar-se como um dispositivo de controle político e social, além de incidir sobre as formas como serão estruturadas as políticas de saúde brasileira (AMARANTE, 1995), inclusive, como influenciou para a implantação da política de saúde mental vigente. Ambas, serão tratadas no capítulo a seguir.

CAPÍTULO II - PROCESSOS DE REFORMAS E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO BRASIL

*Já podaram seus momentos
Desviaram seu destino
Seu sorriso de menino
Tantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
Nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê flor e fruto*

Coração de Estudante, Milton Nascimento

2.1 Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil

Tem-se, pois, que problemas de ordem político-econômico-social, irão nortear o desenvolvimento de movimentos sociais reivindicatórios visando à melhoria das condições de vida da população. Ao Estado será cobrada a redefinição do seu papel em fase da emergente “questão social” a desenvolver-se no cerne da industrialização do país. A área da saúde traçará aqui um longo percurso balizado por questões econômicas, embates políticos e lutas sociais, organizadas especialmente pela classe operária. Tal percurso desencadeará o sistema de proteção social adotado no país, sob o ordenamento das chamadas políticas sociais.

A partir do final do século XIX, a população urbana cresce demasiadamente, visto que a expansão da lavoura cafeeira no sul do Brasil requeria uma mão de obra especializada, atraindo para o país um contingente de imigrantes estrangeiros, principalmente advindos da Europa (ROSA, 2008).

Compactuando com a visão de Darcy Ribeiro (1995), ao afirmar que a industrialização e a urbanização caracterizam-se como um fenômeno singular que agenciará o êxodo rural no Brasil, o que, sem dúvida, acarretará um crescimento desordenado das cidades, promovendo assim uma miserabilidade da população urbana, que, apesar de não atrasar o processo econômico altamente mecanizado voltado para a exportação, gera uma enorme competição entre desamparados e imigrantes para conseguir emprego nas fábricas e no comércio. O autor chamará esse processo de “urbanização caótica”, justificando que as cidades brasileiras não

estavam preparadas para assumir esse inchaço de gentes e suas consequências influenciarão a ordem social nos séculos seguintes. E enfatiza:

O Brasil alcança [...] uma extraordinária vida urbana, inaugurando, provavelmente, um novo modo de ser das metrópoles. Dentro delas geram-se pressões tremendas, porque a população deixada ao abandono mantém sua cultura arcaica, mas muito integrada e criativa. Dificulta, porém, uma verdadeira modernização, porque nenhum governo se ocupa efetivamente da educação popular e da sanidade (RIBEIRO, 1995, p. 200).

A esse respeito Araújo (2007), nos dirá que o panorama da saúde no Brasil pouco mudará até o começo do século XX, sendo que a assistência médica era exercida fora do domínio público, restrita aos atendimentos domiciliares à classe mais abastarda. A população em geral valia-se da assistência filantrópica exercida pelas Santas Casas de Misericórdia. Ainda aponta que as primeiras atividades sanitárias concentravam-se nas grandes cidades portuárias a fim de exercer o controle endêmico dos navios e portos.

Tem-se, pois, que até os anos de 1920 a assistência à saúde irá pautar-se por ações de cunho filantrópico e a assistência médica se resumirá a atendimentos individuais nos domicílios de pessoas pertencentes às elites burguesas de forma liberal, sob condição de pagamento particular.

A falta de uma assistência sanitária sistematizada voltada à saúde da população – que se aglomerava nos centros urbanos e que crescia cada vez mais – irá proporcionar as primeiras manifestações reivindicatórias para organização da saúde no Brasil. Rosa (2008) adianta que essas situações geraram preocupações de fundo político e econômico, visto que, o desencadeamento de doenças endêmicas e pestilências aumentavam a taxa de mortalidade da população e os reclames da sociedade burguesa, fazendo com que a União voltasse suas ações para a área de saúde. Sob esse efeito Araújo aponta que,

A classe média e a burguesia, mesmo estando, teoricamente, numa situação menos desconfortável, já que tinham condições de custear os seus tratamentos de saúde, também se rebelavam contra a situação sanitária, pelo fato de se sentirem desprotegidas em relação às condições sanitárias inadequadas em que eram obrigados a viver. A burguesia industrial e comercial em expansão entendia que as epidemias manchavam o nome do país e atrapalhavam os seus negócios (ARAÚJO, 2007, p. 104).

De acordo com Vieira (1994), foi nesse contexto que, em 1903, o governo de Rodrigues Alves entregou nas mãos do médico sanitário Oswaldo Cruz a responsabilidade

de organizar a assistência à saúde pública, nomeando-o chefe da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) órgão destinado a melhorar as condições sanitárias das cidades.

Por sua vez, o médico Oswaldo Cruz lança a campanha contra a febre amarela, concentrada nos principais centros econômicos da época, a saber: Rio de Janeiro e São Paulo. Rosa (2008) dirá que, nessa fase, a saúde pública representada por Oswaldo Cruz encontrará um aliado na psiquiatria representada por Juliano Moreira, os quais se “associam em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem”.

Apesar de a população viver em situação precária, por falta de um sistema eficiente de saneamento básico que favorecia o desencadeamento constante de epidemias, tais como, a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, a “campanha da vacina”, como ficou conhecida, encontrou forte resistência da população, devido a seu caráter repressivo e violento, mediada pela força policial, o que gerou fortes protestos entre as autoridades encarregadas pela saúde sanitária e as organizações populares.

Araújo (2007) ressalta que, embora se objetivasse alcançar um efeito preventivo, a “campanha da vacina”, desencadeou uma onda de protestos por todo o país, pelo o fato de ser aplicada de forma autoritária e violenta. A atitude do governo perante a população foi encarada como uma invasão de privacidade dos lares e dos costumes. Em alguns casos, os agentes sanitários invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, aumentando ainda mais a revolta nas pessoas. Essa recusa em ser vacinado acontecia, pois grande parte das pessoas não conhecia o que era uma vacina e tinham medo de seus efeitos, no entanto, o entendimento dos agentes da campanha sanitária a atitude do povo era tida como atos de rebeldia e desobediência civil de inimigos da Saúde Pública.

Nos últimos anos do século XIX, a revolta popular aumentava a cada dia, impulsionada também pela crise econômica (desemprego, inflação e alto custo de vida) e pela reforma urbana que retirou a população pobre do centro da cidade, derrubando vários cortiços e outros tipos de habitações mais simples, demandando-os as áreas periféricas, sem nenhuma assistência médica e/ou sanitária, o que acaba proporcionando também o desenvolvimento das favelas, problema habitacional que persiste até os dias atuais. Aqui, as transformações econômicas e políticas instauradas pelo o início da industrialização do país deságuam para as primeiras reivindicações do nascente movimento operário voltadas para a área da saúde.

Em 1917, após a morte de Oswaldo Cruz, o médico Carlos Chagas¹⁹ assume a direção do Instituto Oswaldo Cruz. Sendo logo em seguida, designado pelo presidente Epitácio Pessoa para elaborar um novo código para a Saúde Pública. O novo regulamento entrou em vigor no início da década de 1920 e criava o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), extinguindo a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública. Durante sua gestão à frente do DNSP, Carlos Chagas criou diversos serviços especializados de saúde, como o de higiene infantil, o de combate às endemias rurais, à tuberculose, à hanseníase e às doenças venéreas. Assim o DNSP passa a exercer ações normativas e executivas das atividades relacionadas à Saúde Pública no Brasil, em especial aos serviços sanitários terrestres, marítimos e fluviais, estendendo suas ações aos serviços de profilaxia rural.

No início do século XX, o avanço da divisão do trabalho traz no seu bojo os reflexos da economia capitalista exportadora cafeeira, e conseqüentemente, a emergência do trabalho assalariado, que por sua vez desencadeia problemas de ordem econômica e social, refletidos nas questões da saúde. A esse respeito, Bravo comenta:

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso (BRAVO, 2001, p 03).

Não foram à toa que nesse período, expandem-se as questões relacionadas à higiene e saúde do trabalhador. As medidas mais significativas adotadas na época expressam-se pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) instituídas em 1923, regulamentadas pela Lei Elói Chaves, o que Bravo (2001) considera o “embrião do esquema previdenciário brasileiro”.

Vale salientar que, inicialmente, as CAPs beneficiavam poucas categorias profissionais, dentre estas, citam-se: os ferroviários, os estivadores e os marítimos. As CAPs eram organizadas e administradas pelas empresas e seus benefícios eram proporcionais às contribuições dos trabalhadores, abrangia a assistência médica-curativa, o fornecimento de medicamentos, a aposentadoria por tempo de serviço, o auxílio a velhice e invalidez, a pensão para os dependentes e o auxílio funeral.

¹⁹ Médico pesquisador que descobriu o ciclo completo do barbeiro, batizado como doença de chagas em homenagem a seu pesquisador.

Em relação aos problemas de saúde, Araújo (2007), nos chama a atenção para o fato de que a posição higienista persistia pertinentemente, não se permitindo enxergar que as questões da saúde estavam diretamente relacionadas ao modo como estava organizada a sociedade brasileira. Porém, a industrialização e o crescimento das cidades promovem a ascensão de novos grupos sociais simpatizantes do movimento sanitarista, sendo assim, o referido autor destaca,

A ideologia sanitarista dos anos vinte desempenhou um papel de mobilização política. Apesar de ser um movimento de elite, tomou grande impulso atraindo setores da classe média, formando correntes favoráveis às teses sanitaristas [...] Em torno da idéia de saneamento do Brasil, deu-se a politização da questão saúde durante o período republicano (ARAÚJO, 2007, p. 113).

Fazendo um apanhado geral da década de 1920, tem-se, como de grande relevância a efervescência do movimento cultural, – cita-se como exemplo a realização da Semana de Arte Moderna – e as revoltas políticas capitaneadas pelo movimento tenentista de 1924, o qual se dividia em duas correntes oposicionistas: a primeira comandada por Luís Carlos Prestes, que defendia reformas sociais e econômicas, objetivando pôr fim à República Velha; e a segunda defendia algumas reformas políticas liberais que se aproximaram das oligarquias dissidentes, as quais formaram a Aliança Liberal, tendo Getúlio Vargas como seu representante. Ambas se posicionavam como força opositora a oligarquia cafeeira que revezavam o poder presidencial entre São Paulo e Minas Gerais. Essas forças oposicionistas eclodirão a Revolução de 1930.

Como resultado da Revolução de 1930, tem-se a instauração da “era Vargas”, demarcada por dois períodos em que Getúlio Dornelles Vargas governou o Brasil, iniciando-se em 1930, como governo provisório a 1945 quando o mesmo saiu do poder após golpe militar. E o segundo, compreende seu retorno por meio de eleições presidenciais em 1951 a 1954 quando comete suicídio.

No seu primeiro mandato, Vargas concorreu às eleições presidenciais pela Aliança Liberal, sendo derrotado pelo candidato da situação: Julio Prestes. No entanto, líderes partidários armaram um golpe de Estado que manteve Getúlio Vargas no poder de forma provisória até 1933. Em 1934, a Assembléia Constituinte promulgou a nova Constituição Federal, a qual permitiu que Vargas permanecesse no poder sob aval de mandato constitucional entre os anos de 1934 a 1937.

Em 1937, Vargas decide fechar o Congresso Nacional e instaura o “Estado Novo”, no qual passa a governar o país de forma centralizada e sob regime ditatorial. Nesse período criou o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP) com o objetivo de controlar e censurar

as manifestações contrárias a suas ações. Extinguiu a liberdade partidária, a independência entre os três poderes e o próprio federalismo. Perseguiu opositores políticos e partidários do comunismo. Getúlio Vargas concentrava em suas mãos os mais amplos poderes. Os estados brasileiros perderam sua autonomia política, os partidos foram extintos e as eleições democráticas foram suspensas, as greves e as manifestações contrárias ao governo estavam proibidas pela polícia.

Conforme as regras constitucionais, o mandato presidencial de Getúlio Vargas terminaria em 1938. Porém, o mesmo preparou um golpe de Estado e permaneceu na presidência da República. Durante esse período, vigorou no país o “estado de emergência”, que autorizava o governo a invadir casas, prender pessoas, julgá-las e condená-las.

Em ambos os mandatos, a administração de Vargas caracterizou-se como nacionalista e populista, ao mesmo tempo em que centralizador e controlador. Porém, terá como determinantes as marcas inovadoras de caráter astucioso, sendo destacável a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e do Ministério da Educação e Saúde, como também o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Getúlio Vargas patrocinou a intervenção estatal e o nacionalismo econômico, o que, conseqüentemente, impulsionou à industrialização do país, incentivando a profissionalização do serviço público, como também a expansão do ensino elementar e médio. Investiu significativamente na área de infra-estrutura criando o Ministério da Aeronáutica e o Conselho Nacional do Petróleo (CNP), a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Vale do Rio Doce e a Companhia Hidrelétrica do São Francisco.

Em relação à área social, Getúlio buscou direcionar sua política, alvejando a população urbana empregada nos setores industrial e comercial, dedicando-se principalmente às classes médias e aos trabalhadores assalariados. Com isso, instituiu a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a qual unificou toda legislação trabalhista até então existente no país. Teve como principal objetivo regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho, permitindo aos trabalhadores: registro na carteira trabalhista, definição da jornada de trabalho, período de descanso, férias, acesso à medicina do trabalho, inserção de categorias especiais de trabalhadores, proteção do trabalho da mulher, formalização de contratos individuais de trabalho, permissão para organização sindical e convenções coletivas, fiscalização, justiça do trabalho e de processos trabalhistas. Em relação a tais concessões, Rangel (2007), ressalta que

O Estado foi se apropriando do espaço conquistado pela sociedade civil burguesa [...] substituindo o direito de cada um pelo direito coletivo, em um ascendente que, em momentos de crise aguda, como testemunharam os países da América Latina no início da década de 1930, acarretou a incorporação das relações entre indivíduos da sociedade civil a estrutura burocrática estatal [...]. Tal movimento foi concomitante com a crescente incorporação as normas do Direito Público, do contrato celebrado entre membros da sociedade civil, dando solução às questões da coletividade, na forma de acordos trabalhistas, incorporação de grupos de pressão, acordos para coligações de governo e filiações partidárias, que, em sua forma mais sistemática, poderiam ser interpretados como um movimento de privatização do público (RANGEL, 2007, p. 20).

Tem-se, portanto, que os programas decorrentes da legislação social de Vargas eram essencialmente manipuladores, os quais se utilizavam de técnicas para aplacar prováveis conflitos entre capital e trabalho proeminentes no interior da classe operária e as camadas sociais insatisfeitas.

No entanto, foi nos governos de Getúlio Vargas que ocorreram as mudanças mais significativas que solidificaram uma ampla reforma política e administrativa do país, tendo como prioridade o incentivo a consolidação da industrialização brasileira, sob a qual se vislumbrava a materialização de um futuro desenvolvimentista.

Teremos, pois, que com a instituição do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio as CAPs serão substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que passam a ser organizadas por categorias profissionais havendo, segundo Araújo (2007), a participação dos trabalhadores, das empresas e do Estado na sua administração e no seu financiamento. No entanto, na concepção do mesmo autor, tal estratégia não se lograva como favorável ao trabalhador que não se encontrava inserido formalmente no mercado de trabalho, além do que, algumas categorias como os marítimos, os ferroviários e os bancários ganhavam mais e assim contribuía mais e por conseguinte ofereciam melhores serviços assistenciais, vejamos,

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 [...] sendo que uma vez que unia os trabalhadores nas suas corporações os desunia 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, p. 119-120. Grifos nossos).

Cohn (2005) afirma que a constituição dos IAPs representa tão somente para os trabalhadores o reconhecimento da sua condição ocupacional de caráter contributivo, não se constituindo como direito e sim como concessão, assim considera que as CAPs' foram transformadas,

[...] num enorme e confuso aparato institucional: benefícios e serviços diferenciados por categorias, instituições diferenciadas quanto à qualidade do funcionamento e alíquotas de contribuições diferenciadas [...] a partir de então a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre sua folha de salários, com o que a receita dos institutos torna-se função dos salários (COHN, 2005, p. 18).

A mesma autora tece severas críticas à histórica constituição do atual sistema previdenciário brasileiro, instituído desde os anos 1920 através das CAPs, perpassando a década de 1930, em meio a reformulações de grave crise econômica mundial, o que deixa como herança “um gigantesco e oneroso aparato institucional voltado para as políticas sociais, que tem como traços fundamentais a baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante” (COHN, 2005, p. 20) traços esses, característicos da era Vargas.

Voltando, no entanto, para o conjunto das novas reformas realizadas por Vargas, a área da saúde passou a compartilhar com o setor educacional um Ministério próprio, o Ministério da Educação e Saúde. O novo Ministério determinou uma ampla remodelagem dos serviços sanitários do país, adotando medidas sanitaristas e a criação de órgãos de combate a epidemias, além de normativos para ações na área de saúde, com investimentos focalizados principalmente na educação, visto que se fazia necessário capacitar mão-de-obra para os diversos postos de trabalho que surgiam no viés da industrialização. O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) logrou bastante êxito nessa empreitada, oferecendo ensino técnico, e logo os proprietários rurais passaram a exigir do governo a extensão da educação através da criação de escolas rurais, sob pena de perder o poder agrário oligárquico para o industrialismo urbano (ARAÚJO, 2007, p. 122).

Para Bertolli (2004), o objetivo dessa “nova roupagem” era na verdade, garantir a burocracia federal e o controle desses serviços, com o intuito de centralizar o poder político-administrativo, imposto por Vargas. Tem-se, pois que a forte concentração de poder presidencial, em curso desde fins de 1935, a manutenção da aliança com a hierarquia militar e com setores das oligarquias rurais, desencadeiam um dos períodos mais autoritários da história do país, que viria a ser conhecido como Estado Novo.

Ainda sob o comando ditatorial, no qual se transformou o mandato getulista, serão instituídas as Conferências Nacionais de Educação e de Saúde, ocorridas em 1937, o que para Araújo (2007) constituíram-se como momentos de reflexão e planejamento dessas duas políticas tão fundamentais para o desenvolvimento social do país

Do ponto de vista econômico e apesar de não participar formalmente do primeiro período da segunda guerra mundial, o Brasil passa a vivenciar tal perspectiva, visto que

detinha uma grande produção de borracha, comercializada pelos Estados Unidos, o que leva o governo a possibilitar novas frentes de trabalho, principalmente na região da Amazônia. Porém, as ameaças de epidemias de malária fizeram com que os trabalhadores se mobilizassem exigindo providências, o que levou o governo a criar, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) órgão conveniado com entidades do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller (BRAVO, 2001, p. 05). Estrategicamente falando, em face da Segunda Guerra Mundial, Getúlio Vargas procurou manter o Brasil em posição de neutralidade e, com isso, tirar proveito do conflito mundial para obter vantagens econômicas para o país.

Araújo (2007) adianta que no mesmo período, será criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que anos mais tarde assumiriam a coordenação de saúde pública, quando criado o Ministério da Saúde. A respeito das condições vivencias 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 de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria 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, 2000, p. 15).

De qualquer forma, a atuação do governo de Vargas no campo de saúde dos trabalhadores representou um grande avanço relacionado ao governo anterior. Antes de ser deposto do seu primeiro mandato, Getúlio institui a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio do Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. Transformando-se na principal norma legislativa brasileira referente ao Direito do trabalho e ao Direito processual do trabalho, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil, que passa a garantir a licença remunerada à gestante trabalhista, jornada de trabalho de oito horas, salário mínimo, tratamento médico aos doentes, pagamento de horas extras, férias remuneradas, etc.

Já no campo da assistência psiquiátrica, permanecem as estruturas hospitalocêntricas hegemônicas, guiada pelo movimento higienista. De acordo com Rosa (2008) ainda nos anos de 1934 será promulgada a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, a qual dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa do psicopata e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. O mesmo decreto cria o Conselho de Proteção aos Psicopatas, composto por representantes das principais instituições relacionadas com a psiquiatria e a justiça.

Em 1941, será criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, vinculado ao recém criado Ministério da Saúde, há uma intenção de se estimular a criação de serviços ambulatoriais e comunitários, porém, segundo Rosa (2008), permanece o incentivo, a ampliação e construção de estruturas asilares.

O que pode ser conferido por meio de dados expostos por Resende (2007), o qual mostra como esse modelo de assistência psiquiátrica evoluiu no país. Vejamos o quadro exposto a baixo:

Quadro 01 – Abertura de Hospitais Psiquiátricos entre os anos de 1921 a 1954

ANO DE FUNDAÇÃO	LOCAL	INSTITUIÇÃO
1921	Rio de Janeiro (RJ)	Sanatório Botafogo e Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte	Instituto Neuropsiquiátrico
1923	Rio de Janeiro (RJ)	Colônia Jacarepaguá (masculina)
1927	Oliveira (MG)	Hospital Colônia
1927	João Pessoa (PB)	Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers ²⁰
1929	Barbacena (MG)	Manicômio Judiciário
1931	Barreiros (PE)	Hospital Colônia (masculino)
1933	São Paulo (SP)	Manicômio Judiciaries
1936	São Paulo (SP)	Hospitais de Psicopatas da Penha e de Perdizes
	Fortaleza (CE)	Casa de Saúde particular (Drs. Pecando e Vandik Ponte)
	Recife (PE)	Sanatório Recife
1938	Rio de Janeiro (RJ)	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
1940	Aracaju (SE)	Hospital Colônia Eronides de Carvalho
1942	Florianópolis (SC)	Hospital Colônia de Santa Ana
1943	Salvador (BA)	Sanatório Bahia
	Rio de Janeiro (RJ)	Centro Psiquiátrico Nacional (Engenho de Dentro)
1944	Vitória (ES)	Hospício de Alienados (Ilha da Pólvora)
	Ribeirão Preto (SP)	Hospital Psiquiátrico Santa Teresa
1940-1950	Maceió (AL)	Hospital Colônia Portugal Ramalho
	Goiânia (GO)	Hospício de Alienados
	Aracaju (SE)	Hospital Colônia Aduino Botelho
1954	Vitória (ES)	Hospital Colônia Aduino Botelho (Cariacica)

Fonte: Tácito Medeiros *apud* Resende 2007, p. 49-50

Resende (2007) afirma que nesse período alguns IAPs já concediam a assistência psiquiátrica, sendo ampliada dando direito a internação em sanatórios em maior ou menor grau, dependendo do “poder de barganha de cada categoria” (RESENDE, 2007, p.57).

²⁰ A Paraíba já contava com o Asilo do Hospital Santa Ana (Cruz do Peixe) desde 1893. Idem, p. 49.

Araújo (2007, p. 123) fecha esse ciclo afirmando que o setor saúde, direcionado, como um todo pelas ações do Estado, nessa fase se dividia em dois grupos: o primeiro, ligado à saúde pública, de caráter preventivo, associado às campanhas sanitárias; e o segundo, ligado a assistência médica previdenciária, de caráter curativo, financiada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

As sociedades médicas organizadas em torno do objetivo de garantir para si o reconhecimento do saber sobre a saúde também irá contribuir significativamente para os rumos da saúde psiquiátrica no contexto nacional, conforme veremos adiante, formalizando, dessa maneira, as contraposições dos movimentos reivindicatórios em torno da Saúde Pública e que, mais tarde, irá favorecer também a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

2.2 Processos de Reformas em Saúde e as incidências sobre o Serviço Social

A década de 1970 representou para o Brasil um marco de resistência e luta política. Época em que o regime militar demonstra contradições e tenta aplacar a crise do modelo instaurado com medidas protecionistas favorecendo o lucro dos grandes monopólios e os investimentos transnacionais (BRAVO, 2007, p. 45). Por outro lado, a luta pela democratização do país emerge no cenário da mobilização política da sociedade civil. Essa fase foi classificada como a “abertura”, termo pelo qual se designava a introdução de uma diversificada gama de atores sociais que entrelaçaram forças contra o autoritarismo do governo militar. Vejamos:

(...) a *abertura*, constitui um processo sócio-político impulsionado por vários movimentos de resistência encampados por diferentes sujeitos individuais e coletivos da sociedade civil brasileira, abarcando desde as camadas populares, os segmentos democráticos da classe média, tanto as de orientação liberal democrática quanto as de esquerda, e até mesmo algumas frações da alta burguesia industrial nacional não mais satisfeita com um modelo econômico desnacionalizante e dependente do capital industrial-financeiro-estrangeiro, o qual, a partir de 1973, trazia à tona as suas graves deficiências estruturais (BRASIL, 2007, p. 19).

Os impactos causados nessa conjuntura subestimam os pilares de sustentação social do regime militar, pois terá na composição dos seus quadros representações da alta e da pequena burguesia liberal, bem como de outras entidades nacionais como a Ordem dos Advogados do

Brasil (OAB), além de profissionais da imprensa, representados pela Associação Brasileira de Imprensa (ABI), e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), bem como representantes da Igreja Católica, de movimentos rurais e urbanos, magistrados, estudantes universitários, entre outros, o que para BRAVO (2007), representou uma resposta ao aprofundamento do caos político, econômico e social gerado pelas determinações militaristas da época, entre as principais questões a autora ressalta:

O aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas (...) gerou tensões sociais e violência urbanas dificilmente controláveis pelo sistema (BRAVO, 2007, p. 46).

Essas características acarretaram mais desgastes para o governo militar, visto que a insatisfação era crescente em vários setores da sociedade brasileira e os descontentamentos geraram reações revoltosas em âmbito nacional, o que para BRAVO (2007) ocasionou certa “contenção do regime repressivo”, porém não o extinguiu, perdurando-se até meados dos anos 1970, com embates políticos, perseguições, torturas e mortes, em contraposição a aglutinação de forças oposicionistas ao regime militar.

Os impactos no setor saúde são evidenciados através do aparelhamento Estatal que investe desordenadamente na contratação de serviços sem que isso reflita em uma melhor assistência à população. Tal qual afirma Araújo:

A política de saúde, durante as décadas em que os militares estiveram no poder foi impulsionada pela expansão dos serviços médico-hospitalares dentro de uma estratégia crescente de contratação de produtores privados de serviço de saúde. Essa contratação, concomitantemente, tendia a promover o sucateamento dos serviços hospitalares próprios (ARAÚJO, 2007, p. 147).

As ações de saúde pública ou preventiva eram oferecidas pelos IAPs, porém o modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo e sem integralidade, devido à nítida separação existente entre a prevenção e a cura; nesse contexto, quem precisasse de assistência médica deveria pagar diretamente por ela ou estar formalmente inserido no mercado de trabalho.

Bravo (2000) considera que a tendência de privatização de serviços médicos já vinha sendo estruturada desde os anos de 1950, por meio de corporações médicas fortemente organizadas que pressionavam o Estado, defendendo interesses capitalistas por meio da produção privada. Tal articulação será amplamente favorecida com a criação, em 1966, do

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual representa a unificação dos IAPs, que passa a credenciar serviços médicos privados para atendimento de pacientes segurados.

Tanto Bravo (2007), como Araújo (2007) e Rosa (2008), concordam que tal medida propiciou a modernização da máquina estatal, porém burocratizou a assistência à saúde, estendendo a outras áreas, tendendo sempre a regulação sobre a sociedade e os trabalhadores em geral, tendo por finalidade aplacar os conflitos desencadeados pela repressão. Vejamos as considerações de Bravo:

A unificação da previdência social se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2007, p. 42).

A autora ainda afirma que associado a tais mudanças serão criados mecanismos de poupança compulsória como foi o caso do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o PIS/PASEP que serviram como fonte de captação de recursos para investimentos na área econômica.

Ademais, o incentivo desenvolvimentista aprofunda a modernização do país sob o viés da tecno-burocratização em favor da privatização estatal. Ao mesmo tempo em que estende a cobertura de serviços sociais, em especial, os serviços na área da saúde para grupos minoritários como trabalhadores autônomos e empregados domésticas. Rosa (2008) enfatiza a contradição instaurada pelo regime, que não garante a assistência a toda população. Vejamos:

De um lado cria-se um sistema contributivo, aos trabalhadores inseridos formalmente no sistema produtivo, considerados beneficiários, que pagam pela assistência que recebem; e, de outro, reforça-se a assistência social prestada aos excluídos, atendidos gratuitamente pelos órgãos públicos, na condição de assistidos e indigentes (ROSA, 2008, p. 99).

Para Araújo (2007), esse período apresenta elementos dissociados e contraditórios; pois, ao mesmo tempo em que se moderniza o Estado, criam-se mecanismos que impedem o acesso a bens e serviços através de uma máquina administrativa extremamente burocratizada que dificulta o ingresso da população aos programas governamentais. Tal manobra visava também subtrair forças progressistas, instauradas por segmentos da classe trabalhadora. Nesse sentido o autor cita que,

A unificação dos institutos inseriu-se numa perspectiva de modernização da máquina estatal e concorreu para o aumento do poder regulatório sobre a sociedade.

Significou, por outra parte, um esforço de desmobilização das forças políticas progressistas, que atuaram no sentido das reformas do período populista e a conseqüente exclusão da classe trabalhadora organizada como força política (ARAÚJO, 2007, p. 146).

Tem-se, portanto, que a política nacional de saúde, durante a década de 1970, passou por momentos de grande tensão advinda das pressões populares que reivindicavam a ampliação dos serviços em contraposição aos atrelamentos do setor empresarial médico com o Estado que defendia os interesses de assistência à saúde de forma privatista, favorecidos por mecanismos técnico-burocráticos que objetivavam reduzir a organização da classe trabalhadora e segmentos da sociedade civil ligados às alas progressistas que defendiam a implantação de políticas sociais, em fase do enfrentamento da “questão social”, emergente no cenário nacional desde a fase de industrialização do país.

Com base nesse contexto e contando com estes pressupostos, surge o Serviço Social no Brasil. Originado, essencialmente, das sérias contradições advindas de um processo de colonização desigual que se acentuou no país através do tão sonhado “progresso industrial”, consagrado como meio e fim para a promoção do crescimento e assimilação de riquezas – da mesma forma – projetadas desigualmente para a melhoria do país em detrimento das condições de vida da classe trabalhadora.

Por sua vez, a Igreja Católica atrelada aos interesses do Estado, passa a preocupar-se com o crescimento da industrialização e das populações das áreas urbanas. A estratégia da Igreja abarcará uma complexa teia de conflitos que influenciaram na fundação das primeiras escolas de Serviço Social do país. A esse respeito Manrique Castro (2008) assinala que,

É ao longo dos anos vinte que a Igreja Católica revigorou a sua ação para responder aos efeitos de uma crescente perda de hegemonia na sociedade civil e no Estado, promovendo um vasto movimento de cariz espiritual que procurava lançar profundas raízes na política e na economia (MANRIQUE CASTRO, 2008, p. 100).

Na década seguinte, as ações desenvolvidas pela Igreja ocorrem na matriz de um movimento concreto, perpassado pela realidade contraditória na qual se encontravam inseridas as hierarquias catolicista e os segmentos das classes trabalhadoras desfavorecidas do processo industrial. Esse processo beneficiou a intervenção do poderio catolicista diante a situação social vivenciada pela classe operária, tornando-se assim, sua principal aliada. Tal aliança, já se propagava desde o final da década de 1920 conforme frisa Manrique Castro “A Igreja foi estimulada pela magnitude alcançada pelas lutas operárias entre 1917 e 1920, dirigidas pelos anarquistas” (CASTRO, 2008).

Iamamoto e Carvalho (2007) consideram que, em face do processo da industrialização brasileira, acentuam-se as marcas de acumulação desigual – característica própria da formação econômica e social do país – ante o novo sistema, o trabalhador passa a ser explorado de forma abusiva pela classe capitalista, sendo sua capacidade laborativa destinada aos interesses exclusivos do capital, o que gera também suas consequências, veja-se a exposição dos citados:

A exploração abusiva a que é submetido [...] e a luta defensiva que o operariado desenvolve parecerão em determinado momento, para o restante da sociedade burguesa, como uma ameaça a seus sagrados valores, ‘a moral, a religião e a ordem pública’. Impõe-se, a partir daí, a necessidade de controle social da exploração da força de trabalho. A compra e venda dessa mercadoria especial sai da pura esfera mercantil pela imposição de uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho através do Estado (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p. 126).

Importante salientar, que no Brasil a luta pela conquista de uma cidadania social antecipa-se à luta por direitos políticos e se expressa por meio do desencadeamento de diversos movimentos sociais, os quais expõem as reais condições de vida da população proletária. Por exemplo, a questão dos serviços previdenciários que, naquela época, foram aglomerados pelas categorias dos portuários, ferroviários e militares e que passaram a ter força política, frente aos interesses econômicos daquele momento no país. Porém, tornam-se instrumento de controle social e político dos setores dominantes que investem na manutenção do sistema de produção, visando seus efeitos econômicos; gerando, no entanto, a estratificação dessas categorias de trabalhadores que terminam por produzir, no seu próprio interior, a desigualdade e os conflitos sociais.

Tem-se, pois, que as leis trabalhistas configuravam-se, assim, como resultantes de um processo de luta do proletariado, inseridos numa conjuntura política a qual favorecerá, no cerne das contradições, uma garantia mínima de cidadania a qual é historicamente resguardada por uma característica ímpar, conforme podemos perceber durante o processo de instauração das CAPs, que mais tarde tornar-se-ão o primeiro embrião do sistema previdenciário brasileiro.

Em face das desigualdades sociais advindas das novas formas de acumulação do capital, surge a questão social²¹ compondo um conjunto das expressões da sociedade

²¹ Consideramos aqui, a definição construída por Iamamoto, a qual diz: “questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a

capitalista que passa a legitimar seu antagonismo entre a classe trabalhadora e a burguesia. O surgimento do Serviço Social brasileiro se dará no decorrer dessa conjuntura histórica. Contraditoriamente, emerge como demanda do Estado e dos setores empresariais, frente aos conflitos desencadeados pela emergência da questão social a se desenvolver no contexto da industrialização urbana brasileira. Apoiando-se nas reflexões construídas por Iamamoto e Carvalho (2007), autores como Silva e Silva (2009), expõem que no início da industrialização nacional,

[...] o Serviço Social ainda é um projeto embrionário de intervenção profissional. Apresenta-se como estratégia de qualificação do laicato da Igreja Católica que, no contexto do desenvolvimento urbano, vinha ampliando sua ação caritativa aos mais necessitados, para o desenvolvimento de uma prática ideológica junto aos trabalhadores urbanos e suas famílias (SILVA e SILVA, 2009, p.25).

Barbosa (2006) compactuando com Iamamoto (2005) dirá que o surgimento da profissão estará atrelado às configurações assumidas pela questão social no âmbito do processo de industrialização do país, vejamos:

As bases que remontam a origem do Serviço Social localizam-se no processo de complexificação da sociedade capitalista, em que o homem 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 o crescimento da industrialização, é acompanhado pelo o aumento da miséria e de várias manifestações que abalam ordem social necessária à hegemonia burguesa (BARBOSA, 2006, p. 44).

Da parte Estatal, fazia-se evidente a necessidade de atenuar os conflitos gerados pela classe trabalhadora, a qual passou a confrontar os interesses do capital. Sob esse aspecto Iamamoto (2005) analisa que, sendo a questão social evidenciada pela desigualdade, os atores envolvidos na trama opõem-se à situação por meio da resistência, desencadeando momentos de rebeldia, mas também de construção e de conquistas. Com efeito, o novo contexto favoreceu o processo de organização e tomada de consciência do operariado, de modo que os trabalhadores passaram a entrar no cenário político e a ameaçar a ordem vigente através da aglutinação de forças e da formação de movimentos sociais, evidenciando assim, as contradições e os antagonismos do capital.

produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2005 p. 27).

Diante o quadro exposto, o governo buscará conter os conflitos através da implantação de políticas públicas, de forma a assegurar a contenção dos movimentos reivindicatórios, porém, sem abrir mão da repressão impetrada contra as classes rebeladas.

Nesse sentido, o governo – interessado no desenvolvimento industrial do país – busca dar respostas concretas à exasperação dos conflitos sociais, já que as ações de cunho repressivo e de medidas caritativas, fragmentadas e descontínuas não se apresentavam mais como satisfatórias para implantação do intento capitalista. Fica patente a necessidade de cooptar aliados políticos que pudessem intervir no controle da questão social, com vistas a conter movimentos reivindicatórios. Desse modo, o Estado adotou como estratégia a implementação de políticas sociais públicas e encontrará na Igreja Católica uma forte aliada, representada por D. Sebastião Leme²² que irá lograr grande êxito por meio de suas ações de cunho caritativo e benemerente. A esse respeito Manrique Castro (2008) aponta que:

As vantagens obtidas pela a Igreja nesta etapa resultam de uma complexa interação com o governo de Vargas, que reconhecia nela um aliado apreciável a ser atraído em função de sua influência e autoridade. [...] os resultados foram visíveis: ela alcançou conquistas significativas, como a disposição de tornar facultativo o ensino religioso nas escolas públicas. [...] a constituição aprovada em 1934, com claros aportes católicos, favoreciam amplamente à Igreja (MANRIQUE CASTRO, 2008, p. 102).

Logo, a partir dessas conquistas asseguradas pela Igreja, sua ação se desenvolverá no decorrer dos anos de 1930, imprimindo maior vigor ao seu trabalho organizativo, abrindo caminho para a instalação das primeiras escolas católicas destinadas ao ensino do apostolado social (MANRIQUE CASTRO, 2008).

Será no contexto do trabalho desenvolvido pelo apostolado episcopal, por meio das ações de assistência dos movimentos leigos inspirados pela Ação Católica e pela Ação Social que surgem as primeiras escolas de formação social. Daí resultará a profissão de Serviço Social, brotando como “um departamento especializado da Ação Social” (id. 2007) e terá como primeira instância o Centro de Estudo e Ação Social (CEAS), aberto em São Paulo em 1932. Sobre sua finalidade, Iamamoto e Carvalho apontam que,

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

²² Arcebispo da Diocese de Olinda exerceu relevante papel na implantação da soberania da Igreja Católica junto ao Estado.

organização de associações para moças católicas e para a intervenção direta junto ao proletariado (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p. 173).

Verifica-se nessa época, uma significativa 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. Contudo, a recorrência a profissão aumenta a partir da década de 1940, ante a criação e expansão de uma série de instituições sócio-assistenciais de caráter público estatal, como também em áreas privadas que demandam o trabalho desse profissional. Sobre esse enunciado, Barbosa (2006) aponta que,

O processo pelo qual a ordem monopólicia instaura o espaço determinado que, na divisão social (e técnica) do trabalho a ela pertinente, propicia a profissionalização do Serviço social, tem suas bases através das quais o Estado burguês se enfrenta com a questão social, tipificada nas políticas setoriais. Estas requerem agentes técnicos no plano da sua formulação e da sua implementação, assim, o assistente social, é investido como um dos agentes executores das políticas sociais (BARBOSA, 2006, p. 43).

Vale ressaltar aqui que surgiram no cenário nacional, durante a década de 1930, importantes instituições sociais e assistenciais, as quais se constituíam como organismos de controle social e político das classes proletárias, assim como alimentava a manutenção do sistema de produção tanto por suas implicações econômicas, quanto pela assimilação dos conflitos sociais e das relações sociais vigentes. Pode-se destacar aqui a criação do Departamento de Assistência Social do Estado em São Paulo no ano de 1935, ao qual caberia, segundo Iamamoto e Carvalho, entre outras atribuições, a:

Estruturação dos serviços sociais de menores, desvalidos, trabalhadores e egressos de reformatórios, penitenciárias e hospitais e da Consultoria Jurídica do Serviço Social [...] Além de orientar e desenvolver a investigação e o tratamento das causas e efeitos dos problemas individuais e sociais que necessitassem de assistência, organizando para tal, quando oportuna, a Escola de Serviços Sociais (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p. 173. Grifos nossos).

Já a nível nacional, Pereira (2007) ressalva como de suma importância, a criação de grandes instituições representativas do aparato social. Sendo o primeiro criado em 1938, o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), designado a organizar e centralizar as obras assistenciais públicas e privadas, no entanto, foi utilizado também como mecanismo do clientelismo político e da manipulação de verbas e subvenções públicas. À criação do CNSS, segue a implantação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), e a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942, que segundo a autora foi,

Organizada em consequência do engajamento do País na Segunda Guerra Mundial. Seu objetivo era o de prover as necessidades das famílias, cujos chefes haviam sido mobilizados para a guerra. Tal conjuntura favorece sua criação, uma vez que ocorreu significativa queda do poder aquisitivo do proletariado e da pequena burguesia urbana. Mesmo dispondo de técnicos capacitados para a função, o comando da LBA sempre esteve entregue as Primeiras Damas, caracterizando o aspecto filantrópico, de ações clientelistas, conforme os interesses dos governos vigentes (PEREIRA, 2007, p. 34).

Iamamoto e Carvalho (2007) apregoam que a LBA expandiu-se significativamente e com isso passou a atuar em praticamente todas as áreas da Assistência Social, influenciando na dinamização, estruturação e racionalização da Assistência Social brasileira. No entanto, não conseguiu romper com as práticas assistencialistas que vigoravam no “enfrentamento” da questão social proeminente no cenário desenvolvimentista.

Segundo Silva e Silva (2009), com a expansão dessas e de outras instituições, alarga-se também o mercado de trabalho para o assistente social, sendo suas bases de legitimação deslocadas para o Estado e para os setores empresariais. Ainda a mesma autora ressalta que,

O assistente social se transforma numa típica categoria assalariada, que passa a absorver, além de representantes das elites que constituem a predominância da composição profissional, setores médios e da pequena burguesia, que passam a se interessar por essa profissão remunerada (SILVA e SILVA, 2009, p. 25)

Tem-se, pois, que o enfrentamento da questão social se dará por meio da elaboração de políticas públicas, as quais serão demandadas ao Serviço Social de acordo com as estratégias estabelecidas por setores dominantes em consonância com o Estado; o que, por conseguinte, irá ampliar as possibilidades de legitimação e institucionalização da profissão. Por sua vez, Barbosa (2006), expõe que,

A natureza do trabalho do assistente social é estabelecida através de sua inserção nas estruturas institucionais prestadoras de serviços sociais, assim, ao atuar na prestação dos serviços sociais vinculados as diversas políticas sociais ele se insere na esfera das atividades voltadas a regulação das relações sociais (BARBOSA, 2006, p. 47).

Em relação ao setor saúde, Bravo e Matos (2006) dirão que a conjuntura nacional que se apresenta entre os anos de 1930 a 1945 não absorve predominantemente a mão de obra qualificada dos assistentes sociais, mesmo que “algumas escolas tenham surgido motivadas por demandas do setor”. Será a partir dos anos de 1945 que a profissão ganha maior visibilidade nesta área, visto que, o capitalismo expande-se consideravelmente, principalmente, em decorrência do fim da Segunda Guerra Mundial. A ampliação da

participação desses profissionais na área de saúde ocorre seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que passa a considerar o trabalho multidisciplinar, um dos mecanismos pra enfrentar o agravamento das condições de saúde das populações periféricas (BRAVO E MATOS, 2006, p. 28).

2.3 O Serviço Social Brasileiro e a as reformas em saúde

No entanto, Vasconcelos (2002) dirá que, no campo da assistência hospitalar psiquiátrica a introdução dos assistentes sociais se dará no decorrer da década de 1940, por meio da indução das diretorias das referidas instituições, logo após a formação das primeiras turmas, com a finalidade de trabalharem nas seções de assistência social, ainda acrescenta que,

Tendiam a constituir pequenas equipes multiprofissionais situadas na ‘porta de entrada e saída’ dos hospitais, funcionando de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes, [...] além de contato com familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos, em um tipo de prática [...] mais burocratizada e massificada (VASCONCELOS, 2002, p. 186. Grifo nosso).

Segundo Soares (2006), também serão remetidas à década de 1940 as influências sofridas – tanto na formação quanto no desenvolvimento da prática institucional. Os métodos do Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e do Serviço Social voltados para a Organização Comunitária, são importados dos Estados Unidos, tendo como marco de confluência o Congresso Interamericano de Serviço Social, realizado em 1941 em Atlantic City (EUA). Isso, inclusive, possibilitou alterações na grade curricular dos cursos de Serviço Social, com a introdução de disciplinas voltadas para as áreas da psicologia, da sociologia e da antropologia. Vasconcelos (2002) critica tal influência enfatizando que esse movimento,

Não significou uma ruptura com os princípios fundamentais da tradição higienista e doutrinária católica, e sim apenas o aprofundamento e complexificação de alguns de seus componentes, particularmente no Serviço Social de Casos, através da influência de uma das versões mais conservadoras do movimento psiquianalítico, a psicologia do ego, que significou uma clara continuidade da perspectiva higienista nos Estados Unidos, com ênfase na adaptação e ajustamento dos indivíduos (VASCONCELOS, 2002, p. 189).

Ainda, seguindo o pensamento de Soares (2006), a conjuntura dos anos de 1960 irá propiciar uma nítida preocupação em formar profissionais com bases científicas solidificadas e adotará como método o modelo de Desenvolvimento Comunitário, que segundo a citada,

Este modelo de formação sustenta sua interpretação do desenvolvimento como resultante das capacidades individuais e culturais, a partir de uma visão harmônica da sociedade, e concentrando-se no estudo do comportamento dos indivíduos, tendo o empirismo como tendência dominante, em que a atuação profissional exigiria ênfase na instrumentalização técnica, com a valorização do método, deslocando-se o eixo teórico de influência do neotomismo para pressupostos funcionalistas da sociologia (SOARES, 2006, p. 18)

Tem-se, pois, que a conjuntura dos anos de 1960, sob o comando de Juscelino Kubistchek, propiciou uma aversão ao subdesenvolvimento do país: as ações na área econômica prezam para o investimento pesado na industrialização e abertura do capital internacional. Registra-se uma significativa participação na vida política em reivindicação as reforma de base. Acirra-se o debate e a mobilização política e entram em cena os partidos, os sindicatos e os movimentos sociais (id. 2006) representativos do quadro de novos atores do cenário político-social do país.

O Serviço Social, nessa fase não se mostrará alheio as modificações detonadas pelo o acirramento da questão social, porém suas inflexões se condensam no seu interior, em setores resumidos da profissão que visualizam a primeira crise ideológica no trato metodológico da questão social.

Netto (1998) analisa o período compreendido entre os anos de 1960 a 1980 e identifica três distintos momentos de reflexão teórico-metodológica, que desaguarão na solidificação do Movimento de Reconceituação do Serviço Social brasileiro. O autor apresenta inicialmente, os debates realizados por profissionais de Serviço Social, os quais deram origem a dois importantes documentos, fruto de seminários realizados pela categoria, sendo o primeiro denominado documento de Araxá (1967), e o segundo denominado documento de Teresópolis (1970), ambos considerados pelo autor como uma “tendência modernizadora” do Serviço Social. Sobre Araxá o autor expõe,

[...] importa remarcar que, assegurando ao discurso profissional uma impoção asséptica, é ela quem garante a possibilidade de vincular os valores retórico-liberais e humanistas abstratos à perspectivação tecnocrática, [...] além, naturalmente, de propiciar uma efetiva aliança entre os segmentos decididamente modernizadores da categoria e aqueles mais amarrados às mudanças (NETTO, 1998, p. 176).

Este período será marcado na trajetória da profissão por uma perspectiva positivista-funcionalista, na qual o assistente social será chamado para atuar nas “situações problemas”.

Entre os anos de 1978 e 1984 serão produzidos os documentos de Sumaré e Alto da Boa Vista, respectivamente, vistos como uma “reatualização conservadora” (NETTO, 1998, p. 201), na qual a postura do Serviço Social se desloca da “situação problema” para a “situação existencial problema”, recuperando a abordagem individual e as alternativas de transformação, nessa esfera guia-se pela inspiração fenomenológica. Ambos os documentos recebem críticas severas de Netto, quanto a sua interligação com a perspectiva fenomenológica e o atraso circunstancial em relação aos documentos produzidos anteriormente. Vejamos,

Parecia esboçado um divórcio entre ambas as vanguardas profissionais emergentes, que experimentavam uma nítida politização na fase em que a resistência democrática à ditadura empolgava setores sociais cada vez mais amplos. [...] Apreciada com distanciamento, a perspectiva profissional não se revelou inteiramente fundada: a polarização ideal da perspectiva modernizadora decrescera a ponto de não se expressar ponderavelmente em qualquer dos dois seminários (NETTO, 1998, p. 195)

A intenção de ruptura, de fato, só ocorrerá a partir da apropriação dos estudos da teoria marxista, realizados principalmente no meio acadêmico, donde se começa a questionar a dependência externa, principalmente a norte-americana, através do enfoque dialético, porém sofrerá grande repressão a partir da instauração da ditadura militar brasileira (1964-1985).

Vale ressaltar que durante o período de repressão militar, a matriz conservadora do Estado exigiu o controle da massa trabalhadora, demandando a categoria do Serviço Social um papel organizativo e burocrático. Apesar de posicionamentos críticos e questionadores sobre o conservadorismo da profissão, não houve grandes alterações até os anos de 1979. A atuação profissional na saúde ocorria com vistas à perspectiva modernizadora, no sentido de normalizar, racionalizar, burocratizar e psicologicizar as relações sociais.

A retomada da intenção de ruptura almejada pelos setores mais criticistas da profissão de Serviço Social só se dará ao fim da década de 1970 e início da década de 1980. Para tanto, Netto, historiciza essa reaproximação enfocando a concepção do Método de Belo Horizonte, conhecido como o método B.H, desenvolvido por um grupo de assistentes sociais inseridos na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, sobre o qual relata: “é na atividade deste grupo que a intenção de ruptura se explicita originalmente em nosso país, assumindo uma formulação abrangente que até hoje se revela uma arquitetura ímpar” (NETTO, 1998, p. 261).

Tem-se, pois, que o método B.H, irá nortear significativamente a materialização da tendência de ruptura com o conservadorismo do tradicional Serviço Social, no entanto, não ultrapassam seu campo teórico, visto que, ao vislumbrar um projeto político que se congrega as lutas das classes populares são impedidas vultosamente pela conjuntura nacional permeada por forças repressoras do Estado.

Observa-se, pois, que historicamente a atuação do Serviço Social na saúde se deu, inicialmente, no âmbito curativo e com abordagem individual, guiada pelo modelo médico privatista, num contexto de ascensão do saber clínico. Sendo a preocupação com a saúde, uma questão política, explicitada somente na virada da década de 1980 para 1990, quando houve a mudança do conceito “saúde” e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO 2006).

Carvalho (2008) aponta que o salto quantitativo para a inserção do assistente social na área da saúde deu-se no final da década de 1960, período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Pensão (IAPS) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este último, e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) incorporaram a atenção médico-curativo de caráter hospitalocêntrico e privatista. Nesse contexto, o Serviço Social se estruturou de forma organizada e passou a tomar corpo na área da saúde. Com efeito, os anos 1980 são considerados de grande efervescência política, conforme assinalam Bravo e Matos:

A década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (BRAVO E MATOS, 2006 p.32)

Tal movimento almeja a efetivação do Projeto da Reforma Sanitária, pensado por segmentos sociais envolvidos com binômio saúde/doença. Nessa conjuntura, tal projeto começa a tomar corpo e consegue avançar na elaboração de propostas de fortalecimento da saúde pública em detrimento às propostas privatistas.

Surgiu daí, as condições para a emergência do Movimento Sanitário, o qual propunha mudanças significativas no cenário da saúde, atribuindo a este, determinantes sociais, históricos, econômicos e no fazer ético-político dos profissionais do Serviço Social, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde.

Tem-se, pois, que a partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, ocorreram profundas modificações no cenário sanitário brasileiro, impulsionadas, principalmente, pelo processo de democratização que despontava na política econômica do país, em meio à crise fiscal do Estado, o que instigava à falência do modelo de atenção à saúde, a qual preconizava ações meramente curativas, recorrentes à ascensão de novos atores sociais no cenário político nacional.

Dessa realidade, decorre o surgimento do movimento sanitário brasileiro, erigido sob bases em defesa da saúde como sendo de direito universal, cabendo ao Estado o dever de promovê-la, de modo que fosse descentralizado o acesso aos bens e serviços médicos e de saúde, que previnam e recuperem os cidadãos sem deficiência de integração social, sem que resultem em formas de opressão. Daí a universalização do direito à assistência médica constitui uma das principais questões que acaloraram as disputas políticas na área da saúde no transcorrer da década de 1980.

Podemos observar que o Serviço Social nessa época, encontrava-se num momento de inquietude na tentativa de renovar sua prática, inserido numa conjuntura de transformações societárias que contribuíram para o movimento interno da categoria, o que assinala a intenção de ruptura com as práticas conservadoras. Não obstante, a interação entre os debates democráticos da década de 1980, pareceu tímida, porém foi uma fase fecunda da produção teórica do Serviço Social dentro da academia. Isso significa um marco para ativar o nexo entre a produção teórica e a intervenção da prática cotidiana, o que só ocorreria a partir da década de 1990.

Apesar da falta de articulação entre o Movimento da Reforma Sanitária – por não garantir vinculação dos setores progressistas da profissão com o Estado e por não ter na intervenção seu objeto prioritário diante às demandas sociais expostas – a década de 1980 representa o referencial teórico que subsidiará a profissão anos mais tarde com a efetivação do projeto ético-político que norteia a profissão até os dias atuais.

2.4 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: dicotomia reconstrutivista

Costuma-se dizer que os grupos políticos que entram em embate diante as questões relacionadas à saúde são representados por duas forças opositoras, de um lado os interessados em manter projeto privatista e de outro os representantes do movimento sanitário em defesa

da saúde pública promovida pelo o Estado. Assim, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira erigiu-se e ganhou impulso no final da década de 1970, tendo como marco de conquistas asseguradas com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986,

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 e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2000, p. 109).

Deste evento, resultaram duas das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade do acesso e a integralidade das ações. Aqui, vê-se que as bases para a estruturação de um movimento em defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental estão lançadas.

Porém, para Amarante (1995), há um rompimento de objetivos, propostos entre o movimento sanitarista e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Sobre esse assunto o referido autor elenca três possíveis fatores que influenciaram nesse afastamento. Dentre estes pondera que,

Apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre manteve um viés desinstitucionalizante [...] ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social (AMARANTE, 1995, p. 94).

Nesse sentido, o citado autor evidencia que se mantém em curso o debate da institucionalização, reforçado pelo adendo da Lei 10.216 a qual fala da extinção progressiva dos manicômios, no entanto, não esclarece sobre as condições asilares mantenedoras da ordem psiquiátrica tradicional, logo, deixa em aberto as possibilidades para a adesão ao internamento. Assim sendo, deixa-se de lado duas importantes cláusulas (vedadas) defendidas pelo Movimento Antimanicomial, quais sejam: a extinção dos hospícios e a inclusão destes usuários no cotidiano da vida social.

Outra crítica marcante para ele, diz respeito à burocratização impressa pelo movimento sanitarista, que conserva na sua tradição a necessidade de evidenciar a produtividade em detrimento da qualidade, favorecendo assim, o campo das novas tecnologias

de ponta e dos investimentos das indústrias farmacêuticas promotoras de números vultosos e necessários para fazer girar o sistema. Sob esse preceito enfatiza,

A tradição sanitaria fala muito pouco sobre pessoas e muito de números, de populações, sem conseguir escutar as diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre. Os planos de saúde criam mecanismos de referência e contra-referência, de controle epistemológico, de padrões de atendimento, mas não conseguem interferir no ato e saúde, no contexto da relação entre profissional e usuário (AMARANTE, 1995, p. 94).

Por assim dizer, Amarante considera que a manutenção dessa ordem implica na preservação dos modelos ambulatoriais alopáticos, assim, as questões subjetivas relacionadas às pessoas são remetidas a um segundo plano, que por fim, pode ser esquecido ao longo de um dia de trabalho.

E, por último, considera que o movimento sanitário parece não acreditar numa possibilidade real de transformação estrutural no campo da saúde mental, assim, materializa-se o processo burocrático impresso pelo mecanismo de referência e contra-referência, como ordem necessária a conjectura da impossibilidade transformista, distanciando o querer fazer, do saber fazer. Nesse sentido imprime que o processo de reforma sanitaria,

Tende a induzir uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação [...] o que conduz a idéia de que, para transformar uma pequena coisa, é sempre necessário transformar todas as coisas por meio da implementação de grandes políticas de saúde [...] para que uma pessoa possa ser bem atendida, ouvida e cuidada (AMARANTE, 1995, p. 94).

Na visão do citado, a sistematização do projeto pensado pelo MTSM irá conservar seus nexos de desinstitucionalização e desconstrução do cuidado meramente hospitalocêntrico, tomado desde seus primórdios como o local de referência, e agora, no viés do movimento sanitário institucionalizado como local de contra-referência, mantendo-se o ciclo conservador de abarcamento da loucura. Amarante instiga a necessidade de se criar novas formas de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, diagnosticando no meio das pessoas e nas comunidades as possibilidades de “transcender os modelos preestabelecidos pelas instituições médicas”, até então vigentes no cenário do cuidado psiquiátrico.

Sabe-se, no entanto, que o movimento da Reforma Sanitária viabilizou, por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde, mudanças significativas no modelo de saúde pública até então proposto. Porém, não é possível esquecer as profundas desigualdades sociais existentes no contexto brasileiro e a tendência de ver a saúde pública não como um direito de toda a

população, mas como uma prática assistencialista destinada apenas à população carente, a qual se perpetua também no âmbito da saúde mental.

Assim sendo, as políticas públicas de saúde, permeadas pelo evidente predomínio político e ideológico do projeto neoliberal para essa área, perpassam por duas concepções antagônicas, que voltam à tona nos discursos e debates acadêmicos acuados pela perspectiva do “moderno” e do “pós-moderno”. Nessa última instância, o cenário se move de acordo com as necessidades do mercado e não de acordo com as necessidades de saúde da população. É-se refém da perspectiva privatista, que contempla entre outros aspectos a redução de gastos na saúde e em outras áreas de interesse público, voltado à focalização da oferta, da descentralização dos serviços e da des-responsabilização do Estado pelos mínimos sociais.

Voltando, no entanto, ao marco inicial da trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira – que emergiu no cenário político nacional através da organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), estruturado mais precisamente no ano de 1978, na região Sudeste do país.

Na sequencia das reivindicações, observam-se também, – além das causas trabalhistas – a necessidade de formação de recursos humanos, a necessidade de melhoria das relações entre instituição e clientela, a crítica ao modelo médico-assistencial e busca por melhorias nas condições de atendimento. O MTSM ousou, nesse momento, pensar uma proposta de reformulação de práticas, conceitos e saberes, que atendessem à área de saúde mental, em busca de romper com os paradigmas estabelecidos pela Psiquiatria Clássica na compreensão e tratamento da loucura sustentada até então.

Por assim dizer, tem-se que o tratamento adotado nas instituições manicomiais revelava um modelo defasado, cuja tendência apontava para a necessidade de uma urgente transformação no atendimento das pessoas portadoras de transtorno mental. As práticas manicomiais até então adotadas apresentavam-se como ineficazes, ineficientes e acarretavam grandes prejuízos aos cofres públicos, além de proporcionarem a dependência institucional, a segregação e a cronificação do indivíduo, bem como ocasionava a perda dos vínculos afetivos, familiares e sociais, pois as práticas profissionais dentro destas instituições permaneciam longe do cuidado e da assistência. Além disso, o enclausuramento social imposto no interior dos hospícios expunha os internos às práticas de torturas, eletro choques, descaso e maus tratos.

Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, Amarante (1995) traça uma periodização que sistematizará nosso estudo. O primeiro momento, o autor trata da **trajetória alternativa**, que ocorre nos meados da década de 1970, num contexto político fortemente marcado por

discussões e debates referentes ao redirecionamento das políticas públicas de saúde vigentes no Brasil, debates estes acalorados com o início do fim da ditadura militar, e com consequente abertura para instauração democrática no nosso país. A esse respeito o mesmo autor aponta,

Este é um momento em que a estratégia autoritária começa a defrontar-se com o seu fim, com o crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade e da sempre crescente perda de participação e ingresso social das classes médias e baixas (AMARANTE, 1995, p. 89).

Ainda emenda:

O 'necessário afrouxamento' da censura faz transparecer as insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos, que passam a problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho (AMARANTE, 1995, p. 89).

É nesse cenário que transformações políticas e sociais despontam para um horizonte democrático, onde são alicerçadas condições para a formação ou organização de movimentos sociais populares contrários à ditadura militar, sindicatos e partidos políticos serão reorganizados, associações das mais diversas categorias, como também dos demais movimentos da sociedade civil clamaram por melhorias na qualidade de vida.

Ainda segundo Amarante (1995), em 1976, foi instituído o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), contando com o apoio do Movimento de Renovação Médica (REME), ambos movidos pela necessidade de pôr em pauta a discussão pela organização das políticas de saúde, como também discutir as práticas das diferentes categorias profissionais envolvidas no processo da saúde. Acabam por traçar as bases estruturais para a organização das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Em 1978 integrantes do CEBES e do REME já ocupavam importantes espaços dentro da administração pública, desta feita, detinham um discurso de cunho crítico que apontava para efetivas ações de reformulação na assistência psiquiátrica:

É a partir dessas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violência, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É nesse momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas (AMARANTE, 1995, p. 90).

Essas organizações contribuem significativamente para o desencadeamento da primeira manifestação efetiva do MTSM, que vem ocorrer no Rio de Janeiro, tendo como principal episódio a deflagração de uma greve organizada por profissionais de quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN)²³, tal acontecimento ficou conhecido como “a crise da DINSAN”.

O movimento, constituído inicialmente por esses profissionais, agrega forças junto aos familiares e aos próprios pacientes asilados, trazendo à tona denúncias de maus tratos e violência praticados no interior das referidas instituições. O MTSM aponta para a reformulação do modelo administrativo vigente, pleiteando um conjunto de mudanças de caráter político e sócio-cultural nas instituições manicomiais brasileiras, o que se traduz numa nova configuração a se construir no âmbito do atendimento na saúde mental, onde tais atores reivindicavam melhorias na assistência às pessoas com transtorno mental bem como denunciar as condições precárias de tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos, conforme evidencia Gondim:

A luta corporativa por melhores condições de trabalho, dignidade e autonomia profissionais questionavam as condições de atendimento aos pacientes e a hegemonia dos hospitais privados, que representavam a assistência psiquiátrica até então (GONDIM, 2001, p. 46).

Influenciados pelo pensamento de Franco Basaglia, o MTSM irá posicionar-se em favor da desinstitucionalização e em defesa de uma nova construção do cuidado no âmbito da assistência à saúde mental, propondo investir numa intervenção que possibilitasse o estabelecimento de alternativas viáveis de tratamento junto ao sofredor psíquico, que não fosse exclusivamente à internação psiquiátrica.

Diz-se, pois, que o sofrimento e a doença não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionados com as características de cada contexto sócio-cultural, no qual está inserida a pessoa vitimizada pelo sofrimento psíquico. Sob esse prisma, a Antipsiquiatria busca desconstruir essa visão centralizada na figura do médico, defendendo a desinstitucionalização psiquiátrica, abrindo espaço para a participação da família e do próprio usuário na reconstrução e reafirmação desses vínculos.

²³ A DINSAN, que desde 1956/1957 não realiza concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado passa a contratar ‘bolsistas’ [...] *que* trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1995, p. 52)

Já sob a ótica da Reforma Psiquiátrica, buscar-se construir um novo olhar sobre a saúde mental, ampliando a compreensão da loucura. Nesse contexto, se faz necessário verificar a amplitude de tal desdobramento daí decorrentes, pois o modelo reformista nem sempre é compreendido em sua totalidade, podendo ser remetido a graves distorções, visto que a transformação no campo de atenção à saúde mental não se restringe apenas a uma reorganização de serviços, mas inclui um leque de alternativas como forma de intervenção, e não apenas à substituição (pura e simplesmente) da hospitalização através da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Amarante (1995) considera que o CEBES e o REME co-possibilitaram a estruturação das bases políticas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e acrescenta que se deve a esses dois movimentos o registro das primeiras críticas à forma pela qual o Estado administrava a assistência psiquiátrica, como também das primeiras acusações e denúncias de tortura, maus tratos, corrupções e fraudes exercidas no interior de tais instituições. Revelam, ainda, a violência cometida contra os presos políticos, trabalhadores e cidadãos em geral, executados durante o regime militar.

A crise da DINSAM representará o marco da Reforma Psiquiátrica, o que ocasiona também o fortalecimento da organização política do MTSM. Em 1978, já com 78 núcleos formados em quatro estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais) participam do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria e, em 1979, organizam seu primeiro congresso, em São Paulo (AMARANTE, 1995, p. 90-91).

Na década de 1980 o MTSM acompanha o debate pela redemocratização do país tendo como pano de fundo o Projeto de Reforma Sanitária que, em 1986, organiza a VIII Conferência Nacional da Saúde. Tal conferência tornou-se o marco de organização do movimento sanitarista, pois levanta a bandeira de luta pela assistência à saúde pública

A VIII Conferência inicia uma mudança radical no caráter destes eventos. Deixa de ser um mero encontro de técnicos e burocratas para ser um evento de participação popular, onde participam técnicos, burocratas e políticos, mas também partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos etc. Como desdobramento, decide-se organizar conferências de temas específicos, tais como saúde do trabalhador, saúde da criança, saúde da mulher, vigilância sanitária, saúde ambiental (AMARANTE, 1995, p. 70).

Para Bravo e Matos (2006), o resultado dessa Conferência culminou com a construção do texto base que serviu de recomendação para a Carta Constituinte de 1988, no qual se evidenciavam princípios em defesa da democratização do acesso à saúde, da universalização,

da descentralização do sistema, da primazia pela equidade, pela integralidade e pela hierarquização dos serviços em um contexto municipalizado.

A intenção da VIII conferência era promover a saúde tomando por base a melhoria da qualidade de vida, através de vários fatores, como educação, moradia, alimentação, bem como o direito à liberdade, delegando-se ao Estado o papel de facilitador dessas condições. O lema defendido nesta conferência foi “a saúde como um direito de todos” e foram elencados os seguintes princípios básicos: a) A universalidade, que permite à população o acesso, sem restrições, os serviços e ações de saúde; b) A descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a fim de propiciar a divisão de responsabilidade entre os níveis de governo; c) A participação e o controle da população na reorganização dos serviços.

A VIII Conferência contou com a participação de entidades do governo e de segmentos da sociedade civil, tais como: partidos políticos de esquerda, entidades representativas do movimento popular em saúde, movimentos sindicais, representantes do movimento sanitário e acadêmicos, além de entidades de Estados e Municípios favoráveis à Reforma.

A participação massiva dessas organizações causa impactos bastante favoráveis, pois amplia-se os espaços de participação e aponta ao Governo, propostas que justificam o reordenamento do campo social. Propiciando, inclusive, a construção de novas formas de políticas públicas, ressaltando a importância da conjunção Estado/Sociedade.

A VIII Conferência estabeleceu também as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Apresentaram-se denúncias sobre a violência e os maus tratos a que estão expostos os internos dos hospitais psiquiátricos. Exigiu-se a Reforma Psiquiátrica. A partir dessas duas conferências e da criação do SUS vieram à luz fatos importantes para a história da Reforma Psiquiátrica:

Nesse contexto, a intensificação da luta antimanicomial brasileira reafirma seu compromisso com a reforma realizando a I Conferência Nacional de Saúde Mental – sendo esta também, um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde – e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987.

Cirilo (2006) conta que o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental adotou como lema: “*Por uma sociedade sem manicômios*”, e teve como princípio norteador a desinstitucionalização. Estes eventos propiciaram a participação de usuários, familiares e novos protagonistas envolvidos com o processo de redemocratização da saúde no cenário nacional.

Amarante (1995) evidencia que o planejamento dessas ações permitiu a adoção de novas estratégias que proporcionaram a elaboração de propostas, as quais mais tarde, foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, projetando assim, o corpo da Política Nacional de Saúde Mental.

Conforme Cirilo (2006) foi também no ano de 1988 que o Congresso Nacional contemplou o projeto de lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Porém, apenas em abril de 2001 foi aprovada a Lei nº. 10.216, que passa a regulamentar as normas de funcionamento e financiamento da assistência hospitalar psiquiátrica dos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços substitutivos. Destaca-se, nesse processo, a primeira experiência de serviço substitutivo ocorrida em Santos/SP (CIRILO, 2006) com a abertura do (CAPS Luis Cerqueira). Assim, iniciam-se as primeiras manifestações concretas do objetivo visado pelo processo de Reforma Psiquiátrica.

O re-ordenamento institucional na saúde mental, entre outros aspectos, aponta para o estabelecimento de novas posições tecidas no interior da equipe, bem como, para uma nova visão e abordagem da pessoa portadora do sofrimento psíquico, com vista a favorecer o exercício da cidadania, primando pela a efetivação de seus direitos sociais e civis referentes às necessidades humanas básicas, quais sejam: o direito à vida, à liberdade individual, à saúde, a um bem-estar econômico mínimo, à educação, à habitação e à alimentação, bem como ao exercício junto ao poder político, mesmo que seja como um simples eleitor, considerando que o portador de sofrimentos psíquicos está incluso no universo social como pessoa e como tal não pode ser desvinculada da dinâmica incessante que move a sociedade.

Dessa forma, a desinstitucionalização na saúde mental, direcionada para uma nova perspectiva do ato de “cuidar”, implica na necessidade de executar um trabalho de cunho coletivo, interdisciplinar, quebrando com as relações técnicas, autoritárias, segregadoras e preconceituosas, típicas das práticas psiquiátricas até então vigentes. Nesse sentido Duarte esclarece:

O trabalho terapêutico do ato de cuidar [...], se pauta, necessariamente, na negação do modelo hegemônico manicomial da assistência, o modo asilar de tratamento e cuidado, que por anos foi a resposta do paradigma psiquiátrico. Constrói-se, assim, uma perspectiva teórico-conceitual e assistencial, que rompe radicalmente com a questão da psiquiatrização [...], com a medicalização e hospitalização dos sujeitos em sofrimento-existência (DUARTE; 2006 p.152).

Assim, o “cuidar”, no contexto da Reforma Psiquiátrica, torna-se objeto dos trabalhadores de Saúde Mental. A desmistificação do modelo médico hegemônico começa a ser dissipado e a abordagem passa a ter um cunho de caráter coletivo e interdisciplinar.

Como se pode perceber, a desinstitucionalização imprime novas formas de lidar com o sofrimento/doença mental e passa a exigir uma nova modelagem no padrão de assistência psiquiátrica por meio de dispositivos regulatórios. Nesse sentido, vale destaque para o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, implantado desde o ano de 2002 e que desde então vistoria os Hospitais Psiquiátricos ativos, objetivando a desativação de leitos que se encontrem em más condições de funcionamento.

Mesmo assim, o processo de desinstitucionalização ainda é lento. Segundo Amarante²⁴ (2006), “a marcha é desigual, pois, dar-se dois passos e retrocede-se um”, isso porque, apesar de evidenciar avanços relevantes no decorrer do processo reformista, a Lei 10.216 não assegura a extinção definitiva dos Hospitais Psiquiátricos, além de não deixar claro o que significa a condição de asilado. Seguindo o mesmo pensamento, na Revista *Radis*, nº 38 (2005) Pedro Gabriel²⁵ lamenta o tempo decorrido para a aprovação da referida lei e critica os critérios de regulamentação²⁶ a serem aplicados durante o ato da internação, os quais não correspondem ao quadro de sanidade ou de insanidade apresentadas pelo portador de transtorno mental, salientando que em ambos os casos, ocorre a internação.

Ambos concordam que os maiores desafios constituem-se na ampliação dos serviços de atenção na comunidade, visto que, tais instituições se colocam como estratégias para o exercício do processo reformista, evitando assim, a internação em Hospitais Psiquiátricos. Não devendo funcionar como complemento desses hospitais, mas efetivamente substituí-los.

Porém, esse fato é agravado em decorrência dos dispositivos financeiros destinados a esse tipo de serviço. Segundo dados do Ministério da Saúde (2001) ainda cerca de 70% dos gastos em Saúde Mental são direcionados aos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS. Assim, inevitavelmente a Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo de maneira desigual pelo território nacional, vejam-se o quadro abaixo:

²⁴ Paulo Amarante - Durante palestra proferida no curso de Especialização em Saúde Mental, em Campina Grande/PB, sob convênio com PMCG/SMS/UEPB/UFCG/FIOCRUZ, 2006.

²⁵ Coordenador Nacional de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS.

²⁶ Internação Voluntária: quando o usuário, de livre e espontânea vontade, aceita ser internado. Internação Involuntária: quando o usuário não responde por si, sendo indicada pelo médico, por intermédio de familiares ou de terceiros; e a Internação Compulsória: determinada pela justiça quando o PTM comete algum ato delituoso.

Quadro 02 – Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF (outubro de 2008)

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 habitantes
Paraíba	3.742.606	26	09	02	06	05	48	0,96
Sergipe	1.999.374	18	03	02	01	02	26	0,90
Rio G. do Sul	10.855.214	53	32	01	11	15	112	0,79
Alagoas	3.127.557	33	06	00	01	01	41	0,78
Ceará	8.450.527	33	28	02	04	13	80	0,76
Santa Catarina	6.052.587	35	13	00	06	07	61	0,72
Rio G. do Norte	3.106.430	09	10	00	02	05	26	0,69
Rondônia	1.493.566	10	05	00	00	00	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	01	00	01	05	32	0,66
Paraná	10.590.169	32	24	02	07	17	82	0,63
Bahia	14.502.575	85	24	02	04	11	126	0,58
Maranhão	6.305.539	34	12	01	02	03	52	0,56
Piauí	3.119.697	17	05	00	01	03	26	0,56
Mato G. do Sul	2.336.058	06	06	00	01	02	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	64	40	08	07	07	126	0,49
Rio de Janeiro	15.872.362	29	36	00	12	15	92	0,49
São Paulo	41.011.635	48	64	17	22	45	196	0,44
Pernambuco	8.734.194	12	16	01	03	10	42	0,42
Goiás	5.844.996	08	12	00	02	03	25	0,36
Espírito Santo	3.453.648	05	07	00	00	03	15	0,36
Tocantins	1.280.509	05	02	00	00	00	07	0,35
Pará	7.321.493	14	11	01	01	04	31	0,33
Amapá	613.164	00	00	00	00	02	02	0,33
Acre	680.073	00	01	00	00	01	02	0,29
Roraima	412.783	00	00	00	00	01	01	0,24
Distrito Federal	2.557.158	01	02	00	01	02	06	0,22
Amazonas	3.341.096	00	02	01	00	00	03	0,10
Brasil	189.612.814	602	371	40	95	182	1290	0,53

Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental /MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – estimativa populacional 2008

Considerem-se, pois, que para que se torne efetiva e consistente a atenção aos portadores de transtornos mentais é preciso que se incorporem novos valores objetivando unir sociedade civil e Estado no compromisso de dar respostas à complexa demanda posta à realidade, tal qual posto pelos objetivos reformistas. Sob essa ótica, se torna indispensável que os serviços substitutivos proporcionem conhecimento à comunidade no que tange ao processo de reforma psiquiátrica, munindo-se de equipes igualmente capacitadas e comprometidas com o processo reformista e sob a esguelha interdisciplinar.

Nesse sentido, esse cenário proporciona também, uma significativa mudança na dinâmica cultural de construção da identidade específica de cada profissão, e em se tratando da história da constituição da profissão de Serviço Social, pode-se considerar que também nessa fase está em jogo à construção do projeto ético-político da categoria. Para esclarecer tal

trajetória, procura-se no próximo capítulo, elucidar as questões referentes ao profissional de Serviço Social, mediante sua prática exercida no interior das equipes de saúde mental.

CAPÍTULO III - O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE/PB

3.1 Apresentação gráfica dos resultados da pesquisa

A maioria de nós possui o que denominamos controle arbitrário sobre nossos comportamentos. Assim, mesmo que por vezes tenhamos vontade de responder agressivamente a provocações, acabamos não agindo dessa forma, em função de sermos capazes de exercer nosso autocontrole.

Mentes Perigosas, Ana Beatriz B. Silva

Tanto Bisneto (2007), quanto Siqueira (2007) comungam com a periodização concebida por Vasconcelos (2002, p. 163), a qual destaca que o Serviço Social brasileiro insere-se na área de Saúde Mental no decorrer da década de 1940, atuando em instituições infanto-juvenis, criadas e sistematizadas por higienistas americanos seguidas por brasileiros da mesma linha, que adaptaram a influência higiênica 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, por meio da implementação da educação higiênica estendida às escolas e às famílias dos asilados.

Sob essa perspectiva, o Serviço Social enquadrava-se na Clínica da Eufrenia²⁷ médico-pedagógico, na qual, o trabalho do assistente social consistia em fazer estudo de caso, orientação familiar e comunitária, bem como proceder a “inquéritos médico-sociais” (Id. 2002 p. 164) feito nas casas das crianças.

Bisneto (2007) chama a atenção para fato de que nos primeiros trinta anos de atuação do Serviço Social no país, existiam pouquíssimas profissionais atuando no ramo da psiquiatria, além disso, o autor cita outras particularidades próprias da formação enviesada do Estado brasileiro, que ao longo da história dificultaram o desenvolvimento de teorias e práticas sociais no interior dos manicômios, sendo estas, determinantes das impossibilidades

²⁷ Estudo que teria por fim assegurar a boa formação do psiquismo (Id. 2002).

metodológicas que cercam a atuação destes profissionais na área de saúde mental, vejamos algumas considerações:

No Brasil, o Serviço Social começou como assistência aos trabalhadores para ‘amenizar’ a relação entre capital e trabalho. [...] Havia 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 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. Não empregavam assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 20-21. Grifos nossos).

Esse quadro irá se modificar somente após o golpe de Estado de 1964 sob a égide de modernização e racionalização propostas pelo governo da ditadura militar, que previa reformas no sistema de saúde e da previdência (Netto, 1991). Tem-se, pois, que a efetivação da presença do assistente social em hospitais psiquiátricos só irá ocorrer nos anos de 1970, atendendo às exigências do INPS no sentido de controlar a assistência psiquiátrica, funcionando agora em caráter privatista sob uma administração centralizada que estendia os serviços psiquiátricos a clínicas conveniadas pagas pelo INPS. A multiplicação desses serviços é que irá justificar a abrangência da inclusão de assistentes sociais na área da saúde mental. A esse respeito, Vasconcelos nos aponta que:

Apesar do regime autoritário da década de 1970, 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 nos hospitais, incluindo as assistentes sociais (VASCONCELOS, 2002, p. 192).

Bisneto (2007) observa que, apesar dos princípios expostos nesta portaria a prática profissional do assistente social não irá se pautar pela demanda dos usuários, nem tampouco dos empregadores, mas sim, apenas servirá para atestar o que estava sendo decretado. Nesse sentido explicita:

Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando, da resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral, por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não, era só para constar e nenhum trabalho era efetivamente feito (BISNETO, 2007, p. 24).

Assim, houve um avanço na área de saúde mental no tocante a contratação de novos assistentes sociais. Todavia, esse aumento serviu apenas para expressar as necessidades do Estado em dar resposta à situação de miserabilidade que atingia a sociedade elitizada, no viés de uma modernização desregulada e prepotente imposta pela ditadura militar desde a década de 1960. A esse respeito, Bisneto frisa que:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos de 1960 não era a loucura [...] era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltava à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental (BISNETO, 2007, p. 25).

De fato, a atuação deste profissional no interior dos serviços psiquiátricos serviu de mecanismo de controle para normalizar a ordem dos inaptáveis ao convívio social. Nesse sentido Siqueira (2007) constata que,

A inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental não partiu das necessidades terapêuticas, mas sim, atendia aos interesses da modernização conservadora do Estado ditatorial brasileiro em busca de uma possível legitimação em áreas críticas, como a atenção à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário. O trabalho do assistente social era subordinado à direção das instituições, atendendo prioritariamente à suas demandas para levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação para alta (SIQUEIRA, 2007, p. 51).

Tem-se, pois, que ao longo da década de 1970 e adentrando a década de 1980, o país passará por uma avalanche de reformas, e em decorrência disso se modificam também a concepção do tratamento social dispensado aos usuários dos serviços psiquiátricos, por consequência, tais mudanças favoreceram a atuação prática do assistente social na área de saúde mental, visto que, este profissional guiando-se pelo instrumental teórico que normaliza a profissão, passa a atuar focalizando o PTM como cidadão de direitos, buscando sua reabilitação social, sua inserção na vida familiar e favorecendo sua inclusão nos vários espaços sócio-comunitários.

Conforme apregoam os novos moldes percorridos pela PNSM, a assistência psiquiátrica brasileira passa a necessitar de equipes multiprofissionais que deem conta das demandas em todos os seus níveis e especificidades. Dentro dessa nova estratégia de serviços, preza-se por uma prática de ações terapêuticas realizada em conjunto por profissionais de diferentes áreas de forma interdisciplinar, almejando alcançar resultados que possam contribuir para a saúde mental do usuário, pois apenas a interdição oferecida pela medicina

psiquiátrica, até então em vigor, não solucionou a problemática que envolve diversos fatores que perpassam a realidade social na qual o PTM está inserido. Assim, esse espaço se configura como fecundo para a atuação do Serviço Social.

Logo, o Serviço Social passa a trabalhar com as famílias e com os próprios usuários, proporcionando suporte acerca do transtorno e das ações terapêuticas dentro das instituições substitutivas, visando principalmente, aportar ações que contemplem a defesa dos direitos destes usuários, a fim de amenizar o sofrimento psíquico vivenciado também por seus familiares imersos numa teia de problemas resultantes (muitas vezes) de um emaranhado desencadeado pela questão social conexas ao nosso país, a qual as teorias biologistas e psicologistas não dão resposta por si só.

Assim sendo, o Serviço Social em Saúde Mental precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, fazendo uma leitura crítica destas para dar conta das demandas institucionais sem perder de vista a criticidade e a visão histórica dos processos que envolvem a problemática do PTM, de forma que se coloquem em prática suas proposições voltadas à recuperação do sujeito no âmbito individual, familiar, previdenciário, assistencial e cultural, ou seja, em todas as instâncias de sua vida social.

Logo, a atuação do assistente social deve perpassar tanto a área do Serviço Social quanto da Psiquiatria, da Psicologia e das demais envolvidas nesse processo, realizando acolhimento, oficinas, fortalecendo redes de atenção, com o fim de promover a cidadania, a autonomia do sujeito e sua inserção na família, na comunidade e na sociedade em geral.

Portanto, para responder a tais particularidades, fez-se necessário realizar uma análise sobre a prática do assistente social na Saúde Mental, de modo a contemplar as equipes que compõem os serviços da RSM de Campina Grande/PB, buscando abranger o funcionamento do novo aparato institucional no qual o assistente social está envolvido, tanto quanto, procurou-se realizar uma análise macro das questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas que permeiam a dimensão institucional, a fim de compreender como se dá a relação interdisciplinar²⁸ no interior dos serviços substitutivos existentes no referido município.

²⁸ Conforme apregoa Vasconcelos (2002), a interdisciplinaridade [...] é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados (p. 47).

Sobre a adoção do conceito de interdisciplinaridade, especialmente no campo da saúde mental, tem-se o mesmo entendimento exposto por Vasconcelos (2002), quando leva a crer que:

A nova proposta tem implicado um sério questionamento e re colocação em novas bases dos princípios anteriormente aprendidos pelos profissionais de saúde mental em sua formação anterior, bem como uma democratização efetiva das relações de poder nas equipes, apesar de todos os atravessamentos em contrario (VASCONCELOS, 2002, p. 47-48).

Após exposto tal entendimento, dar-se prosseguimento ao teor dos dados coletados na pesquisa. Antes, porém, destacam-se alguns aspectos relacionados à assistência psiquiátrica existente no município até a implantação dos serviços substitutivos.

Segundo o relatório de gestão 2003-2006, que trata da saúde mental no SUS, até 2005 o município de Campina Grande contava com as instalações do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF (antigo Hospital João Ribeiro) e com a Clínica Dr. Maia, ambos, sendo credenciados ao SUS atendia grande parte da demanda psiquiátrica no compartimento da Borborema e regiões circunvizinhas.

Depois de concluída a avaliação do PNASH/Psiquiatria/2002, dar-se prosseguimento ao processo de desinstitucionalização do Hospital João Ribeiro, onde havia 176 internos e, conseqüentemente, efetiva-se o descredenciamento do referido hospital da rede SUS em julho de 2005 (BRASIL, 2007).

No entanto, mantêm-se no município as instalações da Clínica Dr. Maia, que apesar de contar com grande parte dos leitos psiquiátricos credenciados ao SUS²⁹, não compartilha da mesma metodologia de assistência psiquiátrica impressa pela nova PNSM, visto que, o município não dispõe de um serviço de regulação que possa pactuar ações através da Rede de Saúde Mental atualmente instalada. No entanto, não se dará ênfase a estes aspectos, pois se pretendem esboçar aqui, especificamente, as características de trabalho nos serviços substitutivos alocados abaixo.

Atualmente a RSM de Campina Grande/PB é composta por nove Serviços Substitutivos, somados ao conjunto de seis Residências Terapêuticas, sendo que dois destes CAPS localizam-se nos distritos de Galante e São José da Mata, respectivamente, não sendo

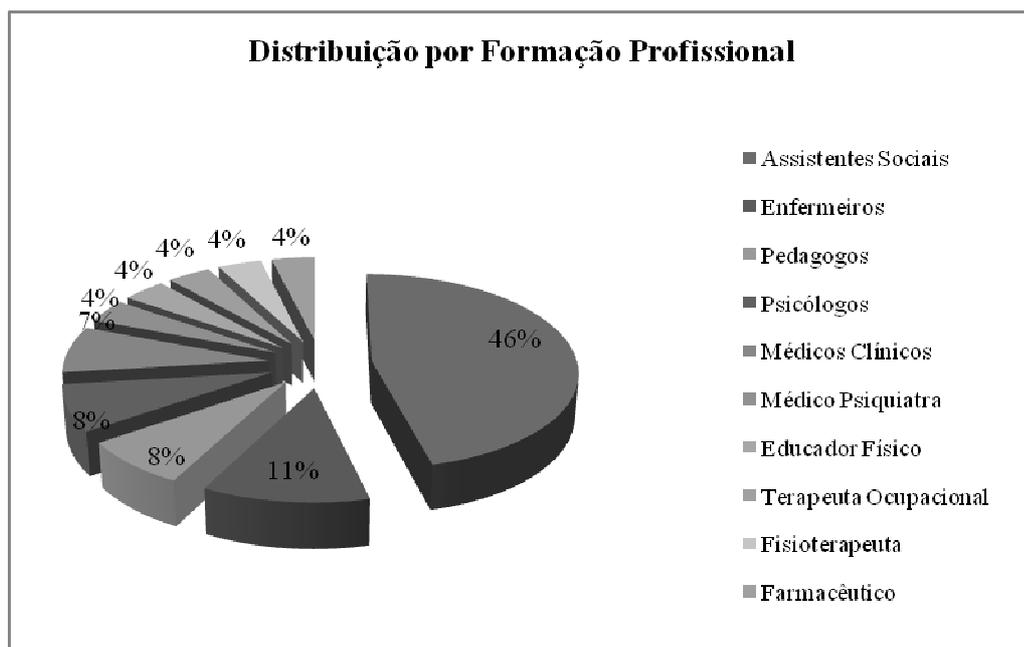
²⁹ Segundo dados do Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Campina Grande conta com 160 leitos psiquiátricos cadastrados (disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>). Sendo que, a quantidade de leitos instalados nos serviços substitutivos não ultrapassa a capacidade de 20 (vinte).

abarcado por esta pesquisa devido entrarem em funcionamento muito recentemente, num período em que essa investigação já estava em andamento. Dessa forma, a pesquisa contempla 100% das unidades localizadas na zona urbana.

Sendo assim, optamos por realizar a pesquisa nos sete primeiros serviços implantados, o que compreende 80% do universo investigativo, quais sejam: EP, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i “Viva Gente”, CAPS i “Intervenção Precoce” e os Serviços de Residências Terapêuticas, estes últimos em número de seis, conta com uma coordenação centralizada, tendo como Técnica de Referência uma assistente social, devido essa particularidade, foram incluídos na amostra.

Tais serviços comportam profissionais de diferentes áreas, das quais se extraiu uma amostra aleatória, utilizando como critério de inclusão os profissionais com formação superior que atuam diretamente com o assistente social, dentre estes: 03 enfermeiros, 02 pedagogos, 02 psicólogos, 02 médicos clínicos, 01 médico psiquiatra, 01 educador físico, 01 terapeuta ocupacional, 01 fisioterapeuta e 01 farmacêutico. Perfazendo o total de 14 profissionais de diferentes áreas somados a 12 profissionais de Serviço Social, o que configurou uma proporção de 54% profissionais entrevistados para 46% dos assistentes sociais inseridos na RSM, conforme mostra o gráfico abaixo:

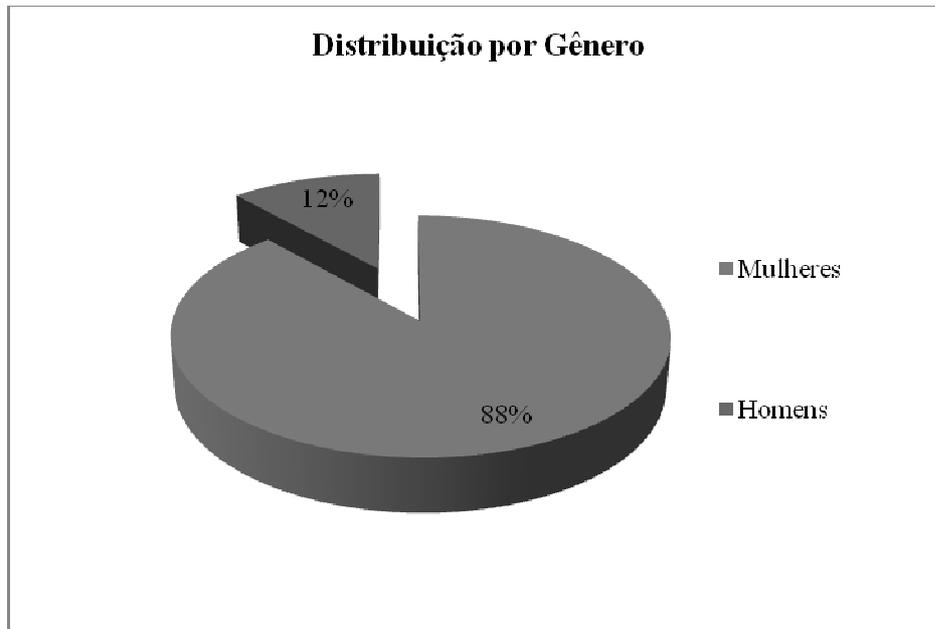
GRÁFICO 01



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Na maioria das equipes, o número de profissionais do sexo feminino supera o sexo masculino, bem como podemos visualizar conforme os dados indicados:

GRÁFICO 02

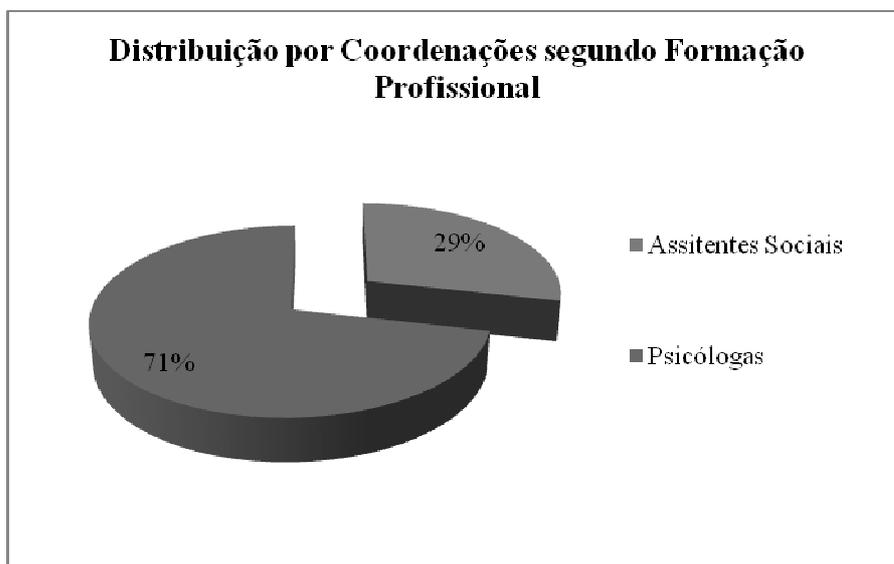


Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

De acordo com o gráfico acima, 88% dos 26 profissionais entrevistados são mulheres e apenas 12%, ou seja, 03 são homens. Isso se explica, em parte, pela preponderância da atuação feminina na área da assistência social, desde sua gênese vinculada à Igreja Católica, veja o que diz Cisne:

A responsabilização da mulher à 'questão social' e, conseqüentemente, à assistência social, se dá uma vez que se considera e fomenta uma ideologia (principalmente via Igreja Católica). [...] Assim a assistência social foi se constituindo 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 um cumprimento de seu 'papel na sociedade' (CISNE, 2004, p. 44-45).

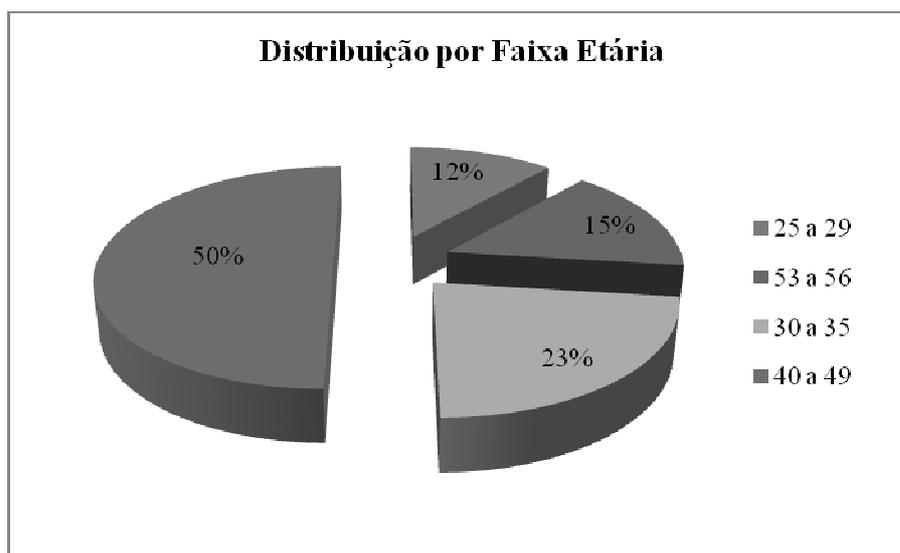
Ademais, essa proporção acentuada de mulheres em relação a dos homens é preponderante em toda RSM/CG, fato observado em todos os serviços onde se deu a pesquisa, visto que as coordenações destes são assumidas prioritariamente por mulheres com formação superior, sendo que dos 07 serviços observados, 02 são coordenados por assistentes sociais e 05 por psicólogas, veja as proporções no gráfico abaixo:

GRÁFICO 03

Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Vale salientar que se acredita que devido à Coordenação Geral destes serviços estar a cargo de uma psicóloga seguidora da psicanálise, motiva-se a priorização da atuação dos psicólogos à frente dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Campina Grande/PB.

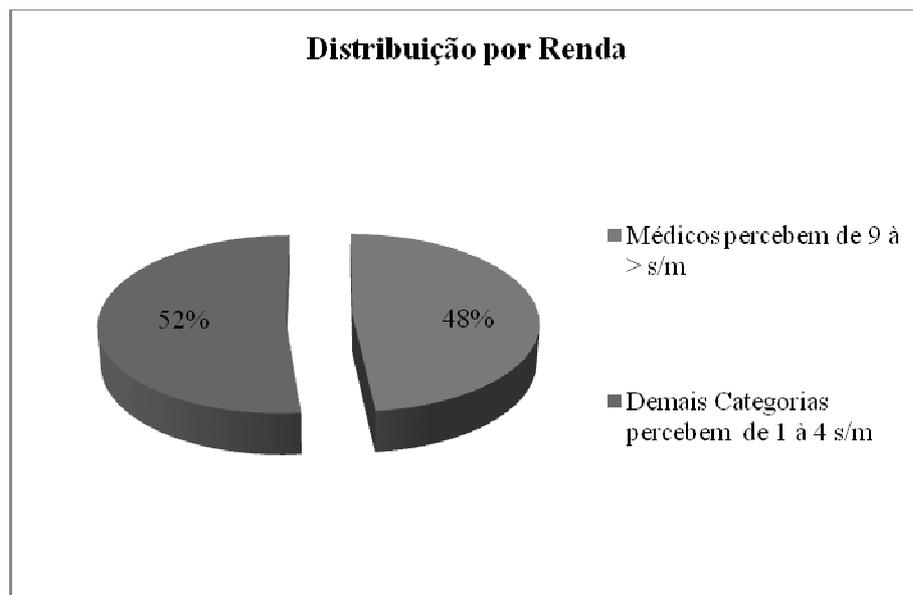
Em relação à faixa etária dos profissionais entrevistados, apresentamos o gráfico abaixo

GRÁFICO 04

Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Pode-se observar a partir dos dados acima que os profissionais pesquisados – em sua maioria 50% – encontram-se na faixa etária de 40 e 49 anos (13), seguidos dos 23% entre 30 e 35 anos (06), 15 % correspondem à faixa etária de 53 a 56 anos, ou seja, (04) e o restante dos entrevistados correspondentes a 12% dos profissionais que se encontram nas faixas de 25 a 29 anos (02). Pode-se assim dizer que 50% da amostra são profissionais com vasta experiência na sua respectiva área de atuação. No entanto, esses dados apontam para um a realidade, de certa forma negativista, no que concerne ao entendimento das relações tecidas dentro das equipes, as quais, ainda apontam para uma relação hierarquizada, centrada na submissão do conhecimento médico, o que dificulta o processo interdisciplinar. Dados estes, também comprovados pela diferença salarial conferida a esta categoria, veja:

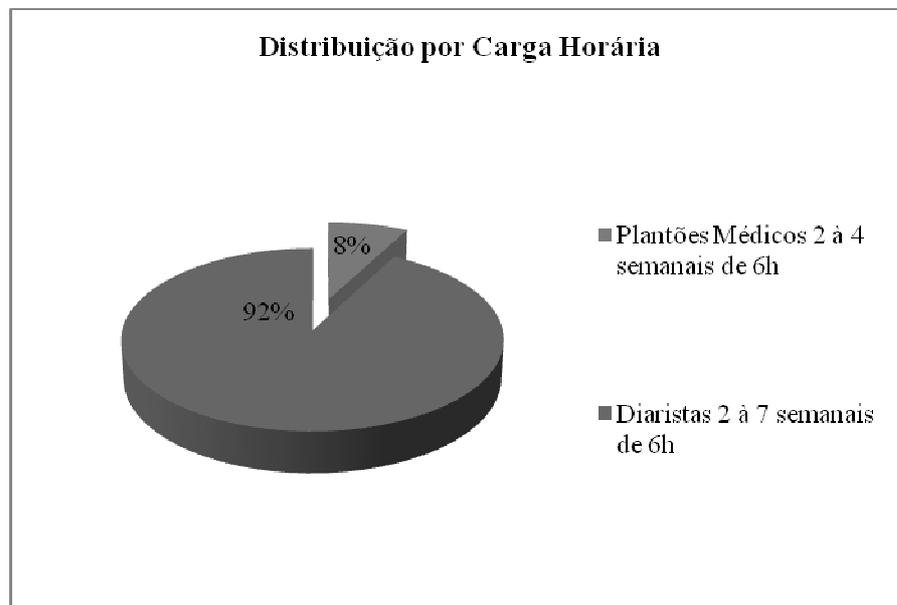
GRÁFICO 05



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Então, conforme apontado pode-se observar que na sua maioria 52%, ou seja, 23 profissionais relacionados em diferentes categorias percebem renda muito inferior a dos médicos, diga-se 48%, ou seja, 03 profissionais da categoria médica que participaram da amostra. Somando-se aos resultados do gráfico 04, é possível evidenciar no gráfico 05 que os profissionais médicos possuem uma carga horária inferior a 40 horas, visto que, na maioria dos serviços, atende sob regime de plantões que não ultrapassam 12 horas, veja:

GRÁFICO 06



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009

Essa evidência desfavorece sobremaneira a continuidade de um trabalho dinâmico e interdisciplinar, provocando muitas vezes desgastes e sobrecargas no interior das equipes. Segundo dados apontados na obra Brasil (2006), no caso dos médicos não cumprirem uma carga horária igual aos demais profissionais ocorre devido ao aumento da oferta de mão de obra que conduz a uma “[...] mudança no perfil profissional autônomo para profissional assalariado” (p. 43), que complementa sua renda em outras atividades extra CAPS em serviços diversos, ao passo que Carvalho acrescenta:

[...] em virtude da concorrência e da queda dos salários em geral e dos valores pagos por procedimentos, a categoria médica passou a aumentar sua carga horária de trabalho para poder alcançar os índices salariais a que historicamente a profissão de médico fez jus (CARVALHO, 2008, p. 137).

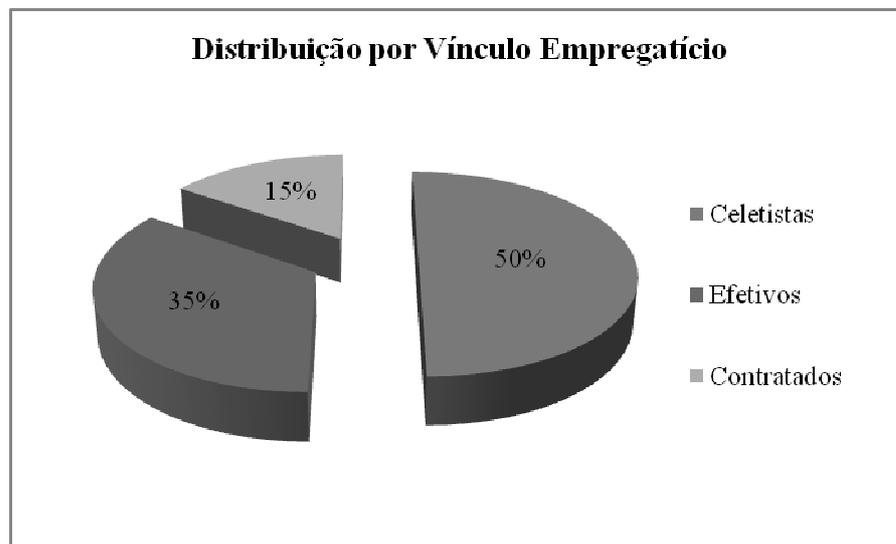
Essa disparidade salarial contrapõe-se à compreensão de um processo multifacetado e complexo que envolve profissionais capacitados de outras áreas, que devem prezar pelo desenvolvimento de ações interdisciplinares, que trata com terapêuticas diversas, considerando que o campo da saúde mental carrega essa complexidade a qual precisa ser lida e entendida por meio de uma metodologia biopsicossocial. Em relação a essa última característica, Máximo (2006) avalia que barreiras estão sendo transpostas:

Parece-nos que uma das condições para frutificar a idéia de interdisciplinaridade é a ausência de competição e do medo de o profissional médico ter suas orientações clínicas desviadas ou impedidas; ou ainda, seu desprezo por outras categorias, o que nos parece uma barreira cultural e política difícil de ser transposta (MÁXIMO, 2006 p. 18).

No entanto, entendendo-se que a importância dos profissionais que trabalham nessa área não pode ser menor ou maior que a de outro, o que comumente acontece quando se verifica as diferenças salariais e o tempo de serviço dedicado a tais atividades. Vale ressaltar que não se está primando por uma defasagem salarial em relação médico x profissionais, mas por salários mais justos para as diferentes categorias, como também, carga horária compatível com as demais.

Necessita-se, pois, evidenciar que a formação das equipes de Saúde Mental do município de Campina Grande estacionou as expectativas assumidas no início das instalações dos serviços substitutivos. Vale lembrar que a SMS de Campina Grande realizou uma Seleção Simplificada em 2004, com vistas a formar recursos humanísticos para a atuação em saúde mental no término do processo interventivo ocorrido no INCANERF. No entanto, as propostas para regularização desses quadros nunca foram concretizadas, encontrando-se 50% dos os profissionais entrevistados (13) sob regime de contratação temporária (celetistas), seguidos por 35% dos profissionais efetivos (09) que complementam sua carga horária em algum dos serviços pesquisados, e por último temos as contratações compulsórias 15%, perfazendo o total de 04 profissionais incluídos nessa amostra. Veja o gráfico a seguir:

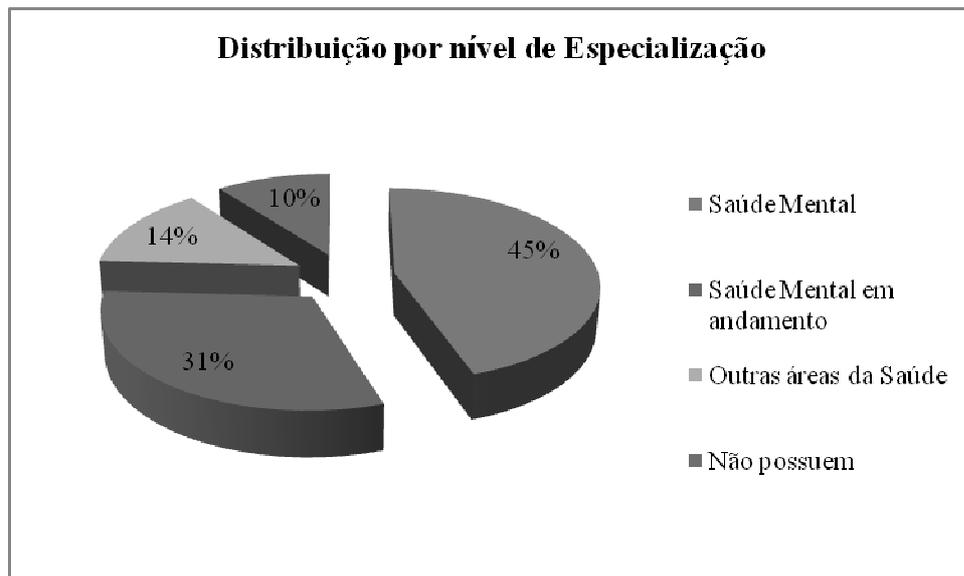
GRÁFICO 07



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

No tocante a capacitação profissional para atuação específica na área de saúde mental, constata-se que 13 dos entrevistados possuem Curso de Especialização na área de Saúde Mental, 09 profissionais estão com o curso em andamento, 04 possuem formação em outras áreas de saúde e 03 não possuem formação na área de saúde mental. Veja os dados captados no gráfico abaixo,

GRÁFICO 08



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Com base no exposto, fica elucidado que a formação de recursos humanos nesta área obedece a uma orientação do Ministério da Saúde com base no documento elaborado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, o qual considera que

O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais 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, p. 44-45)

Podemos ver que essa proposta se configura como um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em Campina Grande, as primeiras turmas que participaram dessa formação, foram contempladas com a organização de entes federativos (UFPB, UEPB, UFCG) conveniados com a Fundação Fio Cruz e apoiados pela SMS/CG.

No entanto, esse processo sofreu mudanças drásticas nos últimos 03 anos, no que concerne a formação multidisciplinar, visto que, a Coordenação Geral de Saúde Mental assumiu o processo formativo, adequando teorias e disciplinas voltadas para o campo da psicanálise, o que de vista, não perde sua importância, entretanto, desvia-se do objetivo fundamental destinado à superação do “paradigma da tutela do louco e da loucura” (Id, 2005), o qual envolve fatores de diversas ordens, ou seja, os aspectos de ordem social, político e cultural, sendo estes, de extrema necessidade a atualização dos trabalhadores dos CAPS, como também, da atenção básica para o enfrentamento das necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS.

Vale salientar, as mudanças transcorridas no quadro das disciplinas, durante oportunidade que se teve de frequentar os módulos temáticos na condição de “participante ouvinte” nas aulas ministradas na primeira turma formada, como também, no decorrer das demais.

Com relação ao público alvo, ou seja, as (12) assistentes sociais inseridas na RSM/CG pode-se afirmar que 100% da amostra é constituída por profissionais do sexo feminino, na faixa etária entre 27 e 55 anos de idade. O que nos induz a pensar que esse período de formação antecede a década de 1980, as qual segundo Bravo e Matos (2004), referencia um período decisivo para o alcance da maturidade profissional impresso no pensamento dos citados autores ao considerarem que “O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época”, além de apontarem que repassar a década de 1980,

É fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria - intenção de ruptura - e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista [...] (BRAVO e MATOS, 2004, p. 08).

Ainda, ambos os autores alertam que:

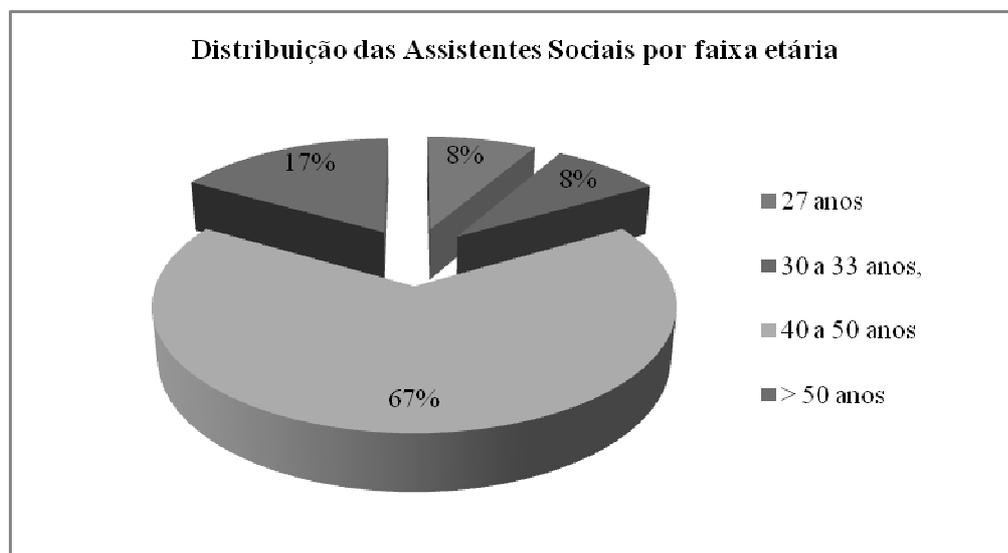
Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - o maior campo de trabalho (BRAVO e MATOS, 2004, p. 08).

Nesse sentido, a atuação do Assistente Social brasileiro, conta com instrumentais construídos a partir do seu encontro com a vertente marxista, expressos nos princípios do Código de Ética. Em destaque citam-se:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (BRAVO e MATOS, 2004, p. 18).

Assim, ressaltamos a necessidade de pôr em prática, os princípios norteadores da nossa profissão visto que, as questões referentes à clientela atendidas nestes serviços recorrem a um profissional capacitado, que lhes der resposta quanto aos seus direitos negados, no entanto, precedidos pela Constituição Federal desde 1988. Vejamos o gráfico abaixo:

GRÁFICO 09



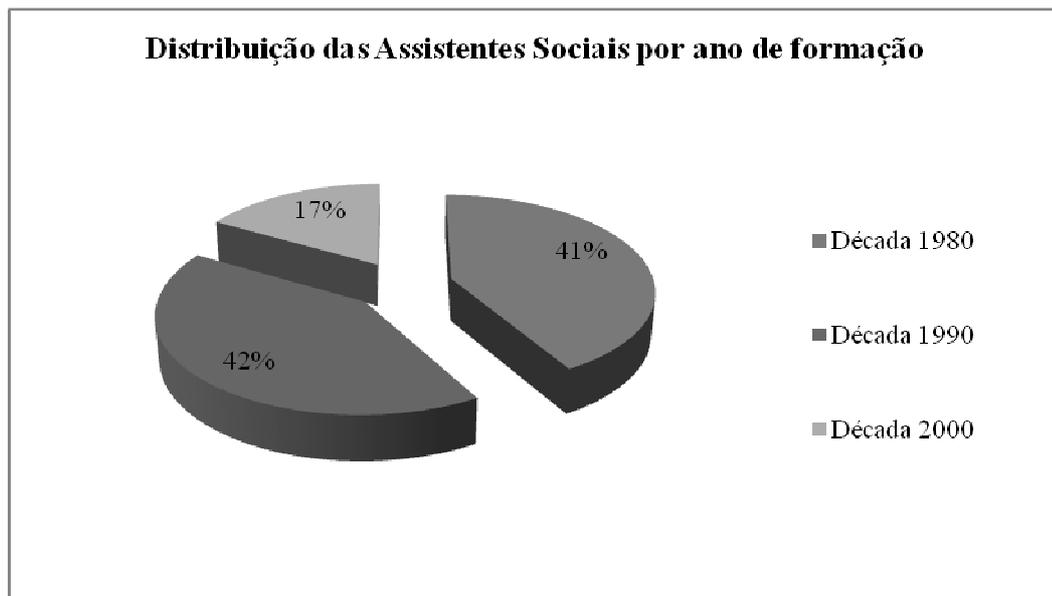
Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Destas, 02 ocupam o cargo de coordenadoras dos serviços, as quais contam com grande poder argumentativo dentro da organização da rede, porém sofrem limitações, pertinentes à administração. Observe a fala de um dos entrevistados sobre as limitações do trabalho em rede,

“Pra que o serviço caminhe de uma melhor forma possível é necessário que todos os envolvidos nesse trabalho também estejam [...], falando a mesma língua. Entendendo as dificuldades, às vezes acontece de muita coisa não tá ao nosso alcance. A gente sabe que é dever da gente, mas não tá, a gente não pode fazer por questão de gestão. A principal dificuldade que eu vejo nesse sentido é isso, muitas vezes o gestor [...]. Os nossos superiores não entendem as nossas dificuldades, então assim, a gente sabe que tem alguma coisa pra fazer, a gente tá recebendo a ordem, mas não pode executar por questões executivas mesmo ou institucionais. A dinâmica não é compartilhada, a gente tem um entendimento e a gestão tem outro.”
(Entrevistado 03)

Com relação ao ano de formação, 10 assistentes sociais apresentam paridade na formação superior entre as décadas de 1980 e 1990, seguidas das egressas formadas nos anos 2000, sendo assim 02 assistentes sociais respectivamente. Vejamos os dados percentuais encontrados,

GRÁFICO 10



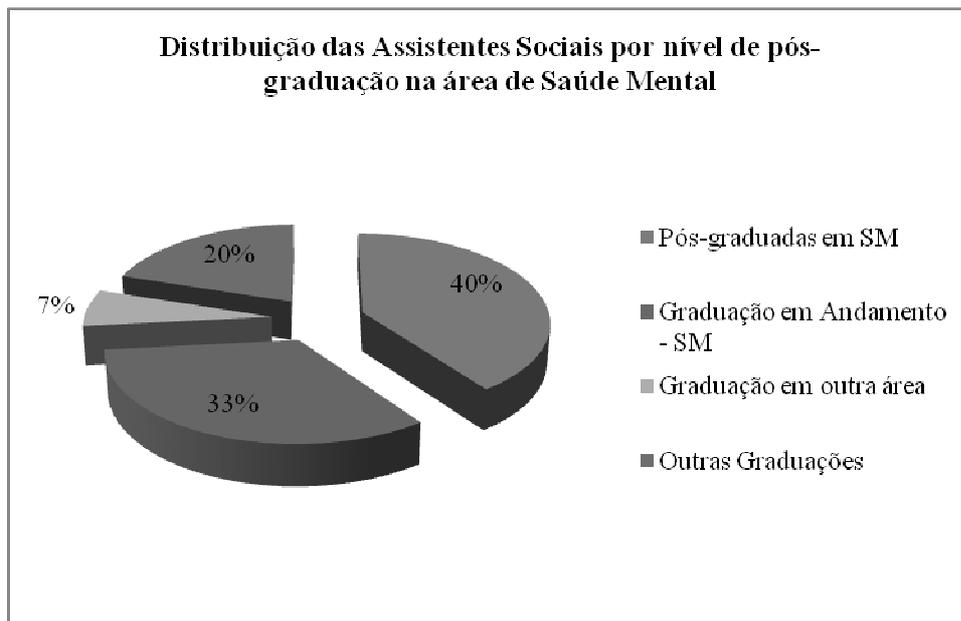
Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

A relevância dessa informação vai repercutir nas mudanças 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.

Possivelmente em suas graduações não passaram por tais mudanças, no entanto, para dar conta do novo modelo de assistência, estes profissionais buscaram atualizações por meio de cursos de especialização, conforme os dados abaixo:

GRÁFICO 11



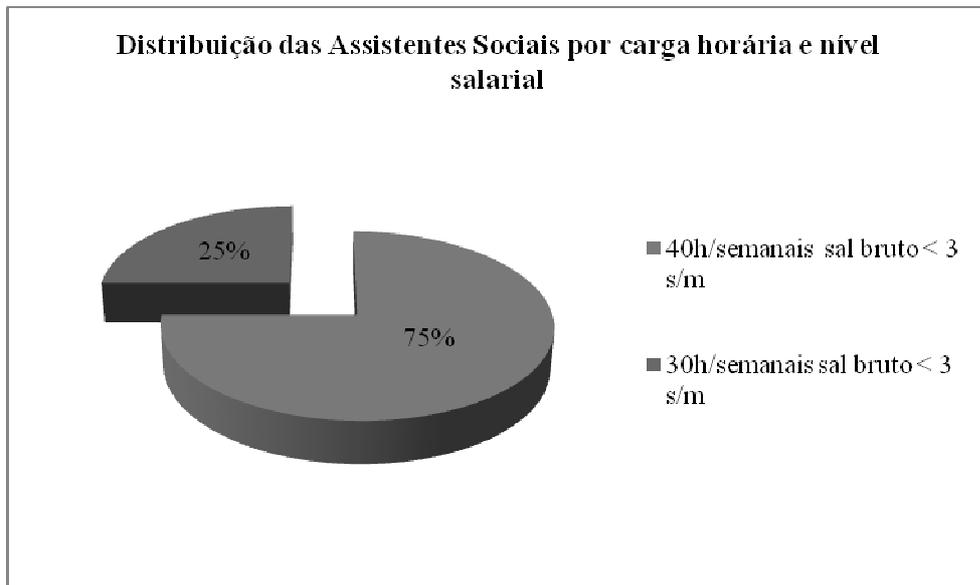
Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Em relação ao nível de capacitação profissional percebe-se que um número expressivo das assistentes sociais investigadas possui algum tipo de pós-graduação, adicionados à formação específica na área de saúde mental. Conforme o resultado estatístico apresentado, abrimos um parêntese para evidenciar o interesse dos trabalhadores atualmente na área, em enriquecer seu currículo na opção pela especialização, o que, aliás, consta como exigência da própria política de saúde mental vigente no país, como indicativo básico da coordenação nacional de saúde mental.

Em relação à carga horária, é observado que a maioria cumpre a carga horária de 40 horas semanais, percebendo uma renda inferior a 03 salários mínimos, sendo que, quem exerce a função de coordenação recebe valor adicional.

Vejamos os indicativos no próximo gráfico:

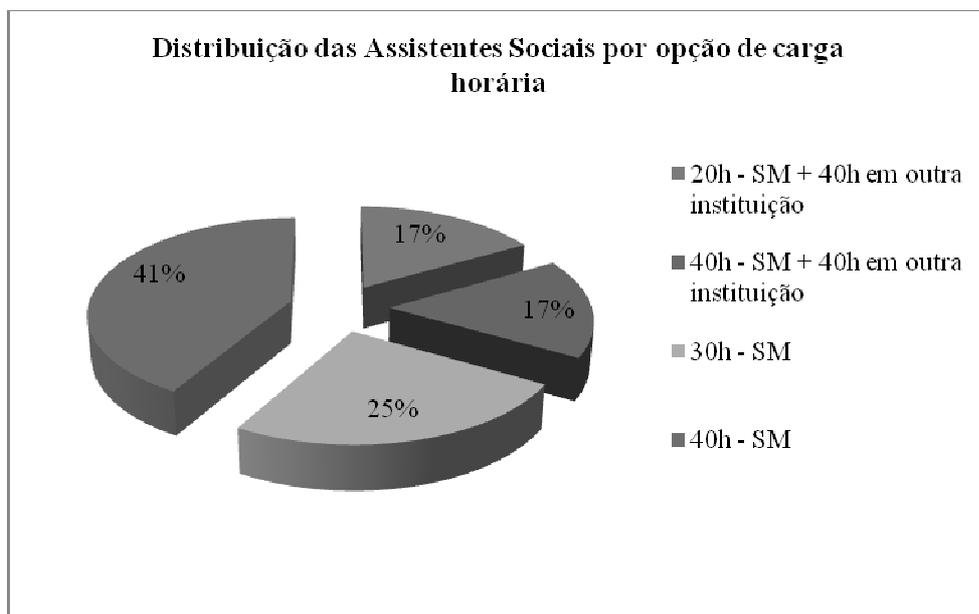
GRÁFICO 12



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

No entanto, até a finalização da nossa investigação, 04 assistentes sociais optaram por complementar renda salarial em outros estabelecimentos institucionais, assumindo cargos como concursadas ou prestadoras de serviços em CRAS, NASF e SMS, respectivamente, sendo que apenas 02 destas, optaram por reduzir a carga horária, para 20 horas semanais.

GRÁFICO 13



Fonte: pesquisa de campo, RSM/CG, 2009.

Tem-se, pois, que as alternativas salariais oferecidas pela RSM/CG não são muito atraentes, somando-se ao fato de que promessas administrativas não foram cumpridas pela gestão, relacionadas à realização de concurso público com o fim de efetivar e regularizar o quadro funcional destes trabalhadores, não restando alternativa, se não dispersar da área de saúde mental.

Mesmo persistindo uma maioria destes profissionais atuando nos serviços substitutivos relacionados, percebem-se a insatisfação das mais variadas formas, relacionadas à sobrecarga de trabalho, às cobranças institucionais, às impossibilidades de executar as demandas próprias da área. Observe a fala de um profissional sobre a função do assistente social da sua unidade,

“Além de toda essa parte que realmente é social né, de família e fora a instituição, ela faz todo um trabalho dentro da instituição, pode ser em grupo de família, pode ser em oficina terapêutica, trabalhando a autonomia do usuário, o resgate familiar, então assim... Ele pode trabalhar não só fora, mas dentro da instituição fazendo o seu papel de terapeuta”. (Entrevistado 05)

Dessa forma é possível perceber que aos assistentes sociais são designadas as mais variadas “tarefas”, impossibilitando-os de executar atividades extra CAPS, em trabalhos que poderiam ser desenvolvidos junto às comunidades, no assessoramento de ações voltadas para a participação da sociedade no processo reformista. O que fica implícito na fala desse A.S:

“O que eu acho que falta, é esse trabalho que falta na comunidade, acho que isso tinha que ser mais extra-muro, procurar inserir mais esse usuário na comunidade, eu acho que ta faltando dependendo da situação problema é, uma coisa assim muito pontual num é aquela coisa que a gente precise mudar na comunidade é uma coisa que deve ser mais efetivado” (A.S 2).

Retomando os objetivos da pesquisa, evidencia-se que em relação à metodologia, opta-se tecnicamente pela pesquisa de campo, a qual, segundo Cruz Neto, “Se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo” (1994, p. 51). A intenção é captar os conhecimentos dos atores pesquisados em relação às funções desempenhadas pelo assistente social, como também, observar de que forma a prática deste profissional contribui para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, atuando num espaço de complexidades diversas e sob a perspectiva da interdisciplinaridade.

Para tanto, faz-se uso da observação participante e da aplicação de questionários (Anexo I) com roteiro semi-estruturado, considerado conforme reza Minayo, (1994) um procedimento por meio do qual, o pesquisador busca obter informações embutidas na fala dos sujeitos. As referidas entrevistas foram gravadas em aparelho digital, com prévia autorização do participante mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), e foram realizadas nos serviços substitutivos onde os profissionais encontravam-se lotados. As observações foram feitas no decorrer do processo investigativo, freqüentando os serviços, visto a pesquisadora ter livre acesso as equipes supracitadas.

Assim, após a identificação dos dados, passa-se a quantificá-los, conforme expostos nos parágrafos anteriores. Quanto aos dados qualitativos, estes foram alocados em três módulos temáticos quais sejam: **MÓDULO A – averigua as percepções das equipes investigadas sobre o contexto dos serviços de saúde mental; MÓDULO B – trata das percepções das equipes investigadas sobre a prática do assistente social e, por último, MÓDULO C – apreende as percepções dos assistentes sociais sobre o exercício profissional da rede de saúde mental.** Passa-se agora para os resultados obtidos.

3.2 MÓDULO TEMÁTICO A - Percepções das equipes investigadas sobre o contexto dos serviços de saúde mental

O trabalho interdisciplinar delineado pelo novo modelo de assistência à saúde é na atualidade um pressuposto para um melhor desempenho do trabalho em equipe. Na saúde mental não é diferente e aparece como uma possibilidade de criar novas estratégias que possibilitem um bom desenvolvimento das ações voltadas para os indivíduos que apresentam alterações emocionais e psíquicas.

No entanto, não há consenso quanto à validade que preceitua o conceito. Visto que, falar de interdisciplinaridade envolve discussões de aspectos complexos, resultando em distintas classificações. Invariavelmente o conceito de interdisciplinaridade se relaciona com outros termos, tais como: disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. No entanto, dedica-se aqui, apenas ao objeto em análise, ou seja, a interdisciplinaridade.

Carvalho (2008) descreve conceitualmente os trâmites que perpassam o caminho metodológico da interdisciplinaridade afirmando que: “trata-se de um debate árduo em torno

de uma conceituação, que como afirma diversos autores é ‘uma tarefa inacabada’ sobre um fenômeno que estar muito longe de ser claro e evidente” (Id. p. 26). Contudo, adotaremos aqui uma das classificações citadas pelo referido autor, quando considera que,

Interdisciplinar 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 (ERICH JANTESCH, apud CARVALHO, 2008, p. 33 – grifos nossos).

Tem-se, pois, que a interdisciplinaridade representa a integração entre as disciplinas, concebendo uma conexão de trocas entre os especialistas envolvidos no processo. Desse modo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas, incorporando novos elementos para a produção de uma disciplina transformada, não bastando somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas conferir, apreciar e adicionar subsídios que possa dar resultado em ações transformadoras.

A proposta de um trabalho interdisciplinar em termos de Saúde Mental se faz imprescindível, visto que, se configura como uma estratégia de enfrentamento a uma problemática diversificada e complexa, a qual está relacionada com diferentes processos que perpassam fatores de ordem econômica, política, cultural, social, psicológica, e biológica. Para tanto, faz-se necessário a adoção da interdisciplinaridade, não só como forma de desvendar a complexidade que envolve os múltiplos processos do campo da saúde mental, mas também como forma de relativizar e trabalhar as relações de poder implícitas no interior das equipes.

No entanto, quando indagados sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, enfatizando aspectos interdisciplinares, os discursos abaixo indicam a falta de clareza sobre a terminologia e a finalidade da prática interdisciplinar. Vejamos,

Eu acho que sim, eu acredito. Isso muda muito de foco. Mas na minha visão aqui, eu trabalho muito em equipe. Eu peço a opinião de toda a equipe, a auxiliar, a enfermeira, [...] eu atuo muito em equipe, até pra diminuir minha responsabilidade (Entrevistado 01).

Ocorre. Ainda com muitas dificuldades, até porque nem todo mundo tá acostumado a trabalhar na interdisciplinaridade, mas a gente procura nas reuniões né, com as pessoas que tem mais experiência, tá sempre fazendo com que todo mundo se interaja melhor. Considero a equipe cooperativa, existem muitas pessoas boas, muitas pessoas comprometidas, não só com relação à interdisciplinaridade, mas com a causa mesmo da Saúde Mental (Entrevistado 03)

Por outro lado, os profissionais demonstram ter conhecimento sobre os princípios reformistas e dos imperativos antimanicomiais, visualizam o espaço de atuação como possibilidade de implementação de uma prática em consonância com o que reza a política de saúde mental brasileira. No entanto, evidenciam angústias advindas de um processo desorganizado e da falta de entendimento sobre a reinserção social destes usuários, como também demonstram disparidades no entendimento da gestão atual em relação ao funcionamento das unidades substitutivas, acabando por somar entraves no desenvolvimento das ações, conforme se pode perceber nas falas abaixo:

Olhe, eu considero ainda num processo de formação, [...] mas os princípios que norteiam a reforma que seria a reinserção, o desenvolvimento, à redução de danos no caso das internações, então, são princípios que ainda, eu acho que ainda existe certa barreira, ainda social, cultural, da própria sociedade também. Agora, especificamente do serviço, a gente se esforça pra que isso chegue ao ideal, que aí, a questão do ideal sempre deixa a desejar né. (Entrevistado 11)

Assim, eu acho que a gente ainda tá tentando, a gente não tá assim... Com aquela reforma bem definida na nossa cabeça. Que às vezes, a gente achou que só abrir o CAPS já houve a reforma, e não houve né. Eu acho que quando a gente pensa em sair com esses usuários pra lugares que todo mundo frequênta, incentivar (no caso das crianças) que as mães levem que eles participem da escola, que tenham um grupo social, que façam esportes como as outras crianças, que façam alguma coisa além de cuidar da doença, eu acho que a gente tá partindo um pouquinho pra essa reforma, mas ainda tá distante, mas pelo medo sabe? Os profissionais têm medo dos usuários serem atropelados (de que aconteça algum acidente e sejam responsabilizados), mas em minha opinião isso pode acontecer a qualquer pessoa [...]. (Entrevistado 14)

Não. Olha assim, aqui no CAPS é como eu disse a gente não segue fielmente a questão dos parâmetros da reforma, porque você sabe que a linha que a gente tá seguindo hoje não é a linha analítica, é linha psicanalítica, né, e que não vê a questão mais social e sim a questão do sujeito, a gente vê o sujeito vê a pessoa, se fala em sujeito né? Não a questão do social, mas o sujeito se liga muito a questão do sofrimento né, do sofrimento psíquico, subjetivo né, mas não vê a questão social, porque não adianta você trabalhar a subjetividade se você não trabalha o social, a realidade que ele vive, como é que tá atuando em casa, como é que a família o vê, a gente trabalha dessa forma. [...] Trabalha a linha psicanalítica né? Que é a linha da gestão atual é a psicanalítica, não analítica, de analisar a conjuntura de fatores que estão influenciando o transtorno dele tá sempre botando na emergência ou sempre vindo pra cá em crise ou qualquer crise que seja, porque a gente imagina crise como agressividade, um grito, como um... Mas às vezes a crise é a situação, é como o usuário apresenta. Às vezes ele tá quietinho no seu canto lá, ele tá em crise, às vezes ele tá enfrentando um problema em casa, que a gente de alguma forma tenta resolver aqui dentro, e a única maneira que a gente tenta resolver é com o intensivo, é por isso o semi-intensivo daqui tá sempre cheio, é por isso que sempre o intensivo da unidade é cheio, fora mesmo, a gente sabendo que atende municípios pactuados daqui, mas acaba partindo do princípio da casa, do convívio social, da família que não é bem trabalhada [...]. (Entrevistado 02).

Com relação ao significado expresso pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, reafirmam a importância para o estabelecimento de novas práticas, inclusive apontam para uma nova visão em relação ao leque de opções patrocinadas pelo movimento reformista, reconhecendo as possibilidades de aprimoramento e mudança na própria conduta em relação à antipatia credenciada historicamente ao campo psiquiátrico. Veja-se,

A RP foi um marco na minha vida, ela foi importante para mim como pessoa, como indivíduo, como cidadã e como profissional, me abriu as portas pra justamente essa visão é, é, é, holística, humanista e apesar de trabalhar em locais que contempla mais pacientes com transtornos mentais psíquicos, moderados, graves sistêmicos, a gente vê, começa a ver também as pessoas em si, é, no seu contexto também do sofrimento psíquico né! O homem como um ser solitário é sofredor e passível de dores em vários momentos da sua vida, então isso lhe dá sensibilidade diferente em relação ao ser humano. Falo do MRP (ênfatizando), porque primeiro foi essa visão de psiquiatria, que geralmente é uma especialidade que a gente deixava a parte né?! É... Eu acho assim, que foi um momento importante, histórico em termos de saúde no Brasil, porque não existe saúde sem SM [...] e tudo eu quis dizer assim: é que todos nós temos nossos diretos e nossos deveres, é respeito ao cidadão portador de SM que me fez abraçar a reforma, vê-lo... Assim é tirar as grades, ir para fora dos muros, esses termos que a gente fala muito na RP. Que é uma reforma em meio... Dentro do Brasil, ainda caminha claro, ela é um trabalho nosso, em fazer com que ela, ela é um trabalho nosso em fazer com que essa RP progrida descobrindo novas coisas, né... É por aí... (Entrevistado 09)

A reforma é um movimento de uma importância ímpar na medida em que propicia ao portador de doença mental, um tratamento humanitário, dando oportunidade de esse vivenciar sua cidadania, integrado a comunidade, a sua família. (Entrevistado 08)

Por outro lado, alguns entrevistados apontam dificuldades que são perscrutadas no decorrer do processo reformista - reconhecendo os entraves. Porém, expõem uma defesa fragmentada, sem elementos contundentes que subsidiem os argumentos contraditórios à efetivação da reforma, alegando impossibilidades utópicas, sem prescrever os encaminhamentos de um processo complexo, possivelmente viável por meio de construções de redes alicerçadas por especialistas comprometidos com o processo,

Eu acho que foi um avanço, né, apesar de que não foi. Não aconteceu 100% como planejava, como queria, como pleiteavam, mas já foi um avanço pra sociedade. À nível nacional, não foi, não ta sendo ainda 100%. Pergunto: Por quê? Porque, muitas vezes a questão política interfere, faz com que o trabalho... Assim, sofra interferência e não flua como realmente deveria acontecer, eu acho. (Entrevistado 12)

Acho que foi um marco né, pra mudar, como muita gente fala né, pra sumir com os paradigmas anteriores, que vai ter toda uma construção de uma história diferente. Teve, e o que tem? Então hoje em dia, eu acho que a grande preocupação, qual é?

Colocar pra frente esse nome de Reforma Psiquiátrica e esquecer os fundamentos anteriores que sempre vai ter que ter hospital, sempre vai ter que ter internação, eu acho que agora às coisas estão se perdendo um pouco, passou de um paradigma pra outro, que acaba sendo irreal. É... Eu acho que é irreal, a proposta que tem no momento em que a gente vive hoje, acho que é irreal essa coisa de não ter mais hospital, de não internar... Acho que é irreal. (Entrevistado 13)

A esse respeito, Lobosque (2003) coloca-se contrária ao enclausuramento da loucura, à terapeutização medicamentosa tão presente no cotidiano psiquiátrico. Sobre sua postura, vejam-se as considerações prefaciais de Oswaldo Giacoia Junior,

[...] a luta antimanicomial, implica necessariamente a politização da clínica – uma clínica que é feita essencialmente do “cuidado”, feita à contracorrente da alegada auto-suficiência da medicalização terapêutica da doença mental grave, que se pretende apolítica, inebriada com a suposta onipotência dos modernos psicofármacos [...] É contra isso que se coloca a clínica politizada, que é praticada no interior dos serviços substitutivos (GIACOIA JUNIOR, in LOBOSQUE, 2003, p. 10).

Tais considerações são justificadas como medidas cautelares, ao passo que o movimento reformista brasileiro, caminha sob custódia de uma sociedade culturalmente acostumada ao abandono do que sempre lhe foi um fardo, encontrando no “saber” psiquiátrico o ancoradouro para os descaminhos da loucura. Adicionado a isso, tem-se ainda a falta de envolvimento político, ou digamos, a falta de interesse político pra se fazer dar certo. Fazendo uma ressalva, refere-se aqui, particularmente, ao caso dos encaminhamentos administrativos da gestão atual da cidade de Campina Grande, visto que, numa visão ampliada, seguiram-se os ditames de uma maioria equivocada, para qual se bastou apenas, pura e simplesmente a ação legislativa de abrir CAPS, ficando a contento dos profissionais e de outros atores envolvidos fazer valer a luta antimanicomial.

3.3 MÓDULO TEMÁTICO B - Percepção das equipes investigadas sobre a prática do assistente social

Quando se questiona se a atuação do assistente social nas suas respectivas unidades de trabalho segue os princípios da Reforma Psiquiátrica, os entrevistados enfatizaram a importância da atuação deste profissional, porém reduzem seu papel a meros executores da parte mais difícil do trabalho, informando que quando não é possível “dar cabo” da

problemática em questão, acionam o serviço social, como apaziguador de conflitos entre as famílias e as equipes ou como “ajudante” das relações tecidas no interior dos serviços. Observem-se, pois, os relatos que seguem:

Olha! Eu acho importantíssimo o papel do assistente social. Inclusive na vinculação que ele faz entre a família, a equipe, o que ele traz pra gente, entendeu? Que só é através dele que a gente vê o contexto social da família toda, por trazer esse entendimento pra gente, é muito importante. É fundamental. (Entrevistado 01)

Eu acho assim, que o assistente social tem uma importância muito grande, principalmente no vínculo a respeito da família do usuário né, porque assim, o assistente social ele vai buscar informações sociais que é muito importante pra o tratamento do paciente. Porque o paciente, quando ele chega aqui, ele não é só um dependente [...], ele tá dentro dessa situação devido vários fatores da vida dele e a maioria desse fator é o fator social, então, eu sempre quando falo assim aos usuários a questão de saúde, eu digo assim: ‘saúde não dá pra se afastar do social’. Porque uma pessoa que não tem o que comer, uma pessoa que não tem emprego, uma pessoa que não tá vivendo bem, como essa pessoa vai ter saúde mental? Então, o social é muito importante e a assistente social, através das orientações que ela faz, através de todo esse contato com a família, as informações que ela traz pro serviço, eu acho que ajuda muito no tratamento. (Entrevistado 07)

É justamente essa articulação maior com o “fora”, com os serviços externos, como a Justiça, os Conselhos tutelares. As questões que vem da justiça, porque às vezes, isso é mandado de um jeito que a gente não tem como resolver, então o SS consegue, porque vocês entendem dessas leis e conseguem combinar algumas coisas pra que possam andar juntas, é quem faz a nossa ponte com os outros setores. (Entrevistado 14)

A falta de conhecimento sobre a importância da atuação dos assistentes sociais ante os propósitos da RP, não reside apenas no fato de lhes delegar agouros, mas, sobretudo diz respeito ao reducionismo ao qual demarcam tal atuação.

No entanto, há de se convir que a formação crítica conferida a esta categoria propicia a demarcação de um terreno favorável à execução de sua prática, visto que, é no contato direto do cotidiano com as questões da saúde pública e de realidades sociais distintas, que estes profissionais demarcam um campo fértil à medida que executam sua praticidade ante as particularidades de cada profissão, intermediando como essas questões são vivenciadas pelos sujeitos nas problemáticas do dia-a-dia.

Tal habilidade é vista por outras categorias como processo reducionista da função tática do assistente social. Sendo assim, passa-se a inquirir sobre o conhecimento que tem sobre as funções desempenhadas pelo assistente social no interior dessas equipes, ao passo que apresentam as seguintes respostas,

Como todos os outros profissionais, existem aquele trabalho em comum né, como acolhimento, as visitas domiciliares, mas a gente aproveita as particularidades dessa área, tipo essas questões mais sociais, de encaminhamentos, as próprias visitas são mais particularidades das assistentes sociais, essas questões mais relacionadas à família, elas resolvem com muito mais facilidade, elas tem uma visão melhor. (Entrevistado 03)

Faz parte da equipe né, interdisciplinar, é mais um integrante dessa equipe interdisciplinar, e tem o trabalho voltado não só pra esse trabalho social, além desse trabalho junto à família, junto às instituições, outras instituições da cidade, CT, né, outros órgãos que precise entrar em contato né? MP, curadoria... Além de toda essa parte que realmente social né, e família e fora a instituição, ela faz todo um trabalho dentro da instituição pode ser em grupo de família, pode ser em oficina terapêutica, trabalhando a autonomia do usuário, o resgate familiar, então assim... Ele pode trabalhar não só fora, mas dentro da instituição fazendo o seu papel de terapeuta (Entrevistado 05)

“Homi” faz tudo! É a mesma coisa dos outros, é como eu, [...] eu atuo nas minhas atribuições [...], mas também sou assistente social, então a gente aprende um bocado, que essa questão de interdisciplinaridade você aprende o que é ser um pouquinho de educador físico, aprende o que é ser um pouquinho de psicólogo, de assistente social, é aquilo que você se amarra mais, se identifica mais, você sempre tem um elo, mas você acaba aprendendo um pouco de cada coisa, tanto que quando chega numa questão social, [...] eu posso resolver e resolvo, sabe? Eu digo: “eu fiz assim!” [Então, respondem] “Não, isso aí é que deve ser feito mesmo!” Então é isso, faz de tudo, é tudo. (Entrevistado 02)

Avalie-se, pois, que a ausência de conhecimento exposto nas falas expostas a respeito das ações próprias do Serviço Social dá vazão à interpretação equivocada dos entrevistados. Arbitrariamente incumbem os assistentes sociais de “tarefas” fora do âmbito integralista das ações desenvolvidas nos serviços. Dessa forma, o resultado do envolvimento/interação entre os profissionais CAPSianos e o Serviço Social se torna míngua, possivelmente desencadeante de um retrocesso do que se pretende promover no campo interdisciplinar.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade torna-se pontual, à medida que uma ação não é desenvolvida a partir do entendimento e do relacionamento estabelecidos entre as especificidades de cada área. Assim, tem-se as dificuldades que circundam esse meio não encontra respostas para a superação de práticas preconceituosas, pouco resolutivas, envoltas por disparidades complexas, gerando, por assim dizer, o descaso, o aborrecimento, e possivelmente, a desacreditação de uma efetiva reforma.

Quando questionados sobre a ocorrência da interação interdisciplinar tecida entre os membros das equipes e os assistentes sociais, relacionada em nível de desenvolvimento de ações colaborativas x conflituosas, demonstram claramente que desconhecem a finalidade interativa do exercício interdisciplinar, relegando-o a condição pessoal do outro, ao mesmo tempo em que reafirmam existir uma relação de poder pré-estabelecida pelas funções

delegadas aos assistentes sociais e as suas próprias funções. Por assim dizer, veja-se a apresentação das falas abaixo

Não. Ela é colaborativa. Mas todas as relações eu acho, que existe entre os seres humanos são conflituosas, em alguns momentos, ela vai ser conflituosa (já que todas falam) e cada um é um ser único, então são conflituosas, se houver uma harmonia total eu não acho que essa relação é boa entende? Então, uma coisa que eu acho interessante aqui é que a gente conseguiu [...] separar os nossos conflitos, porque quando nós abraçamos a reforma, nós fomos os pioneiros (no âmbito de Campina Grande), então nós também fomos avançando como pessoas, como seres humanos com essa Reforma, [...] eu aprendi muito com vocês, com todos [...] Então a gente poderia dizer: entre colaborativa e conflituosa, eu usaria o termo colaborativa, porque mesmo havendo divergências, a gente sempre aprende alguma coisa, sempre chega a um denominador comum. (Entrevistado 09)

É muito colaborativa, de muita parceria. Então assim, também de muita importância pra reverter alguns caos, pra dar andamento em alguns casos bastante complicados, seja em relação a curadoria seja em relação com o conselho né, em atuação a visita domiciliar mais freqüente, as visitas escolares né? Então... Essa parte que às vezes deixa a gente um pouco difícil de lidar e de continuar esse contato, o AS tá sempre mais próximo do que a gente às vezes né. Em muitos casos, quando são casos bem mais complicados o AS está mais lá na ponta, tá fazendo esse contato mais forte, fora esse trabalho que eu disse a você, dentro da instituição né. (Entrevistado 05)

[...] não tem essa “inter”, ela existe, mas assim, ela é conflituosa, porque às vezes a gente tem uma visão diferente, né. Os psicólogos têm uma visão diferente, o enfermeiro tem uma visão mais analítica, o médico tem uma visão mais médico-clínica que entra na questão da medicina, então há uns conflitos, há, há conflitos sim, na questão, na aceitação da idéia do social, então isso acontece... Então, a gente sempre questiona uma coisa ou outra, mas que sempre chega a um denominador comum [...] (Entrevistado 02)

Sob pena de se relegar a meros julgamentos, faz-se necessário abordar as considerações tecidas por Carvalho (2008, p. 25) a respeito da base conceitual que cerca o desenvolvimento das práticas interdisciplinares e que chama a atenção para “os riscos cada vez maiores da ampliação da fragmentação do conhecimento, corroborando ao mesmo tempo para um saber não comprometido com uma integração científica maior” (CARVALHO, 2008 p. 25). Assim, considera-se que só é possível falar de interdisciplinaridade a partir do momento em que essa prática apresente uma reciprocidade de conhecimentos entre as especialidades, em busca de apresenta soluções viáveis para um problema real. Considerem-se, pois as palavras de Carvalho,

A disciplina operada pelas instituições disciplinares tem a capacidade de articular os indivíduos como um aparelho eficiente. Neste aparelho, o individuo torna-se um elemento que pode se movimentar e articular com os outros. Da mesma forma, o tempo de uns devem se ajustar ao tempo dos outros, de modo que as forças

individuais sejam aproveitadas em toda sua potencialidade e combinadas para um resultado comum e eficaz (CARVALHO, 2008, p. 26).

Vale aqui destacar que o referido autor faz um resgate teórico apontando o advento da modernidade como elemento fundante de um processo desestruturante das unidades do saber e cita Descartes³⁰ como fundador do pensamento moderno, credenciando-o pela análise feita com fins de alcançar o “verdadeiro” conhecimento da realidade. Assim dizendo, refere que Descartes criou os princípios dessa nova forma de produção de saberes caracterizados por uma série de alterações do fenômeno a ser conhecido, reduzindo-o em suas partes mais simples. Como resultante desse processo, expõe que,

Para os interesses da época o paradigma cartesiano mostrou-se bastante adequado para construir e tratar objetos simples e proporcionou uma simbiose entre ciência e técnica, atendendo as necessidades de industrialização. Dessa maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento, uma vez que as indústrias necessitavam urgentemente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos de seus processos de produção e comercialização. A técnica foi levada ao extremo, o controle de produção por rígidos processos em que o conhecimento disciplinar passou a ser disciplina (CARVALHO, 2008, p. 28).

Dessa maneira, o desenvolvimento de novas especializações constituídas ao longo de um processo industrialmente capitalizado, marcará o campo teórico das novas profissões insurgidas ao longo do século XIX, niveladas basicamente pelas relações do poder disciplinar, que segundo Carvalho se caracterizará “pela fragmentação do objeto e pela crescente especialização do sujeito científico e o fechamento em moldes cada vez mais estanques e com forte poder de coesão” (2008, p. 28).

Considere-se, pois, que a interdisciplinaridade representa uma ação de envolvimento e integração entre profissionais, o que pressupõe um trabalho respeitoso baseado no acolhimento e na realidade social.

Por assim dizer, acredita-se que no âmbito da saúde mental, o desenvolvimento de atividades em parceria se torna indispensável, visto que, a problemática que circunda esse campo encontra-se permeada por diversos fatores engendrados no decorrer de processos históricos, os quais envolvem aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais e éticos presentes na constituição coletiva e individual dos sujeitos.

³⁰ René Descartes (1596 - 1650), filósofo, físico e matemático francês. Conhecido como o "fundador da filosofia moderna" e o "pai da matemática moderna". Considerado um dos pensadores mais importantes e influentes da História do Pensamento Ocidental.

Quanto à abordagem das falas dos entrevistados, inquirindo se a atuação do assistente social, neste meio está em conformidade com os princípios que regem a Reforma Psiquiátrica, respondem:

Eu acredito que sim. Eu acho que como todo, todo profissional que tá dentro desse processo de reforma, como já falei, da questão de ser um serviço novo, a gente também tá num processo de construção e de conhecer o serviço e de conhecer as nossas limitações enquanto profissional. A assistência social, ela tenta abranger, da melhor forma possível, o que a reforma psiquiátrica preconiza. (Entrevistado 11)

Olhe, eu acho que não vão de encontro aos princípios, mas também não tá. Eu acho que 100% não tá. Agora assim, não é por culpa do assistente social, mas por conta do próprio sistema entendeu? Aqui já foram mandados algumas vezes pro Ministério da Saúde, pela a assistente social, projetos que ela fez na questão de geração de renda, entendeu, e não foi aprovado. Ele sempre procura fazer serviços que vai ajudar cada vez mais. Mas às vezes, é o sistema, sempre tem alguma falha né, então assim, nada funciona 100%, mas assim, eu acho que as pessoas estão buscando, fazer as coisas conforme a reforma, entendeu? Claro que pode não conseguir fazer completamente, mas se tenta. (Entrevistado 07)

De acordo com as falas, torna-se possível perceber que os princípios reformistas permeiam o campo de atuação de cada profissional imbricado no processo, logo expõem limitações que ultrapassam as possibilidades de cada área. No entanto, não concebem que tais limitações só podem ser sanadas por meio de um processo mais amplo, o qual diz respeito à responsabilização do poder público.

Faz-se mister ressaltar que uma condição essencial para a efetivação de uma verdadeira reforma psiquiátrica carece da existência de políticas públicas adequadas, – particularmente, na área social – somadas a um Sistema de Saúde, eficaz, comprometido com toda população. Para tanto, não basta apenas implantar diversos serviços de Saúde Mental, faz-se necessário, também, vinculá-los a um modelo assistencial mais amplo assumido pelo poder público.

Ante o exposto, fica claro que seguir e/ou efetivar os princípios reformistas não está na base de um ou de outro profissional ou categoria específica, mas sim, no desenvolvimento de ações em nível de políticas públicas que propiciem o acesso a uma assistência digna, ao mesmo tempo em que se criem novas relações entre loucura e sociedade.

Quando questionados se consideram que os assistentes estão capacitados para desenvolver sua prática na área de saúde mental, ainda confundem seus entendimentos, tendo os assistentes sociais como um “tarefeiro” dos serviços, como já citado anteriormente. Por outro lado, deixam claro que não apreendem a defesa impetrada por essa categoria por meio da articulação firmada com outros segmentos em defesa de um sistema de garantias de

direitos em nível de políticas sociais, dentre estas a efetivação do direito social à saúde, e em especial à saúde mental. Vejam-se as considerações elencadas,

Pelos profissionais que eu conheço, são profissionais bastante competentes, agora o que eu acho que falta é essa articulação com os demais, passou um tempo que existia uma reunião com os assistente social da rede, só que por algum motivo essas reuniões terminaram e eu acho que a rede em si teve muito a perder né, cortando essa relação dos assistente social da rede de saúde mental. Assim, não vou me deter apenas no profissional, no assistente social, mas em todos os outros profissionais da rede, ainda existe muita dificuldade de sair de seus serviços, a gente vê que entre os serviços de saúde mental ainda não tá 100% a relação, imagine em outros serviços. Mas a gente tá caminhando, aos poucos a gente tá avançando. (Entrevistado 03)

Eu acho... Quer dizer, não conheço todos né, mas acredito que sim, pela experiência e pelas capacitações que a gente sempre tem, não é? Vai passando o tempo, a gente vai aprendendo muita coisa do serviço e vem as experiências anteriores, eu acho que... Quem tá na saúde mental, gosta de saúde mental, eu acho que tem o perfil hoje, pra permanecer no serviço. (Entrevistado 07)

Alguns. Quer dizer, assim, não é que eles não sabem bem da reforma, mas é que às vezes fica assim, pra gente que tá vendo de fora, como um assistencialismo. Às vezes fica assim: aquela pessoa tem muitas possibilidades, mas tem uma vida difícil, isso e aquilo outro... Com isso se perde muito com essa história e se perde um pouco de olhar aquela capacidade daquele sujeito, por conta de olhar aquela história “triste”, digamos. Mas como se trabalha na interdisciplinaridade, consegue deixar de lado esse assistencialismo e elas assumem a causa. Assim, existe uma dúvida ainda, mas como tá todo mundo, consegue fluir que não atrapalha o trabalho. [...] A gente sabe que no lugar que a gente tá, na saúde mental, a gente tem que começar a deixar eles viverem toda a realidade que as outras pessoas vivem, até porque viver a realidade pra eles já é um desafio pra quem vive num mundo diferente né. Então, assim, como se fosse uma proteção a mais pra um e pra outro, mas que antes disso acontecer, como tudo é passado em equipe, a gente acaba mostrando pra que tá nessa dúvida que não é desse jeito que vai ajudar aquela pessoa entendeu? Não é facilitando. (Entrevistado 14)

Infere-se, pois, que a construção de um projeto democrático não deve ser defesa exclusiva de apenas uma categoria profissional, mas sim, esta deve arregimentar forças que garantam sua efetivação.

Entende-se assim, que o exercício profissional do assistente social não deve ser reduzido à ação exclusiva das questões subjetivas vividas pelos profissionais e usuários do campo da *psique*, mas defendemos a importância deste profissional manter-se comprometido com as lutas sociais travadas ao longo da história para a efetivação de um projeto societário amplo, articulado com outros trabalhadores da saúde.

Por outro lado, os obstáculos que se apresentam na atualidade encontram entraves nas formas que o poder político conduz tais questões. A esse respeito perguntamos aos entrevistados como incide as interferências do poder institucional ante à dinâmica de relações

tecidas entre os membros das equipes e na definição de seus papéis, e quanto ao assistente social, até que ponto submete-se a tal interferência, ao passo em que respondem,

Como o processo da reforma ele diz que é interdisciplinar, existe uma questão aí de uma liberdade de você trocar informações, a questão institucional com a gestão, eu acho que ela influi diretamente né, ela passa a influir no momento em que não há um vínculo empregatício que possa lhe dar uma resposta, pra você enquanto profissional não lhe dar uma segurança. Mas ela passa também no momento em que ela direciona a atuação do serviço, ou seja, é como se fosse um dogma, é como se fosse uma ideologia, então, “eu tenho que aprender dessa forma”, então isso faz com que se norteie o caminho que cada um tem que seguir. Então isso é um problema, muitas vezes. (Por quê?) O que a reforma diz, se contradiz com o que a gestão, que a gestão não contempla o que a política de saúde mental quer (Entrevistado 11)

Interfere. Na questão da gestão, na questão do próprio... Daquela questão que eu falei, da questão de equipe, né, que você, você sabe o que deve ser feito, você sabe como deve ser feito, mas por força maior da hierarquia aí não pode [...] você vai até onde seu limite dá, parou ali... Acho que isso é pra qualquer profissional, parou ali, não pode pular daquilo, porque você vai tá desrespeitando a hierarquia, independente de que esteja na gestão, ou a gestão maior, mas pára ali, você tem um certo limite. (Entrevistado 02)

Pra que o serviço caminhe da uma melhor forma possível é necessário que todos os envolvidos nesse trabalho também estejam falando a mesma língua, entendendo as dificuldades, às vezes acontece de muita coisa não tá ao nosso alcance, a gente sabe que é dever da gente, mas não tá, a gente não pode fazer por questão de gestão, a principal dificuldade que eu vejo nesse sentido é isso, muitas vezes o gestor né, os nossos superiores não entendem as nossas dificuldades, então assim, a gente sabe que tem alguma coisa pra fazer, a gente tá recebendo a ordem, mas não pode executar por questões executivas mesmo ou institucionais. A dinâmica não é compartilhada, a gente tem um entendimento e a gestão tem outro. (Entrevistado 03)

Ao mesmo tempo, reafirmam as controvérsias imprimidas pelos gerenciadores dos serviços, que acabam por afetar o exercício profissional, não só do assistente social, mas de toda a equipe, o que acaba por comprometer o desempenho dos serviços substitutivos. Então, quando questionados sobre quais as interferências que incidem sobre a prática do assistente social, relatam suas percepções:

Eu não sei se diretamente com ele com o assistente social, mas assim, que há interferência há, até porque nunca a política, ou o político, tentam falar com um membro da equipe ou alguma coisa, eles direcionam logo pra a coordenação e meio que ditam o que deve fazer, e ela chega aqui e diz o que passa pra ela e o que a gente tem que fazer na instituição. (Entrevistado 04)

Percebo. Assim, práticas que a gente é, somos “obrigadas” a fazer que são totalmente contra os princípios da gente né, e do assistente social também, por exemplo: a realização de, promoção de atividades que gerem renda dentro do

serviço público, que não é obrigação da gente, a gente sabe que tem recursos pra ser mantido, mas a gente faz por uma questão política (quer dizer, a renda é destinada ao serviço e não ao usuário?) não, renda pra manter coisas do serviço público, que é obrigação da gestão. (Entrevistado 03)

Depende, depende assim... A partir do momento em que a gente tem um órgão né, que é a SEMAS, que não entende nada de reforma psiquiátrica absolutamente nada de RP, então pronto já to respondendo... É uma instituição que inclusive usou a unidade de gerência de SAÚDE MENTAL durante muito tempo como aquela unidade para abrigar pessoas que é de rua para dar banho, para vir aqui arrumar, cortar unhas, arrumar cabelo, dar um banho, ou seja, é como se você fizesse um papel de “engorda” pra quando tiver tudo bonitinho entregar a SEMAS. Inclusive eu presenciei uma entrevista mostrando a SEMAS como era a secretaria mostrando como era a atuação dela e fiquei muito surpresa das pessoas que ela mostrou ali, praticamente todos tinham passado tinham sido pessoas que passaram pela unidade e onde houve assim, digamos, uma manipulação, não deixa de ser uma manipulação, uma “forçassão de barra” da SEMAS para que todos eles fossem cuidados ali na unidade, ou seja, era pedinte então havia uma confusão entre pedintes e portadores de transtornos mentais, então ele ia lá pra fazer a barba, cortar o cabelo, ficava uns dias e depois, aí a Secretaria dava um destino, e essa não é nossa função (Entrevistado 09)

Como se pode perceber, as falas apontam para um suposto desconhecimento da gestão em relação ao desenvolvimento de uma política pública destinada à saúde mental, visto que, não incide sobre essa prática a promoção de um conjunto integralizado de ações que estejam em conformidade com a dimensão político-institucional, a qual priorize as diretrizes da reforma psiquiátrica.

Aqui certamente cabe uma explicação plausível sobre esse “suposto desconhecimento da gestão” em relação à efetivação de políticas públicas na área da saúde, mais especificamente na área da saúde mental. Pode-se perceber os equívocos da gestão em executar obras paliativas, tal quais as precárias instalações da Emergência Psiquiátrica do município, a qual conta com uma recepção, coligada a uma sala que serve tanto para o refeitório dos usuários como para atendimento das visitas, um consultório médico, dois postos de enfermagem – sendo um deles transformado em farmácia –, um repouso de enfermagem com banheiro, duas enfermarias, masculina e feminina, com sete e seis leitos respectivamente, dois banheiros sociais, uma saleta ínfima destinada aos atendimentos de psicologia e de serviço social, mais cinco cubículos destinados ao refeitório de funcionários, copa, cozinha, almoxarifado, dispensa, e rouparia, estes últimos cabem apenas duas pessoas. A sala da coordenação e o repouso médico ficam na área exterior da referida unidade. Além disso, a parede dos fundos é dividida com a de um cemitério que fica por trás do complexo hospitalar, muitas vezes, os funcionários dividem esse espaço em meio a baratas, ratos e animais

peçonhentos, além de suportarem o mau cheiro advindo desse lugar lúgubre, visto que, as saletas menores não possuem saída de ar.

Bom, até aí tudo bem, já que o Secretário Municipal de Saúde, durante a inauguração desse espaço desabafou à mídia sobre as dificuldades de se efetivar uma política pública decente na área de saúde mental, destacando a peregrinação traçada nos hospitais da cidade para a instalação da emergência psiquiátrica (desconhece-se os entraves dessas negociações), enfatizando a disponibilidade e o bom senso do (serviço privado) denominado Hospital e Maternidade Dr. Edgley, em acolher tal serviço.

Tem-se, pois, que a parte mais grave do seu discurso refletiu sobre um segmento tanto discriminado quanto a saúde mental, ao afirmar que, “com essas novas instalações, também será possível destinar parte dos leitos disponíveis para a internação de crianças e adolescentes” (Rede Paraíba News).

Atenta-se aqui, para o fato de que a construção de uma política pública destinada à criança e ao adolescente dever ser edificada de forma coletiva, com a participação de todas as partes envolvidas - profissionais das áreas da saúde, assistência social, direito, escolas, cultura, usuários e familiares. Como nunca houve esse debate, tal preleção deixou os trabalhadores da RSM perplexos, visto que desconheciam a finalidade da gestão.

De fato, a equipe desta unidade passou a acolher também adolescentes no seu interior, adequando o atendimento a esse público, que continua sendo demandando ao serviço, muitas vezes sob imposição do Conselho Tutelar, sem uma efetiva discussão entre as partes envolvidas que prezem por uma política de caráter intersetorial, de base territorial e inclusiva, que venha garantir a integralidade e a equidade para o atendimento deste público.

Complementa-se que, quando o aparelho estatal não se constitui como um conjunto articulado estrategicamente, de forma a envolver outros entes administrativos, pressupõe ações limitadas de cunho paliativo, impossibilitando a atuação democrática não só do assistente social, mas também dos demais profissionais inseridos nos serviços substitutivos.

Assim pode-se ver que as respostas inerentes a influência sofrida pela a equipe recaem também sobre as relações interpessoais estabelecidas pelos membros da equipe em relação ao desenvolvimento das ações cabíveis ao assistente social. Vejam-se as falas elencadas abaixo,

Eu vou falar no contexto geral, pra chegar talvez na especificidade. É, as relações interpessoais que terminam também sendo envolvida nas relações de poder de cada especificidade, de cada profissional, isso de certa forma atrapalha. De certa forma não se cria um vínculo muitas vezes profissional dentro do serviço, infelizmente, isso acontece e eu acredito que também na assistência social isso também acontece, a troca de conhecimento e a troca de saberes isso cria vínculos e quando não há

uma relação interpessoal do ponto de vista favorável aí termina atrapalhando. (Entrevistado 11)

Olha, aqui [...] Tem esse problema aqui de hierarquia né, então, tem alguns dos profissionais que não são inferiorizados, eles próprios se colocam nesse papel e às vezes, algo que podia... Coisas que poderiam ser resolvidas, até entre equipe, entre eles mesmos, nem precisaria chegar numa coordenação, às vezes são desviadas por conta disso, dos conflitos que existe entre eles, então eu acho que atrapalha e muito o serviço isso. (Entrevistado 04).

Considere-se, pois, que as diferentes categorias profissionais inseridas no âmbito da saúde mental, não devem servir de pretexto para o apego burocrático a uma única função. Há de se convir, que uma equipe de saúde deva compor-se de profissionais de diferentes áreas, que busquem garantir uma diversidade de trocas de suas experiências, almejando soluções viáveis e assim, poderem enriquecer mutuamente.

Assim, pode-se apreender que o caracterizante no trabalho em equipe é a capacidade de participar coletivamente da construção de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação que respeite as experiências de cada especificidade e que propicie as trocas. Nesse sentido, Siqueira (2007), apresentando os resultados de sua pesquisa realizada em um serviço substitutivo, enfoca que:

[...] a democratização das relações de poder na equipe [...] deveria acontecer em toda a prática numa relação de comunicação e reciprocidade entre os vários profissionais da instituição. Poderia ser compreendida por um trabalho em comum [...] já que a implementação da política de saúde mental é compromisso não apenas do assistente social, mas de todos da equipe (SIQUEIRA, 2007, p. 73-74).

Não é o que acontece necessariamente com as equipes inseridas no âmbito da saúde mental. Talvez porque as profissões constituídas ao longo do desenvolvimento do saber/poder psiquiátrico gerem no interior dessas equipes a insatisfação com o trabalho demandado, e ao longo da história constituem-se como detentores desse saber/poder. Nessa pesquisa, observa-se que essa insatisfação está presente nos serviços coordenados por profissionais da ortodoxia “*psi*”, não apenas no campo de atuação do serviço social, mas fica patente que atinge a equipe como um todo, atando-os aos moldes hierárquicos.

Abri-se aqui um parêntese, para esclarecer que se reconhece a psicanálise como uma linha importantíssima que imprimiu significativas contribuições na construção de abordagens relacionadas à loucura. Quer-se ainda justificar que tal afirmação não pretende desqualificar os profissionais dessa área que gerenciam os serviços. No entanto, alerta-se, para o fato de

que o saber fechado, reduzido a uma postura freudiana ou lacaniana não responde, por si só, ao emaranhado de problemas complexos que circunavega a realidade vivencial do sujeito em sofrimento psíquico.

Assim sendo, passa-se a inquirir sobre a possibilidade de desenvolver o trabalho e as ações sem a participação do assistente social, ao passo em que respondem unanimemente que não, reafirmando a significativa contribuição deste profissional, principalmente no que diz respeito à abordagem familiar. Vejam-se os depoimentos abaixo:

Não, acredito que não. Ele é um elo, uma ligação, entre o usuário e equipe, entre a família. (Entrevistado 02)

Não, não dá, tem que ter AS, a meu ver né. É um dos profissionais que tem que fazer parte da equipe de saúde mental. Não pode faltar. (Entrevistado 05)

Não. Seria muito difícil o funcionamento do serviço sem este elo que é o assistente social, entre família, usuário, equipe e serviços. (Entrevistado 06)

Acredito que não, pois o assistente social tem um papel importante no âmbito da reforma, principalmente pelos fundamentos de resgate a cidadania, conscientização de direitos/deveres, questões que fazem parte do dia-a-dia desse profissional. (Entrevistado 08)

Avalie-se que o reconhecimento impresso nas falas em relação à participação dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental é fruto dos impactos ocasionados pela postura crítica deste profissional presente nas mais diversificadas dimensões que preceituam sua atuação. Nesse sentido, Siqueira reforça que:

A participação do assistente social no processo de construção da integralidade na assistência a saúde e particularmente na saúde mental tem como desafio identificar o conjunto das necessidades da população usuária, buscar alternativas conjuntas em prol dos cidadãos mediante um desempenho crítico e competente capaz de fazer frente aos desafios impostos pela profissão, nos rumos da preservação e ampliação das conquistas democráticas na sociedade brasileira (SIQUEIRA, 2007, p. 53).

Guiados por essas premissas e tendo em mãos os aportes teóricos metodológicos construídos ao longo da profissão, a saber: o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão e mais recentemente os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, é possível acionar um leque de opções e alternativas para o desenvolvimento de atividades e de possibilidades de inserção social deste público usuário. Seguindo esse raciocínio, observou-se

necessário questionar sobre em qual ação e sob quais perspectivas a prática do assistente social deixa a desejar. E assim, responderam:

O que deixa a desejar? Não sei. Não é bem o que deixa a desejar, mas às vezes ele não pode colaborar tanto dentro do serviço, em função de um trabalho externo participativo, extra-muros, como a gente diz né, fora do CAPS, que às vezes deixa a desejar assim, porque não pode estar em dois lugares ao mesmo tempo, tem essa questão, não é que estejam em grupos e mais grupos, nas oficinas, às vezes fica impossível porque tem muita coisa realmente importante pra ser resolvida fora. (Entrevistado 05)

Primeiro, eu acredito, no intercâmbio com outros profissionais, ou seja, com os assistentes sociais de outras áreas, de mostrar como é que funciona o nosso serviço, até porque isso aí é uma forma de facilitar o acesso em outras unidades ou mesmo em outros parâmetros né, eu acho que a partir do momento que ele articular, ou seja, ou divulgar, ou discutir, abrir a discussão convidar até um profissional, profissional de serviço social, de outras unidades pra cá, até pra mostrar como é que funciona o serviço. Eu acho que um dos avanços que foi importante também foi os estagiários de serviço social aqui, isso foi muito bom, porque aí eles acompanham a reunião de famílias, acompanha o serviço, isso foi muito bom, então, isso é importante, essa parceria com a universidade também de trazer o estagiário, isso é muito bom porque vão ter uma visão diferente do que é saúde mental e do que é a reforma, porque há muitos profissionais que ainda estão pensando que a reforma não existiu, que ainda vai acontecer. (Entrevistado 10)

Eu acho que justamente o que passa por todos, é o saber fechado sem dar uma abertura pra se discutir certas problemáticas, certas construções de soluções que muitas vezes, isso atrapalha na abertura, eu acho que é no diálogo que muitas vezes falta que muitas vezes não acontece, não quer dizer que é sempre, mas em alguns casos isso acontece, de se fechar no seu saber, de não abrir pra outro profissional que seria um encontro de solução junto (Entrevistado 11)

Aqui fica claro, que ao contrário do que se preceituam os discursos em favor da interdisciplinaridade, encontram-se barreiras na prática dos assistentes sociais, tanto quanto nas práticas dos demais profissionais. No entanto, também deixa claro que tais posicionamentos não são em decorrência da atuação limítrofe das especialidades, e sim, da forma como os serviços estão organizados administrativamente. Assim dizendo, indaga-se como deveria ser a prática do assistente social nos serviços, e obtiveram-se as seguintes respostas:

Nem ditaria, nem sugeriria, porque eu acho que todo profissional sabe o papel que ele tem que desempenhar né. Eu acredito que todos que trabalham na Rede são capazes pra isso. Agora assim, são tantas as barreiras né, principalmente dos gestores, da coordenação geral até de outros serviços, da política em si, que há uma dinâmica de atendimento muito equivocada do poder político que impede isso. Então assim, eu acho que todo mundo é capacitado, todo mundo é capaz de desenvolver seu papel, desde que assim, seja dado uma 'carta branca', uma autonomia a ele pra isso acontecer (Entrevistado 04)

Eu acho assim, que o que falta é mais interação com os outros serviços, entendeu? Dentro da rede e fora da rede também. Porque, às vezes tem coisas que não só depende da gente. Então, eu acho que há ainda... É e não é culpa do profissional, mas uma coisa que ainda falta é ter acesso ao pessoal do PSF. Assim, outros serviços que a gente podia ter mais interação, as meninas conhecem outros profissionais, então, eu acho que poderia ter mais comunicação, [...] Então, se o PSF que tá lá mais próximo, pudesse passar mais informações ia ajudar mais o tratamento. [...] então assim, eu acho que o que falta é comunicação, falta não só na questão do assistente social, mas na questão da rede de saúde mental, eu vejo que tá tentando esse acesso, mas ainda falta muita coisa, eu acho. (Entrevistado 07)

Aqui também, os entrevistados fazem menção às inviabilidades causadas pela gestão administrativa e não pela delimitação da função ou da prática do assistente social. Expõem claramente que sentem falta de um trabalho articulado e entendem que esse intento poderia ser desenvolvido – não especificamente – mas, sobretudo por esse hábil articulador, ou seja, o assistente social.

Vale aqui destacar, que essa articulação se faz mister no processo de constituição de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, voltada para circuito organizado, o qual venha possibilitar uma construção de soluções coletivas, capazes de fazer face à complexidade das demandas próprias dessa área e assim, garantir a resolutividade, a promoção de autonomia e de cidadania para o PTM.

Finaliza-se esse bloco de perguntas, questionando sobre possíveis impedimentos para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares que envolvam os assistentes sociais. Aqui se retoma ao discurso sobre a interdisciplinaridade e mais uma vez, os entrevistados deixam claro que não há impedimento propriamente pela postura profissional, mas enfatizam outros aspectos, como os direcionamentos da gestão, as práticas cronificadas e individualizadas, as falhas na formação, as posturas egocêntricas,

Envolve a equipe como um todo, envolve aquela questão de quem tá na gestão, de quem tem preferências, se a equipe é única ou se ela tá dividida né, acontece em todo serviço público, quando envolve muita gente, então tem essas coisas sobre a gestão [...] mas a questão do serviço é muito “inrustido” no seu meio, não tem coragem de falar né. Eu acho que [...] o gestor daqui do serviço deveria ter sido uma pessoa neutra, não que era da equipe, então muitos não aceitam essa pessoa como coordenador, porque ela entrou aqui junto com a gente, mas não luta pelos ideais que ela lutava junto com a gente (Entrevistado 02)

Acredito que a própria postura do profissional limita ou não em sua prática interdisciplinar. Às vezes ocorre de o profissional ter um discurso que não condiz com suas ações. A interdisciplina tem que partir primeiro dentro do profissional para daí ele poder levar para o trabalho em equipe (Entrevistado 08)

Eu acho que o que falta é conhecimento da reforma. Outra: mesmo tendo conhecimento, as práticas são antigas, ainda estão arraigadas. Outros são os

conflitos, tem horas que você fica em conflito se deve ou não, o que é certo, se a reforma é certa, se a reforma não é certa? Os gestores, [...] a questão política, que muitas vezes você quer fazer uma coisa, mas tem a contra-ordem né. Eu acho que são esses os principais, e a falta de conhecimento, [...] a prática antiga... É como você aprender a dirigir errado, por mais que você vá numa auto-escola depois, você tem um hábito de dirigir que você nunca vai deixar [...] Também assim, a questão do espaço, essa questão (da interdisciplinaridade) é muito de dialogar, porque o espaço é todo mundo confinado em determinados locais. (Entrevistado 09)

Como se pode perceber o saber/poder estão presentes nas diferentes especialidades que interagem no campo da saúde mental. A nosso ver, as representações da saúde e da doença perpassam por condicionantes históricos que se caracterizam pelas relações de poder constituídas, pela estruturação de sistemas, pelo modo de produção capitalista e pela diversidade cultural do povo.

Assim, pode-se considerar que foi no transcorrer da história que se estabelecem alternativas para trabalhar tais conexões, o que levou ao aperfeiçoamento de sistemas de saúde e de práticas assistenciais. Tais características ao longo do tempo foram se modificando, assim, ao se analisar esse movimento, verifica-se a verticalização dos conhecimentos, a maior divisão do trabalho e a marcante fragmentação das ações em saúde mental, que geralmente, se evidenciam na centralidade das ações, a cargo da coordenação geral do município, assim como na falta de articulação a política com os meios de comunicação e com a sociedade em geral, além disso, as estruturas dos serviços apresentam condições insalubres para o desenvolvimento e manutenção das atividades por hora propostos, conforme se apresenta nos discursos colhidos no decorrer desta pesquisa no âmbito da saúde e da saúde mental do município.

3.4 MÓDULO TEMÁTICO C - Percepções dos Assistentes Sociais sobre o Exercício profissional da rede de saúde mental

Como vimos anteriormente, a introdução do Serviço Social na área de Saúde Mental iniciou-se na década de 1940, atuando sob a tutela do movimento higienista. Sua prática consistia basicamente em fazer entrevistas terapêuticas, estudo de caso, orientação familiar e comunitária em instituições como o COI e o COJ onde lidavam com crianças e jovens considerados “problemáticos”.

Tem-se que no Pós-64, os assistentes sociais começam a fazer parte de equipes multiprofissionais inseridas nos espaços psiquiátricos, tendo suas funções ainda reduzidas no trato da saúde mental, seus atendimentos se limitavam a dar vazão aos interesses governamentais, dessa forma o serviço social atendia nos hospitais psiquiátricos sob a perspectiva de oferecer benefícios e serviços necessários a sua validação.

Será somente na década de 1970, a partir das conquistas conferidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que novas formas de abordagem no trato com a saúde mental, passam a ser vistas e inseridas nos serviços, com isso houve um avanço expressivo na inserção do Serviço Social nesses espaços chamados substitutivos.

Conforme observa Bisneto (2007), houve um significativo aumento nas contratações destes profissionais na área da saúde mental, visto que a RP prima pela inclusão social destes usuários, sob a perspectiva de traçar ações que favoreçam suas inserções nos mais diferentes espaços da vida social e comunitária, por meio de programas de atenção ao usuário que possam proporcionar a reabilitação social e o resgate da sua cidadania, o que há de se convir que não sejam práticas específicas da área médica ou psicológica. Sendo assim, os CAPS se configuram como um novo espaço de atuação do Assistente Social.

Portanto, para buscar entender as particularidades desta prática engendrada nos serviços substitutivos que constituem a RSM de Campina Grande, passa-se a análise das falas que dispuseram o grupo das assistentes sociais dos serviços pesquisados.

Inicia-se o questionamento, indagando sobre a função desempenhada por essa categoria no interior do serviço, visto que, por se tratar-se de equipes multidisciplinares é sabido que as funções dos vários componentes podem desmembra-se, com a finalidade de “darem conta” das demandas em todos os seus níveis e especificidades. Assim sendo, as entrevistadas responderam:

[...] Como qualquer técnico de saúde mental a gente desenvolve as funções inerentes ao serviço de atender, encaminhar e a rotina do serviço de saúde mental e mais o serviço social, a gente lida com as questões de benefícios, pareceres, encaminhamentos pra rede sócio-assistencial, assim, como, dentro das reuniões nós tentamos focar o lado do controle social e facilitar a autonomia dos usuários (A.S 03)

[...] Lá sou TR, faço acolhimento, visita domiciliar e também coordeno com a psicóloga o grupo de família, além dos atendimentos individuais que a gente presta tanto as famílias quanto aos próprios usuários. (A.S 05)

Eu realizo várias atividades né, por exemplo, visita domiciliar, acolhimento, atendimento individual, encaminhamento, realizo palestra com grupo de família... Só, no momento só lembro essa (A.S 07).

É válido ressaltar aqui, sobre o que viria a ser o Técnico de Referência (TR) dentro destes serviços. Trata-se, pois, de uma estratégia de acompanhamento do tratamento de cada usuário a partir de seu primeiro acolhimento no serviço. Considera-se, pois, que em todos os níveis da assistência, o acolhimento, é certamente, a dimensão primeira. Assim, na saúde mental, – especialmente pelas particularidades que exigem – tem-se em mente que, o “bem acolher” é antes de tudo, o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido. Dessa forma, os assistentes sociais, como os demais profissionais, tornam-se acolhedores e TRs.

Dependendo da organização do serviço, estes podem cumprir escala de revezamento ou não. Será nas reuniões de grupo, realizadas na equipe, pelo menos uma vez por semana, que se definirá quem se tornará TR daquele usuário acolhido (ou seja) quem será responsável pela condução do caso daquele usuário, tornando-se referência para ele, sua família e a instituição.

É interessante observar que apesar da variedade de especialistas a compor as equipes multiprofissionais destes serviços, observa-se que essa “tarefa” de acolher e referenciar usuários abrange todas as categorias profissionais, exceto os médicos clínicos e os psiquiatras.

Contudo ao serem abordadas sobre o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, principalmente no que concerne a ações cooperativas, respeitabilidade e responsabilidades de funções entre as categorias inseridas nos serviços, consideram que:

Sim, ocorre. Existe uma cooperação, a gente tenta trabalhar da melhor forma possível, mas o trabalho em saúde mental e o trabalho em equipe interdisciplinar é difícil porque nem sempre o profissional que é especialista que renunciar o papel específico, enquanto técnico em saúde mental, por muitas vezes você tem que renunciar o desse papel específico. (A.S 03)

No meu ponto de vista, eu acho que isso ocorre, há uma interação muito grande entre a equipe, um exemplo: se chega uma família aqui com a criança né, ela é acolhida, ela é escutada, há essa escuta e posteriormente os encaminhamentos dentro da própria instituição. A partir desses encaminhamentos a gente leva pra reunião da equipe aquele caso que veio, a gente discute, vê a questão da situação, discute em equipe certo? E com todos os profissionais, há uma posição de todos os profissionais, então na troca interdisciplinar nós temos reuniões, essas reuniões acontecem semanalmente, 03 vezes na semana, e dependendo da necessidade pode haver outras reuniões, então a gente discute e escuta também a opinião de outros profissionais, então há o envolvimento de todos os profissionais, então quando a gente tem dúvida, a gente discute principalmente na equipe, e na equipe vai decidir quem vai ser a técnica de referência dessa criança e dessa família. (A.S 04)

Acontece. Eu diria até que muito mais, muitas vezes né, porque o assistente social, ele não consegue trabalhar só, da mesma forma que o psicólogo. Então assim, geralmente as determinações são tomadas em conjunto, em equipe. A gente não consegue visualizar a resolução de um caso sem que o médico tome conhecimento, a assistente social dê seu parecer, o psicólogo faça suas colocações, então tem esse trabalho, trabalho interdisciplinar. (A.S 05)

Sim. A nossa equipe sempre procurar trabalhar de forma interdisciplinar, onde os saberes se misturam, para que assim, de forma coletiva possamos prestar um melhor direcionamento das ações de forma a garantir a integridade da assistência (A.S 09).

Conforme se pode perceber nas falas acima, estes profissionais concordam que desenvolvem sim uma prática interdisciplinar, deixando claro que entendem o exercício disciplinar como extremamente necessário para lidar com as questões relativas à saúde mental, como também, fazem uso dessa estratégia como forma de superar os desafios impostos pela conjuntura e por outros fatores demandados pela (des) sistematização da estrutura organizacional do sistema de assistência do município. Porém, no exercício diário, encontram-se entraves entre os profissionais que não concebem essa prática como um exercício que exige mudança de postura, adaptação aos novos termos conceituais, relegando-a ao plano do senso comum. Para ilustrar essas falas, faz-se uso de uma observação concebida por Carvalho, ao indicar mudanças posturais que favorecem o desenvolvimento de trocas interdisciplinares, a qual se pode perceber nos discursos expressos a cima. Vejamos,

A introdução da interdisciplinaridade implica simultaneamente numa transformação profunda da pedagogia do conhecimento e num novo tipo de formação dos profissionais. [...] A interdisciplinaridade será possível pela participação progressiva num trabalho de equipe que vivencie esses atributos e que vá consolidando essa atitude (CARVALHO, 2008, p. 173).

Seguindo nossa incursão, abordar-se-á uma questão indagando se de acordo com os princípios defendidos pela RP, esse modelo de assistência consegue funcionar estabelecendo um aporte fidedigno em substituição aos dispositivos hospitalares psiquiátricos, até então vigentes, ao passo em que respondem:

Olhe, por vezes. A intenção é que se funcione sim, mas existem empecilhos para que a unidade funcione como preconiza a reforma e ainda é tido como um dos maiores desafios a questão da desinstitucionalização, se os militantes da reforma questionavam como poderiam ser bem atendidos, os usuários de hospitais psiquiátricos, já que existia uma grande população usuária desses hospitais, então, o que é que está acontecendo hoje com os CAPS? Tá muito diferente, hoje nós podemos dizer que nós temos no CAPS, no qual eu trabalho mais usuários do que no INCANERF, o hospital foi desativado aqui. Então, até que ponto nós estamos

atuando tanto nesse sentido? Como atender com qualidade uma demanda dessas? Pra onde encaminhar essas pessoas? Quando elas estão melhores e podem ficar em casa... Serem atendidas na família, se as equipes básicas de saúde, nos colocam todos os dias que ainda não sabem como lidar com o portador de transtorno mental? Não sabem o que fazer com ele nos grupos de saúde mental. A desinstitucionalização é muito mais do que fechar os hospitais psiquiátricos, é uma mudança de cultura e nessa mudança de cultura quebrar todo o aparato manicomial que se criou na sociedade, então assim, pro assistente social especificamente, como trabalhar a questão de direitos? De fazer com que essas pessoas possam acessar direitos, quando a sociedade ainda vive uma lógica manicomial? Do valor, de ser segregados, excluídos, e não vêem essas pessoas como capazes, então, nosso trabalho é muito difícil porque não existiu há contento em CG uma conscientização popular maior a respeito da reforma, antes de se implantarem os serviços substitutivos (A.S 03)

Bom a gente procura trabalhar né, dentro da reforma, é claro que existe na verdade, obstáculos que a gente enfrenta nesse serviço de ordem institucional e até mais, assim são coisas que não dependem da gente né, da gente enquanto equipe, a gente procura trabalhar dentro desses princípios (A.S 10).

Não e Sim. A equipe até tenta fazer o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito a não segregação hospitalar, a autonomia do usuário, da humanização das ações, da escuta respeitosa, etc., e tenta fazer assim. Digo assim... De todos considerarem que não resolve manter as longas internações e o isolamento social. Mais aí, nos deparamos com situações que acabamos por repetir os mesmos procedimentos que criticamos, pela falta de suporte de serviços substitutivos e por falta de um sistema de saúde articulado, com os hospitais gerais e as equipes da atenção básica ou do PSF. Além disso, na cidade ainda tem um hospital psiquiátrico que assume as internações de longa duração sem compartilhar da metodologia dos serviços substitutivos implantados. [...] quando precisamos de atendimento clínico ou de outra complexidade, não temos um serviço interligado, às vezes o SAMU não quer nem levar os usuários, os órgãos de segurança pública muitas vezes deixam as pessoas nos serviços, sem nenhum critério de triagem, não respeitam nosso parecer, porque às vezes não tem vaga, mas eles não querem nem saber, dizem ter autoridade suficiente pra deixar, e eu acho que nessa hora cabe a administração intervir, a gestão é quem teria que articular todo o sistema desde lá de cima, mas quando chega aqui a gente é que tem que resolver. [...] Então, eu acho... É meio complicado conseguir seguir os princípios da RP, muitas vezes a equipe funciona mesmo só pela boa vontade (A.S 12).

Para dar respaldo a essas falas, aborda-se uma análise contida na bibliografia de Bisneto, que atenta para um fenômeno real perene na sociedade brasileira e patente no âmbito da saúde mental,

Uma contradição atual é como fazer a reabilitação psicossocial numa sociedade excludente, alienante, inabilitadora, e ainda por cima atuando em nível institucional ou organizacional (não macrossocial). Ao lado de funções típicas, como dar assistência aos portadores de transtornos mentais, o Serviço Social também é alocado em Saúde Mental para diminuir os custos da assistência psiquiátrica [...], pois a 'mercantilização da loucura', apesar dos esforços contrários de uma parcela profissional, permanece intacta (BISNETO, 2007, p. 63).

Ainda, para fomentar essas falas e explorar os motivos pelos quais decidiram abraçar essa causa, perguntamos sobre os significados impingidos pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, a perspectiva e a acreditação se sobressaem nas falas, conforme podemos observar a seguir:

Enquanto profissional pra mim foi assim, fundamental! Porque eu descobri outro lado, que eu achava assim... Até impossível trabalhar com o paciente de saúde mental e com esse novo olhar, com essas mudanças que houve né, com o processo de reforma psiquiátrica, daí eu comecei a pensar, até ver de forma diferente e me envolvi a tal ponto que profissionalmente hoje eu me sinto realizada em trabalhar dentro dessa proposta da Reforma Psiquiátrica (A.S 01).

O movimento de reforma pra mim... Foi o que me motivou a entrar na saúde mental, dentro de um CAPS, porque a r.p ela prega valores que são inerentes a nossa profissão, a liberdade, a autonomia, então, tudo isso foi o que me encantou, só que, o movimento de reforma é um movimento cultural, antes de tudo, é cultural, político, muito mais do que a construção de serviços, então, antes da construção de serviços a gente tem que pensar numa reforma como um processo muito mais amplo, se não a gente acaba substituindo uma estrutura antiga por uma nova, então se reduz a isso (A.S 03).

Achei que era o que há! Tudo de bom, de melhor e de mais moderno (risos)... E ainda acredito nessa possibilidade de concretizá-la, sempre discordei das colônias manicomiais, nunca entendia porque tanta gente abandonada dentro de altos muros sem nenhuma do mundo lá fora... Só sabia que sempre se dava um jeito de levá-los (pelos transtornos e desordens que causavam), mas eram deixados lá em situação de abandono, escondidos da sociedade, do mundo, e eu não sabia o porquê, também nem me interessava saber. Depois fui entendendo que essa situação era relacionada ao lucro que geravam aos donos dos hospícios e nem sempre por conta da real necessidade do paciente “louco”. Então, quando eu fui fazer a seleção li pouca coisa, mas de cara achei interessantíssimo participar dessa mudança (A.S 12).

A idéia de desinstitucionalização carrega em si uma grande importância, ou seja, a possibilidade de reinserção ou reabilitação psicossocial do PTM. Nesse sentido a participação do assistente social na equipe se faz mister, visto que, contribui na inclusão do usuário no seu território sócio-comunitário, reafirmando os laços e o apoio familiar.

Assim afirmando, perscrutamos sobre a importância da atuação do assistente social levando em consideração os princípios da Reforma Psiquiátrica, ao passo que obtivemos as seguintes respostas:

Eu acho importante porque o assistente social é aquele que faz um vínculo maior com a família né, o vínculo com a comunidade, é aquele que está mais próximo do usuário, acho muito importante o assistente social nessa mudança psiquiátrica, porque [...] o vínculo que tem com a família e com a comunidade é o assistente social, não é o enfermeiro, nem o médico, eu acho que é o assistente social que faz tudo isso (A.S 02).

O serviço social, talvez pela própria formação acadêmica, né, trabalha diretamente com as questões sociais, então assim, o que a gente vê, principalmente quando a gente tá fazendo acolhimento, é que várias questões trazidas pelo próprio usuário tem relação com a questão social, seja ela econômica, seja ela social, seja ela de relações interpessoais, questão de trabalho, de moradia... Então, assim, a gente percebe que é uma questão inerente da própria dinâmica do sistema capitalista né, do funcionamento do sistema e aí o serviço social tem muito a contribuir porque é um profissional que é qualificado nas questões sociais, ele se identifica mais na questão de uma visita domiciliar, de um encaminhamento, de uma orientação, de aconselhamento... Então, acho que esse profissional casou muito bem com a reforma psiquiátrica e como membro de atuação do CAPS, acho que veio muito a somar (A.S 07).

É importante, porque a gente trabalha de acordo com os princípios fundamentais do código de ética, que trabalha exatamente essa questão da gestão democrática da questão dos direitos de cidadania, a questão da eliminação dos preconceitos, que é incentivar o respeito, a diversidade, a questão dos grupos sociais que eram discriminados, como no caso, que a gente sabe que os portadores de transtornos mentais, a questão da loucura que antes era totalmente discriminada, excluída, ficavam a margem da sociedade. A gente enquanto profissional do serviço social, a gente atua mais dentro dos direitos dos princípios fundamentais do código de ética, que traz exatamente toda esta questão, eu acredito que tá muito ligada à questão da reforma psiquiátrica nestes direitos agora que estão sendo conquistados pelos que são portadores de transtornos mentais. (A.S 08).

Como se pode perceber nas falas arroladas, os assistentes sociais entrevistados possuem claros os princípios elencados no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, visto que prezam pela liberdade e autonomia dos usuários enquanto cidadão e sujeitos de direito. Ao mesmo tempo em que buscam incorporá-los aos princípios norteadores da RP, reforçando em suas ações a negação às formas de exclusão, acolhendo a estrutura familiar buscado, propiciar a democratização do acesso aos serviços, programas e projetos, não só na área de saúde mental, mas também em outros espaços que pactuem com a metodologia de inclusão.

Além disso, sua prática valoriza a interlocução entre os mais diversos atores envolvidos no processo de desospitalização, como também, propaga a articulação e o envolvimento de outros setores e serviços públicos, com vista a contemplar os interesses dos usuários, dos seus familiares, da comunidade e dos próprios dispositivos substitutivos. Então veja como o assistente social da RSM/CG desenvolve sua prática nestes serviços,

Dentro da equipe, os assistentes sociais do CAPS aonde eu trabalho, somos duas, então a gente se divide e nós trabalhamos tanto com os grupos quanto com o atendimento das demandas espontâneas que surgem no serviço. Dentro dos grupos nós trabalhamos as questões de acesso aos direitos, relativas à maior autonomia dos usuários, com família e outras questões que aparecem no cotidiano e nos atendimentos individuais são diversas questões, dentre elas, o acesso a benefícios sociais, a programas sociais, enfim... Coisas no âmbito social (A.S 03).

[...] eu faço muito mais além do que isso né, porque eu também faço oficinas, e assim, eu me identifico muito com oficinas, é dentro daquela oficina que eu observo como é que está o usuário, como está o seu desempenho a sua evolução, é dentro dessas oficinas que eu observo se o usuário tem condições de ressocialização, se tá realmente acontecendo né, é dentro dessas oficinas que eu posso encaminhá-los pra outras instituições sociais permanentes, como a escola regular, como as escolas técnicas, nas oficinas a gente observa né. Então, dentro de todos esses trabalhos que eu faço encaminhamento, aconselhamento, atendimento individual, grupo de família e a visita domiciliar, que eu acho que é uma das ferramentas que o assistente social tem para realmente fazer uma boa prática. Ultimamente nossa unidade, não só a unidade que eu trabalho, mas quase todas as unidades tem sentido a dificuldade de profissionais, e eu também tenho sentido muito aqui a dificuldade de outro profissional de s.s, porque não só eu que faço a visita, outro profissional da equipe interdisciplinar também pode fazer, mas aqui no CAPS, geralmente quem faz mais visita sou eu (A.S 06).

Como se trata de uma equipe interdisciplinar, a gente atua na elaboração do projeto terapêutico, a gente também participa deste projeto, a gente também participa das oficinas. A questão da visita domiciliar que é feita pelo serviço social pela assistente social, no caso, reunião de família, que é importante também chamar a família ao serviço, que ele participe deste tratamento desenvolvido pelo usuário, antes a gente via que no modelo tradicional a família ficava totalmente de fora, ela ia apenas lá pra visitar, ela não participava, não tinha como se ter..., eu acredito assim, buscar uma melhora, porque não é nem a cura para que esse paciente evoluísse tivesse uma melhora ficava até difícil por conta do isolamento. E hoje a gente vê que não, com os CAPS as famílias estão inseridas junto com nos programas, nos serviços junto com o usuário, isso facilita na melhora, por que ela participa de forma ativa, seja através desta visita que a gente faz, passando informações como também, no próprio grupo de família onde existe a troca de experiências entre os familiares e também as informações que eles trazem para os profissionais que são importantes porque a gente tem o contato com eles aqui nas oficinas cada profissional tem um contato sabe passar alguma informação sabe dados da personalidade, do caráter, da vida, do histórico, mas a família ela contribui muito, porque o que acontece na vida, no interior da família é muito importante essas informações (A.S 08)

Como se pode ver, os assistente social entrevistados fazem uso do instrumental teórico-metodológico norteador da sua prática, no entanto, não se apercebem que alguns desses instrumentos são mais bem manejados pela categoria, visto que, está à luz de sua competência, conforme está deposto no Código de Ética Profissional. A este profissional, entre outras atividades, compete:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social, com a participação da sociedade civil; Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e população; Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (COLETÂNIA DE LEIS, 2005, p. 29 - grifos nossos).

É possível avaliar que na área de Saúde Mental essa tarefa torna-se extremamente difícil, visto que, a população recorrente a estes serviços tanto usuários quanto familiares carregam em si o estigma da exclusão social e as dificuldades da negação a qual são constantemente expostos.

No entanto, o trabalho em CAPS, vem favorecendo a reabilitação do PTM quanto cidadão de direitos, principalmente por incluir em seu projeto, a presença da família e participação da comunidade. Nesse sentido, cabe ao assistente social – e não só a ele – efetivar uma prática favorável aos usuários e seus dependentes, na tentativa de garantir o acesso e de promover melhores condições de vida para a população recorrente aos serviços substitutivos, considerando a autonomia e a liberdade do usuário como uma prioridade para sua recuperação.

Retoma-se aqui, a análise da interação interdisciplinar ocorrida entre os assistentes sociais e os demais membros das equipes, abordando sumariamente dois aspectos: o da colaboração e o da geração de conflitos, ao passo em que respondem:

Em algumas situações ela pode até chegar a ser conflituosa, porque às vezes é necessário que exista esse conflito, mas na maior parte... Na maioria dos casos, ela é mais colaborativa (A.S 01).

Essa interação nós podemos ver mais nitidamente nas discussões dos casos, quando estamos discutindo os casos dos usuários, cada profissional, a partir do seu conhecimento específico vai colocar um aspecto que vai ajudar no tratamento daquela pessoa, então, isso as vezes que complementa, por vezes é difícil, porque por várias vezes a gente entra em conflito, por não concordar, então... Mas essa miscigenação de várias categorias profissionais ajuda exatamente nesse tratamento, porque cada um consegue ver um aspecto que o outro não tinha visto. Na construção dos casos, é quando a gente discute pra ver o que é que aquela pessoa necessita melhorar, então, a partir daí é que a gente vai lançar propostas para o projeto terapêutico dela. (A.S 03)

É assim... Essa questão da gente ter um caso de um usuário, [...] a determinação ou a solução pra aquele usuário ela nunca vem do médico ou da enfermeira ou do psicólogo que ta acompanhando né, geralmente sente-se, discute o caso do usuário. Então, cada um, dentro da sua especificidade dá o seu parecer e aí em conjunto a equipe tenta chegar a uma solução, uma ajuda melhor que se ache pra aquele usuário, nunca A ou B tem a determinação certa ou mesmo a equipe resolvendo aquela questão geralmente a gente não acerta então se tenta de novo, mas sempre em grupo, então, o psicólogo ele nunca deve fazer uma determinação só, o assistente social também não, a gente tenta resolver em grupo [...] (A.S 05).

Conforme podemos perceber nas falas a cima, o trabalho é bem melhor dinamizado a partir do momento que concebem essas trocas de informações.

Outro aspecto enfocado no grupo das assistentes sociais, busca recolher as possíveis perspectivas ou ações que a prática do assistente social possa deixar a desejar. Observemos, pois, que o que fica implexo para o exercício profissional diz respeito aos impactos interpostos pela própria conjuntura político-econômica, – presente desde o final dos anos de 1980 e com maior intensidade no decorrer da década de 1990 –, acirrada pelo “desmantelamento” do Estado Nacional, ao consentir maior abertura as políticas de cunho neoliberal, as quais permeiam as ações da saúde e assistência mediadas pelo grande capital especulativo e vinculadas aos interesses privatistas. O que dificulta sobremaneira a atuação dos vários campos que trabalham com o social. Para ilustrar o enunciado, notemos algumas observações tecidas por Siqueira,

Na conjuntura atual, as várias expressões da questão social estão cada vez mais evidentes, desembocando grandes desafios para os vários campos sociais [...], sobretudo, para o Serviço Social, que atua na formulação, execução e avaliação de políticas sociais, na defesa dos direitos sociais e no campo da reprodução social (SIQUEIRA, 2007, p. 48).

Esse cenário perpetua-se até os dias atuais, intensificando assim, as mazelas da questão social, que providencialmente são demandadas aos profissionais de Serviço Social, somando-se a isso a cultura institucional, perene no campo psiquiátrico – impõe limites a esta prática. Vejam-se então, alguns depoimentos da categoria:

Eu acho assim, que o assistente social ele ainda não se colocou, pelo menos no meu local de trabalho, ele ainda não se colocou na sua posição de assistente social, como eu já falei, faz muita coisa fora disso, ele é solicitado pra fazer muita coisa que não é serviço do assistente social, ele é desviado demais, pra fazer muita coisa que quem deveria fazer devia ser o técnico, um agente administrativo, né. Então, a gente, é muito desviada, então eu acho que deixa a desejar por conta disso (A.S 02). Falando por mim, eu diria que quando o serviço não dá estrutura pra gente desempenhar um trabalho como gostaríamos ou como deveria ser, mas em termo de empenho, de ver a coisa acontecer, da minha parte eu tento fazer, né, só quando alguma coisa não cabe a mim resolver (A.S 05).

A burocracia faz com que a gente esbarre muito, impede da gente realizar uma boa prática. Porque como nós somos uma a equipe interdisciplinar e a gente toma as decisões e precisamos ir pra prática, quando chega à prática fica muito difícil, muitas vezes a gente quer acionar o Ministério Público, mas só daqui a 30/60 dias que a gente vai ter um resultado, muitas vezes a gente aciona o Conselho Tutelar e o CT não nos dar respaldo né, muitas vezes nós acionamos uma equipe matricial e a equipe matricial também não nos dá respaldo. O que me incomoda é a burocracia (A.S 06).

Apesar desses entraves, observa-se que os assistentes sociais da RSM enxergam possibilidades de transformação do seu cotidiano profissional através de ações propositivas que abarquem ações integralizadas junto a outros dispositivos atuantes no campo da saúde e da assistência. Considerando esses aspectos, inquirimos sobre como achavam que deveria ser a prática do assistente social nestes serviços, ao tempo em que respondem:

Além do que ele tem feito? Que eu acho assim, que... Que a agenda do Serviço Social, elas são bem, bem direcionadas mesmo, dentro do que a gente propõe, eu acho que ele deveria [...] trabalhar um pouco mais a interlocução entre os serviços de saúde, não só de saúde mental, como de saúde como um todo né, eu acho que ele ia contribuir muito (A.S 02).

Uma questão que eu me cobro, e cobro também a nível de coordenação é a questão de efetivar, programas, projetos voltados diretamente, sabe? A questão da reinserção o mercado de trabalho, então assim, porque a necessidade maior que eles colocam é essa né, ele já tem esse vínculo perdido é, vamos dizer 60% ou 70% dos usuários que chegam aqui tem perdido esse vínculo né, de trabalho e geralmente adentram no tratamento e não consegue reatar, então assim, eu acho que essa questão da renda, de programas voltados pra renda poderiam ser melhor vistos, serem efetivados, infelizmente ainda não existe (A.S 05).

Devia ser mais autônoma, digo, ser mais externo. O serviço social devia estar mais fora das instituições da saúde mental e circular nas comunidades, criar vínculos entre os serviços substitutivos e aos serviços de saúde da rede (A.S 12).

O que eu acho que falta? É esse trabalho que falta na comunidade, acho que isso tinha que ser mais extra muro, procurar inserir mais esse usuário na comunidade, eu acho que tá faltando dependendo da situação problema é, uma coisa assim muito pontual num é aquela coisa que a gente precise mudar na comunidade é uma coisa que deve ser mais efetivado. (A.S 10).

Como se pode perceber, os profissionais têm clareza da forma como suas ações se tornam limitadas à medida que são impelidos a desenvolver outros papéis ou cumprir outras funções, ao mesmo tempo em que são ladeados por uma máquina política que os mantém reféns do aparato burocrático, dos entraves gerenciais, pela dificuldade de diálogo com a própria gestão, pela precariedade das ações sócio-assistenciais de cunho setorial, (não) desenvolvidas no município, entre outras.

Esse legue de dificuldades, somadas à forma de como a gestão, vem conduzindo as ações da saúde no município – tanto no que diz respeito à saúde mental como também na

Atenção Básica³¹ e em outros serviços de maior complexidade – rebatem significativamente na atuação dos profissionais, tanto da área da saúde quanto nas demais áreas, conseqüentemente a política do improvisado, do “faz de conta que tem”, impede o desenvolvimento de uma política alicerçada e pensada por muitos como democrática e de direito.

Volta-se aqui a considerar a análise de Bisneto (2007) a respeito dos limites aos quais se deparam os assistentes sociais nesse campo de atuação. O autor discorre sobre contradições vivenciadas por esta categoria, principalmente no que diz respeito ao objeto prático de suas funções especificamente nesta área, assim, vejamos:

Nas instituições psiquiátricas em geral o assistente social não é solicitado a definir o seu objeto de prática nem 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 Social³² e o desta organização institucional (BISNETO, 2007, p. 124).

Assim, pode-se ver que, conforme se apregoa os indicativos da recém instaurada política de saúde mental, a prática de ações terapêuticas é realizada pelo conjunto de profissionais no interior de serviços substitutivos, a fim de que sejam alcançados resultados que possam contribuir para a saúde mental do usuário, em sua inserção cidadã. Entretanto, o processo de desinstitucionalização ainda apresenta-se lento, o que é fato. Assim como também, se apresenta posturalmente o Serviço Social, visto que, historicamente esta profissão foi subordinada aos ditames da Psiquiatria, ao passo em que proporcionam suporte familiar acerca do transtorno e das ações terapêuticas dentro da instituição. Importante ainda aqui, considerar os apontamentos de Bisneto,

As instituições psiquiátricas, em geral, não dão respostas à 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; daí outros profissionais são acionados. Quando certos aspectos do problema global situam-se na área social, o Serviço Social é chamado a atuar. Porém, podemos observar que no Movimento de Reforma Psiquiátrica, a problematização teórica e o leque de programas vão além dessa delimitada assertiva (BISNETO, 2007, p. 125 – grifos nossos).

³¹ Consultar: CARVALHO, 2008 - As (im) possibilidades da prática interdisciplinar no programa saúde da família em Campina Grande-PB.

³² O qual diz respeito às diferentes expressões da questão social.

Defende-se, pois, que para se tornar consistente uma rede de atenção qualificada para os usuários de saúde mental, se faz mister incorporar valores e ações com a finalidade de unir Estado e sociedade civil no compromisso de dar respostas à complexa demanda da área de saúde mental.

Para tanto, faz-se necessário que, no âmbito do Serviço Social construam-se subsídios, discutindo a necessidade de se buscar soluções quanto aos interesses do PTM quer seja na saúde mental, quer seja no âmbito de defesa de direitos e de cidadania deste usuário, mesmo que possa ir de encontro às concepções de outras práticas políticas que subsidiam as propostas neoliberais.

Assim sendo, o Serviço Social em Saúde Mental precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, mantendo uma postura crítica, analisando o aparato institucional a respeito das questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas que permeiam a realidade institucional, na qual estão inseridos estes usuários, a fim de dar conta das demandas institucionais, sem perder de vista a criticidade e a visão histórica dos processos que envolvem a problemática do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou analisar a prática do Assistente Social no âmbito da saúde mental, tendo por referência o novo cenário da assistência psiquiátrica brasileira, o qual propõe o re-ordenamento institucional nesse setor. Por conseguinte, esse processo aponta também para uma significativa e necessária mudança na dinâmica cultural de construção da identidade específica de cada profissão. A partir desta percepção, reconhece-se que o assistente social também é desafiado a construir novas abordagens que possam subsidiar e enriquecer sua prática.

No que concerne ao Assistente Social, reconhecemos que sua prática se encontra devidamente ancorada no seu projeto ético-político, tendo este, sido idealizado a partir da segunda metade da década de 1970, resultante de uma construção coletiva, capitaneada pelos interesses da classe trabalhadora. Este dispositivo valoriza a liberdade e a justiça social como núcleos éticos centrais. Assim sendo, a profissão de Serviço Social encontra-se abarcada por uma dimensão político-econômica disposta sob as várias interfaces que compõem a questão social, nessa perspectiva, a profissão assume o compromisso com a efetiva transformação de uma sociedade justa e igualitária, primando pela autonomia, pela emancipação, pela liberdade e pela plena realização dos indivíduos.

A nova política de saúde mental institui a participação do assistente social como ator prioritário na intervenção do objeto de desospitalização, ao considerar que esta identidade profissional conglomerada, entre outros fatores, a superação das desigualdades sociais através de uma perspectiva crítica de cunho politizador, com vistas à democratização dos direitos sociais. Dessa forma, cabe ao assistente social utilizar-se do instrumental teórico-metodológico construído ao longo de sua história, a saber: a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética Profissional.

Guiados por essas premissas, considera-se, pois, que o exercício da prática dos assistentes sociais quando aplicados à saúde mental, irá requerer o envolvimento e a contribuição das diferentes categorias profissionais presentes no processo de desospitalização, bem como da própria instituição na qual o assistente social está inserido. Assim sendo, a prática do assistente social carece ser desenvolvido numa perspectiva de cunho interdisciplinar, que segundo Vasconcelos (2002), é entendida “como estrutural, havendo reciprocidade e enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de

poder entre os campos implicados”, o que requer negociações entre os assistentes sociais e demais profissionais da equipe, e vice-versa, apontando para uma recombinação de valores profissionais internos com vistas a práticas interdisciplinares. Porém, a efetivação dessa prática incorre em limites relacionados aos processos históricos constituintes das diferentes categorias profissionais, o que ocasiona restrições que dificultam sua realização, como bem expressa o referido autor:

A proposta da interdisciplinaridade convive na prática com uma “sombra” espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profundas a troca de saberes e a prática interprofissionais colaborativas e flexíveis (VASCONCELOS, 2002, p. 53).

Sob esse olhar, observa-se achados da pesquisa que o profissional de serviço social preza pelo desenvolvimento de práticas interdisciplinares, sendo em sua maioria valorizados pelas demais categorias de trabalhadores inseridos na RSM/CG. No entanto, fica claro que as limitações impostas pela conjuntura nacional se interpõem sobre o cotidiano institucional, inviabilizando a implementação de métodos e técnicas que propiciem a efetivação de práticas interdisciplinares.

Dentre as dificuldades enfrentadas, vale destacar a ampliação das políticas de cunho neoliberal que perpassa a sociedade brasileira desde a década de 1990, proporcionando o “desmanche” das políticas sociais, desconstruindo direitos conquistados pelo povo, numa ação antidemocrática, a qual pauta a saúde sob a perspectiva privatista, contempla entre outros aspectos a redução de gastos, a focalização da oferta, a descentralização dos serviços, sobrepondo-se as necessidades de saúde da população.

Sabe-se, pois, que historicamente o cotidiano do profissional de Serviço Social é marcado por obstáculos interpostos pela conjuntura política e pela cultura institucional, sendo constantemente cobrado a tomar providências pontuais e imediatas frente a situações relacionadas à problemática econômica e social da população atendida nestes serviços. O que, não se modifica na área da saúde mental.

No entanto, Iamamoto (2005) nos chama a atenção para o fato de que, o profissional de serviço social não trabalha sozinho. Para execução de suas funções o mesmo necessita acessar um conjunto de estruturas que viabilizem ao usuário o acesso aos serviços, seja de propriedade privada ou pública, de entidades filantrópicas, governamentais ou não governamentais, nesse sentido a autora ressalta:

O assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para realização dos fins das instituições (IAMAMOTO, 2005, p. 64).

Portanto, se faz pertinente ressaltar que cabe ao assistente social efetivar sua prática de acordo com os propósitos do projeto ético-político da profissão, em busca de respostas às demandas resultantes das desigualdades sociais decorrentes do desenvolvimento histórico da sociedade capitalista. Como consequência desse reconhecimento, aponta-se a relevância da interdisciplinaridade e a necessidade de interação de outras esferas do conhecimento, alargando o debate para espaços externos à prática restrita do campo do Serviço Social.

Tem-se, pois, que, embora existam entraves no cotidiano institucional, no que diz respeito às barreiras existentes mediante a inabilidade da gestão em lidar com um conjunto de ações complexas presente nesse tipo assistência, observou-se que é possível desenvolver e vivenciar a interdisciplinaridade, embora de forma fragmentada e pouco clara para alguns profissionais – conforme se vê nos relatos descritos –, porém, acabam executando ações interdisciplinares sem, no entanto se darem conta de que o fazem.

Nesse sentido, a hipótese se comprova à medida que o assistente social se utiliza do instrumental teórico-metodológico que norteia a profissão e busca desempenhar seu papel em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, atuando como membro de uma equipe interdisciplinar, sendo mediador de um processo social de afirmação de direitos individuais e coletivos.

Portanto, chega-se ao final das nossas considerações, entendendo que as limitações e tensões postas pela conjuntura políticas do país, ocasionam desfalques para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, porém não a inviabilizam, sendo extraordinariamente importante a participação do assistente social no interior destas equipes, posto a importante mediação que exerce entre os diferentes níveis de assistência em defesa dos direitos sociais e de cidadania destes usuários historicamente excluídos.

REFERÊNCIAS

AFONSO, A. [et al]. **A loucura e o controle das emoções**. Revista de Psicofisiologia, vol. 1, número 1, 1997 (completo). Laboratório de Psicofisiologia – DFBCB/UFMG. Professor-orientador: Fernando Pimentel-Souza. Disponível em: <http://www.icb.ufmg.br/lpf/mono3.pdf>. Consultado em 18/08/2009.

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.

ARAÚJO, L. M. de. **Da prática médica à práxis médica: possibilidades pela Estratégia Saúde da Família**. Tese doutorado. Orientador: José Francisco de Melo Neto. UFPB/CE: João Pessoa, 2007.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Porto Alegre: L & PM, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2002** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5ª Ed. Ampliada. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção básica**. Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PB.pdf> - consultado em 11/02/2009.

BARBOSA, T. K. G. B. de M. **Saúde Mental e demandas para o Serviço Social**. Dissertação de Mestrado – UFAL - Faculdade de Serviço Social; Maceió, 2006.

BERTOLLI FILHO, Claudio. História da saúde pública no Brasil. 4ª ed. ÁTICA, São Paulo: 2004.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. Cortez: São Paulo, 2007.

BRAVO [et al], (org.) **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

_____. M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. - São Paulo: Cortez: 2007.

_____. M. I. S. & MATOS, M. C. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. M. I. S; MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: _____ Saúde e Serviço Social. 2ª ed. - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

_____, M. I. S; MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. 2004. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Consultado em Set/2009.

_____. M. I. S. **As políticas brasileiras de seguridade social**. In: Capacitação em Serviço Social. Módulo 03. – Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. Brasília: UnB, 2000.

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.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECCARELLI, P. **O Sofrimento Psíquico na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental**. *Psicol. estud.* [online]. 2005, v. 10, n. 3, pp. 471-477. ISSN 1413-7372. doi: 10.1590/S1413-73722005000300015. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000300015&script=sci_arttext consultado em 17/02/2009.

CFESS/CRESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar)**. Elaboração do Documento: Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília, Março de 2009.

CHERUBINI, K. G. **Modelos Históricos de Compreensão da Loucura: da antigüidade Clássica a Philippe Pinel**. Elaborado em 1997. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777&p=1> – consultado em 11/02/2009.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania** nos discursos de usuários e familiares. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Campina Grande: UEPB, 2006.

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, 2004.

COHN, A. & ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** 5ª ed. São Paulo: Cortez: 2005.

_____. NUNES, E. JACOBI, P. R. [et al]. **A Saúde como Direito como Serviço.** 5ª ed. - São Paulo: Cortez: 2008.

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** In: Revista Serviço Social e Sociedade n° 62 – São Paulo: Cortez, março/2000.

CRESS - Coletânea de Leis - **Lei de Regulamentação da Profissão.** Lei n° 8.662/93. 16ª Região, Maceió/AL: Gestão 2002/2005.

CRUZ NETO O. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: MINAYO, M.C.S (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 8ª ed. São Paulo: Vozes, 1994.

DUARTE, M. J. de O. **Por uma cartografia do cuidado em saúde mental:** repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO [et al], (org) **Saúde e Serviço Social.** 2ª ed. - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

FOUCAULT, M. (1926-1984) **Historia da Loucura:** na idade clássica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 8ª ed. - São Paulo: Editora. Perspectiva, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos:** inovação ou reprodução do modelo assistencial? [Dissertação de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

GUERRA, Y. A.D. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil –** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 21ª edição. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2007.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** 10ª Ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

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.

http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000063&lng=pt&nrm=iso#top – consultado em 20/03/2009.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro. Editora Garamond, 2003.

MANRIQUE C. M. **História do Serviço Social na América Latina**. Trad. José Paulo Netto e Balkys Villalobos. 10ª ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

MARSHALL, T. M. **Cidadania, classe social e status**. (Cap. III, IV e V) Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MAXIMO, H. dos R. M. & BOSI, M. L. M. **Saúde mental em um hospital público: o olhar de profissionais médicos do município do Rio de Janeiro**. *Physis* [online]. 2006, vol.16, n.2, pp. 293-316. ISSN 0103-7331. Consultado em 28/08/2009.

MINAYO, M. C. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 8ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

MOTA, A E *et al.* **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **A construção do Projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 4ª Ed - São Paulo: Cortez, 1998.

PANORAMA HOSPITALAR. **Memória: uma história que merece ser contada**. Federação Das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul Ano V - N.º 22 (Junho, 1999). Disponível em: http://ww.cmb.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=179&itemid=86 – Consultado Em 20/03/2009.

PEREIRA, C. de B. **Assistência social em territórios estigmatizados: um estudo da atuação da Fundação Leão XIII em Vila Ipiranga, Niterói**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - orientadora: Denise Pini Rosalem da Fonseca – PUC, Rio de Janeiro, 2007. 86 f.; 30 cm. Disponível <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/051067007cap03.pdf>. Acesso em 05/09/2009.

PESSOTI, I. **Os Nomes da Loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999. Disponível em http://books.google.com.br/books?id=aGIzoxXIbpcC&pg=PA7&source=gbs_toc_r&cad=0_0#PPA6,M2 – consultado em 21/02/2009.

_____. **A Loucura e as Épocas**. São Paulo: Editora 34. 2ª ed. 1994.

RANGEL, C. R. R., **Participação política nos discursos oposicionistas a Getúlio Vargas (Brasil) e Gabriel Terra (Uruguai): 1930/19142**. Tese [Doutorado] Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História. UFRGS. Porto Alegre, RS:

2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11401> - Consulta em 05/09/2009.

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.** 8ª Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

RIBEIRO, D. (1922-1997) - **O Povo Brasileiro: A formação e o sentido de Brasil.** 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIETRA, R. de C. P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

ROSA, L. C. dos S. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

ROTTERDAM, E. (1466-1536). **Elogio da Loucura.** Trad. Paulo M. Oliveira. Coleção Universidade - Editora Ediouro, Rio de Janeiro/ Gravuras originais em p&b: Les Crayonna, 1525. Ano de publicação: N/C.

SILVA e SILVA, M. O. (coord.) **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, A. A da. **A gestão da seguridade brasileira: entre a política pública e o mercado.** Cortez - São Paulo: 2004.

SILVA, A. B. B. **Mentes Perigosas: o psicopata mora ao lado.** Objetiva: Rio de Janeiro, 2008.

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

SOARES, A. de O. **Serviço Social e Saúde Mental: a formação de uma prática ou uma prática em formação?** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUC – Rio. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/acessoConteudo.php?nrseqoco=29973> – Consultado em 28/03/2009.

TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 8ª Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **O Serviço Social na Saúde.** Disponível IN: <http://www.assistentesocial.com.br/sssaude.pdf>. Acesso em 13 de abril 2006.

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 interdisciplinaridade. 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários**. In: ROSA, L. C. dos S. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

WEISSHAUPT, J. R. **As funções sócio-institucionais do serviço social**. São Paulo: Cortez, 1985

Sites consultados:

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=25&VMun=250400 consultado em 13/11/2009

<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> - consultado em 13/11/2009.

http://www.paraibabrasil.com/agr_rot_campina_grande.php - consultado em 10/02/2009.

<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf> - consultado em 23/02/09

Paraíba News da Redação - Publicado em 17/03/2008 às 14h17min.
<http://www.paraibanews.com/paraiba/prefeitura-de-campina-grande-beneficia-bairro-de-ze-pinho- agora-com-emergencia-psiquiatrica> - Consultado em 14/11/2009.

APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE/PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Pesquisador: Carmen Silva Alves

Orientadora: Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

O Sr (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE/PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira**”, de responsabilidade da pesquisadora **Carmen Silva Alves**, sob a orientação da **Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti**. A pesquisa esta vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba e tem por objetivo analisar a prática do assistente social, no âmbito da saúde mental em Campina Grande/PB, observando de que maneira contribui para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, tomando por base os parâmetros ético-políticos que regem a profissão. A sua participação consistirá na aplicação de um roteiro de entrevistas individuais. As entrevistas serão gravadas em equipamento digital e as informações serão manuseadas apenas pelo pesquisador. As informações colhidas serão analisadas e apresentadas em relatório final da pesquisa resguardado a privacidade dos sujeitos. Será preservado o anonimato do informante podendo este em qualquer tempo desistir de participar do projeto. O pesquisador se coloca a prestar esclarecimentos posteriores e em qualquer tempo pelo telefone: (83) 8886 7364 ou pelo email: carmenalves@yahoo.com.br.

Eu, _____, RG nº _____, declaro

ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Testemunha

Campina Grande ____/____/____

APÊNDICE 02 - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE/PB:
limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Pesquisador: Carmen Silva Alves

Orientadora: Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

Nº de ordem: _____ Data: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo _____

- Qual a sua formação acadêmica? _____
- Ano de graduação _____
- Possui Pós-Graduação? () sim () não.
- Caso sim, qual? _____
- Ano de Pós-Graduação _____
- Qual a sua renda? (apenas relativa à atuação na RSM/CG/PB)
- () De 1 á 03 s/m () de 04 à 06 s/m () de 07 à 09 s/m () mais de 09 s/m.
- Você complementa sua renda com outra atividade? () sim () não
- Qual? _____
- Carga horária? (apenas relativa à atuação na RSM/CG/PB)

-
- Qual seu tempo de serviço na função? _____
 - Qual seu tempo de serviço na RSM/CG/PB? _____
 - Qual tipo de vínculo empregatício? (apenas relativa à atuação na RSM/CG/PB) _____

1. Qual a sua função enquanto membro da equipe da unidade de saúde mental na qual você atua?
2. Qual a missão (ou objetivo, ou funcionalidade) da unidade de saúde mental na qual você atua?

3. Você considera que em sua unidade de trabalho, as ações ocorrem numa perspectiva interdisciplinar? Há de fato uma cooperação entre os diversos membros da equipe? Há reconhecimento e respeito mútuos nessa cooperação? Como ocorre?
4. Você acha que a unidade de saúde mental na qual você atua funciona segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica? Em sua opinião, que princípios são esses?
5. Para você, que significado teve e tem o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira?
6. Qual a importância da atuação do assistente social segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica?
7. O que faz o assistente social nessa equipe (no campo da saúde mental)?
8. Como ocorre a interação (ou a interdisciplinaridade) entre os membros da equipe e o assistente social na sua unidade de trabalho? É colaborativa? Ou é conflituosa?
9. A atuação do assistente social, da unidade de saúde mental na qual você atua, está em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica?
10. Você considera que os assistentes sociais atuantes na rede municipal de saúde mental estão capacitados para desenvolver sua prática?
11. O poder institucional (coordenações/direção da unidade e a secretaria de saúde) interfere na dinâmica de relações entre os membros da equipe e na definição de seus papéis? E quanto ao papel do assistente social, depende muito dessa interferência?
12. Há interferências políticas na prática do assistente social, na unidade de saúde mental na qual você atua? De que formas?
13. As relações interpessoais estabelecidas pelos membros da equipe influem no desenvolvimento das ações cabíveis ao assistente social? Como isso ocorre?
14. Considerando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é possível desenvolver o trabalho e as ações sem a participação do assistente social?
15. Em qual ação e sob quais perspectivas a prática do assistente social deixa a desejar?
16. Em sua opinião, como deveria ser a prática do assistente social?
17. Quais os impedimentos para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares que envolvam os assistentes sociais?

CAAE-0199.1.000.405-09

Andamento do projeto - CAAE - 0199.1.000.405-09				
Título do Projeto de Pesquisa				
O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE/PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	05/02/2009 10:47:02	16/02/2009 11:54:48		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	27/01/2009 00:42:40	Folha de Rosto	FR240180	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	05/02/2009 10:47:02	Folha de Rosto	0199.1.000.405-09	CEPV
3 - Protocolo Aprovado no CEP	16/02/2009 11:54:48	Folha de Rosto	0199.1.000.405-09	CEP