

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Faculdade de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado

Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo Barbosa

Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social

Maceió, 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas é definido em três graus:

- "Grau 1": livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- "Grau 2": com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- "Grau 3": apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

A classificação desta dissertação/tese se encontra, abaixo, definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área de Serviço Social.

Título da Monografia: Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social.

Nome do Autor: Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo Barbosa.

Data da aprovação: 18 de setembro de 2006.

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Maceió, 2006

Assinatura do autor

Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo Barbosa

Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosa Lúcia Prêdes Trindade

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, área de concentração em Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas.

Maceió, 2006

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

B238s Barbosa, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo.
 Saúde mental e demandas profissionais para o serviço social / Thaís Karina
 Guedes Bezerra de Melo Barbosa. – Maceió, 2006.
 141 f.

 Orientador: Rosa Lúcia Prêdes Trindade.
 Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas.
 Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2006.

 Bibliografia: f. 135-140.
 Apêndices: f. 141.

 1. Serviço social. 2. Demandas profissionais. 3. Saúde mental. I. Título.

CDU: 364

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Faculdade de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado

Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social

Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo Barbosa

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 18 de setembro de 2006.

Banca Examinadora:


Rosa Lúcia Prêdes Trindade, Doutora em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas
(Orientadora)

Maria Rosângela Batistoni, Doutora em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora (MG) (Examinadora Externa)


Maria Virginia Borges Amaral, Doutora em Linguística, Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora Interna)

Dedico este trabalho aos meus pais, Manuel e Fátima, pelo incentivo constante, trazendo-me forças para superar os momentos difíceis; ao meu amado esposo, Klecius Rodrigo, pela cumplicidade e dedicação; ao meu filho João Victor, por ter compartilhado, ainda no ventre, todas as etapas na construção deste trabalho.

Dedico este trabalho aos meus pais, Manuel e Fátima, pelo incentivo constante, trazendo-me forças para superar os momentos difíceis; ao meu amado esposo, Klecius Rodrigo, pela cumplicidade e dedicação; ao meu filho João Victor, por ter compartilhado, ainda no ventre, todas as etapas na construção deste trabalho.

Agradecimentos

A Deus, pelo fortalecimento diário na luta pela realização dos meus objetivos;

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Serviço Social, por terem compartilhado conosco seus saberes, contribuindo com a nossa formação e na construção de uma visão histórico-crítica de sociedade;

À Prof.^a Dr.^a Rosa Prêdes, exemplo de profissionalismo e competência, pela fiel e carinhosa companhia ao longo de minha trajetória acadêmica, tendo contribuído diretamente em minha formação como profissional e pesquisadora, permitindo-me chegar até aqui. Obrigada pelo incentivo e pela presença na realização de mais um trabalho;

A todos os companheiros de turma do mestrado, por terem compartilhado conosco as angústias e alegrias durante este processo de crescimento acadêmico;

Ao meu esposo, pelo companheirismo, paciência, incentivo e compreensão nos momentos de ausência;

Aos meus pais, pela presença constante em minha vida, responsáveis diretos pelo que hoje eu sou;

A todas as assistentes sociais que compartilharam conosco suas experiências profissionais, contribuindo para a realização deste trabalho;

À FAPEAL (Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Alagoas), pelo incentivo na formação de novos pesquisadores através da concessão da bolsa de mestrado;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

O presente estudo tem o objetivo de analisar as demandas profissionais colocadas para os assistentes sociais pela política de saúde mental no Brasil, dando ênfase aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em Maceió, buscando apreender o papel desenvolvido por estes profissionais nesses serviços e identificar as dificuldades na atuação profissional e no desenvolvimento da Política de Saúde Mental. Para tanto, foram desenvolvidos a revisão da literatura relacionada à temática e aos objetivos do estudo, a realização de pesquisa documental sobre a legislação em Saúde Mental e a realização da pesquisa empírica, a partir de uma entrevista semi-estruturada realizada com os assistentes sociais que atuam nos Caps do município de Maceió. Os dados revelaram que a reinserção social dos portadores de transtornos mentais têm sido uma das demandas reconhecidas pelas assistentes sociais através do trabalho junto à família, realizada através de orientações sociais, encaminhamentos, esclarecimentos acerca do desenvolvimento do usuário no seu projeto terapêutico etc. A ausência de recursos e articulação com as instituições que contribuem na ampliação das redes sociais de atendimento, e a ausência de capacitação foram reconhecidas como as principais dificuldades postas aos profissionais e ao desenvolvimento do serviço. A inserção social do portador de transtorno mental encontra-se permeada por uma série de limites, gerando necessidade de reconhecimento e desenvolvimento de ações que colaborem na articulação dos usuários junto à comunidade, no incentivo à participação social. Assim, a compreensão das demandas postas aos assistentes sociais nos Caps só é possível a partir da reflexão acerca do contexto social, político, cultural e econômico em que se insere a política de saúde mental.

Palavras-chave: Serviço Social. Demandas Profissionais. Saúde Mental.

Abstract

The present study it has the objective to analyze the professional demands placed for the social assistants for the politics of mental health in Brazil, giving emphasis to the Centers of Psicossocial Attention (Caps) in Maceió, searching to apprehend the paper developed for these professionals in these services and to identify the difficulties in the professional performance and the development of the Politics of Mental Health. For in such a way, the revision of the literature related to the thematic one and the objectives of the study, the documentary accomplishment of research on the legislation in Mental Health and the accomplishment of the empirical research had been developed, from an interview half-structuralized carried through with the social assistants who act in the Caps of the city of Maceió. The data had disclosed that the social reinserção of the carriers of mental upheavals has been one of the recognized demands for the social assistants through the work next to the family, carried through through social, encaminhamentos orientações, clarifications concerning the development of the user in its therapeutical project etc. the absence of resources and joint with the institutions that contribute in the magnifying of the social nets of attendance, and the qualification absence had been recognized as the main difficulties ece of fishes to the professionals and the development of the service. The social insertion of the carrier of mental upheaval meets permeada by a series of limits, generating necessity of recognition and development of actions that collaborate in the joint of the users next to the community, in the incentive to the social participation. Thus, the understanding of the demands ece of fishes to the social assistants in the Caps alone is possible from the reflection concerning the social context, politician, cultural and economic where if the politics of mental health inserts.

Word-key: Social service. Professional demands. Mental health

Sumário

INTRODUÇÃO.....	08
1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA: DE “ALGO NATURAL” PARA A CONDIÇÃO DE OBJETO DE AÇÕES CIENTÍFICAS E RACIONAIS.....	15
2 CONCEPÇÃO HISTÓRICO-CRÍTICA SOBRE AS DEMANDAS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL.....	38
3 O RECONHECIMENTO DA SAÚDE MENTAL NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E A INSERÇÃO INICIAL DO SERVIÇO SOCIAL	51
4 A MODERNIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NA DÉCADA DE 1970 E AS MUDANÇAS NAS AÇÕES DA SAÚDE MENTAL E NAS DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL.....	59
5 REFORMA PSIQUIÁTRICA E DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL.....	68
5.1 As Reformas Sanitária e Psiquiátrica e a implantação do novo modelo de atendimento em Saúde Mental no Brasil.....	68
5.2 Demandas Profissionais para o Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICE.....	141

Introdução

O Estudo sobre “Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social” se insere na linha de pesquisa “Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social” do Mestrado em Serviço Social /UFAL e tem o objetivo de analisar as demandas profissionais colocadas para os assistentes sociais na política de saúde mental no Brasil, dando ênfase aos atuais Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em Maceió-AL.

O primeiro contato com a área de saúde mental se deu através de uma experiência de estágio curricular no curso de graduação em Serviço Social da UFAL, no ano de 2001. Paralelamente a esse fato, a pesquisa sobre o “Mercado de trabalho do Serviço Social em Alagoas”, da qual faço parte desde 2000, revelou a saúde mental como a quinta maior área de absorção de assistentes sociais¹, despertando assim o interesse em aprofundar os estudos nessa área².

Atualmente, através da inserção no grupo de pesquisa acima ressaltado, estamos participando do projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação da Organização da Rede de Atenção em Saúde Mental no Estado de Alagoas”, realizado através de uma parceria entre a UFAL e a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) e financiado pelo convênio Ministério da Saúde/CNPq/SESAU/FAPEAL, o qual tem nos possibilitado conhecer a realidade dos diferentes Centros de Atenção Psicossocial implantados no Estado de Alagoas, aproximando-

¹ PRÉDES, Rosa (Org.). Mercado de trabalho do Serviço Social: fiscalização e exercício profissional. Maceió: Edufal, 2002.

² Dois trabalhos foram fruto dessas experiências (estágio e pesquisa em saúde mental). São eles: Saúde Mental e Serviço Social: reflexões a partir do mercado de trabalho do assistente social em Alagoas (Trabalho de Conclusão de Curso – graduação em Serviço Social, realizado em 2002, em parceria com Wedja Silva e Vânia Bastos) e O Resgate da Saúde Mental no Brasil: aspectos históricos, políticos e sociais (Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão e Controle Social e Políticas Públicas, realizado em 2004, em parceria com Wedja Silva).

nos assim do atual contexto no qual se insere a política de saúde mental no Estado de Alagoas.

A tendência no crescimento da demanda por atendimentos em saúde mental tem aumentado em todo o mundo, pois com o desenvolvimento da sociedade, paralelo ao crescimento da precariedade do trabalho e das formas de sociabilidade que ocorreram ao longo das últimas décadas, não faltam fatores que contribuem para acentuar as fraturas individuais e psíquicas, como as neuroses, as depressões, as novas formas de ansiedade, as perturbações do comportamento ou da alimentação, o alcoolismo etc. Dados do Ministério da Saúde indicam que 12% da população brasileira necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (Fonte: portal. saude.gov.br).

Diante dessa realidade, torna-se cada vez mais relevante o desenvolvimento de estudos relacionados ao processo saúde / doença mental na sociedade atual, tendo em vista as implicações diretas que os problemas de saúde trazem para os demais segmentos da sociedade, refletindo diretamente no âmbito econômico, político e social, devido aos seus reflexos imediatos nas atividades humanas, colocando para o Estado demandas cada vez mais crescentes de intervenção nessa área.

Na Saúde Mental, o Serviço Social é chamado a participar, juntamente com as demais profissões especializadas, a atuar sobre as demandas postas pelas necessidades dos portadores de transtornos mentais inseridos nesse contexto da realidade social. Afirma-se assim que o Serviço Social tem se configurado historicamente como uma profissão especializada, inserida na divisão sociotécnica do trabalho, cuja atividade profissional advém de sua inserção nas estruturas institucionais prestadoras de serviços sociais, que perfazem os aparatos públicos e privados viabilizadores das políticas sociais, desenvolvendo-se na esfera dos serviços sociais voltados para o atendimento das necessidades de reprodução (material e ideológica) da força de trabalho.

Em Alagoas, desde a década de 1960, estudos anteriores (MELO et al, 2002) revelaram que os assistentes sociais têm sido demandados a atuar nesta área, tendo as décadas de 1970 e 1990 como marcos na absorção de assistentes sociais nas instituições de saúde mental no Estado. Nesses períodos, dadas as particularidades de cada década, os assistentes sociais são solicitados para participar dos serviços das políticas sociais na saúde mental.

No contexto da década de 1970 houve uma expansão no número de assistentes sociais em saúde mental devido à multiplicação das clínicas e hospitais, fruto da reorganização do setor psiquiátrico, em que o Estado incrementa um duplo padrão de atendimento que encaminha as pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais da rede pública e os trabalhadores com vínculos previdenciários aos hospitais da rede privada, através da contratação de seus leitos psiquiátricos, ampliando o atendimento aos trabalhadores, “mudando assim o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por trabalhadores previdenciários urbanos exauridos psiquicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho” (ROSA, 2003) no período de crescimento econômico dessa década.

No cenário mundial, após a Segunda Guerra Mundial, são dinamizadas as alterações estruturais na sociedade burguesa, no cerne da crise orgânica, de largo espectro, que impacta o capitalismo. Nestas circunstâncias do pós-guerra, todo o edifício psiquiátrico será questionado e modificado, tendo em vista algumas alterações nos saberes e práticas de intervenção psiquiátrica, decorrentes de condições históricas que propiciaram a emergência de processos de reforma psiquiátrica, que pretendiam modificar a relação entre a sociedade e a loucura.

Assim, a proposta de desinstitucionalização vai se consolidar a partir dos anos 70, principalmente na Itália, onde o modelo hospitalocêntrico passa a ser questionado e considerado antiterapêutico, desvelando-se a necessidade de substituir radicalmente os hospitais pelos chamados serviços substitutivos, que seriam serviços abertos e comunitários

preocupados, principalmente, com o caráter social da doença mental e não só com os seus sintomas físicos. Esses novos serviços têm como prioridade o resgate da cidadania, a partir da garantia dos direitos civis, políticos e sociais aos usuários dos serviços e seus familiares.

A reforma psiquiátrica, iniciada nos anos 1970 e aprofundada apenas nas décadas seguintes, configurou-se como um conjunto de transformações operadas nas políticas sociais de saúde mental no país e trouxe alterações na prestação de assistência ao antes denominado “louco”; dentre essas alterações podem-se destacar as novas requisições feitas aos trabalhadores desta área, recaindo sobre o manuseio de novas técnicas e sobre a adoção de novas perspectivas teóricas e éticas.

Dessa forma, é no contexto da década de 1990 que ocorre a expansão de um novo modelo de atendimento em saúde mental, substitutivo dos hospitais psiquiátricos, trazendo consigo novas percepções acerca da loucura e compreendendo o portador de transtorno mental como sujeito de direitos. Assim, diante dessa realidade, os assistentes sociais são demandados para atuar junto a outros profissionais nos serviços de base comunitária (Centro de Atenção Psicossocial – Caps; Núcleo de Atenção Psicossocial – Naps; Residências Terapêuticas etc.), que objetivam a reinserção social desses usuários. Dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) revelam que o Estado de Alagoas é composto atualmente por um quadro de 41 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) espalhados por todo o Estado; destes, três encontram-se situados no município de Maceió. (Fonte: saúde.al.gov.br)

Ao longo do processo histórico, os assistentes sociais têm sido chamados para intervir nas expressões da questão social, atendendo às demandas sociais dos trabalhadores, visando a amenizar as contradições sociais fruto do sistema capitalista. Assim, torna-se necessário entender o atual contexto social, político e econômico vivenciado pelo país, inserido numa conjuntura mundial que submete os interesses sociais aos interesses econômicos, para

compreender as demandas concretas que se colocam hoje aos assistentes sociais que atuam nesse novo modelo de atendimento em saúde mental, cuja precarização das condições de vida e saúde da população exige do Estado novas respostas e formas de enfrentamento.

Diante dessa realidade, a realização deste trabalho propõe-se a responder à indagação: quais as demandas profissionais que a realidade social dos portadores de transtornos mentais têm trazido aos assistentes sociais na política de saúde mental?

Através da identificação das demandas postas ao Serviço Social buscaremos apreender o papel desenvolvido pelos assistentes sociais na saúde mental, dando ênfase aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), procurando identificar as dificuldades que se fazem presentes para a atuação profissional, assim como no desenvolvimento da Política de Saúde Mental como um todo. Pensamos que o reconhecimento das demandas postas pela realidade social dos portadores de transtornos mentais pode ampliar os espaços de atuação dos assistentes sociais nos Caps, ao mesmo tempo que reconhecemos estarem esses espaços subordinados aos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais que perpassam a conjuntura do país, sofrendo uma influência direta da política econômica mundial.

Com o intuito de responder a essa indagação tomamos por base o processo histórico expresso através da construção da política de saúde mental, do Serviço Social e das demandas profissionais, inserido no contexto econômico, político e social da realidade histórico-social construída pelos sujeitos sociais na sociedade capitalista, que tomou como base a análise dialética marxista.

Visando apreender as determinações postas pelo próprio objeto investigado na realidade histórico-social, foram desenvolvidos dois processos de pesquisa em paralelo: o primeiro diz respeito à revisão da literatura relacionada à temática e aos objetivos do estudo, tanto no que se refere às diversificadas abordagens acumuladas no eixo Estado, Questão Social e Política Social, como nas produções sobre a Política Social de Saúde Mental, o

Serviço Social e as demandas postas à profissão, e ainda a pesquisa documental sobre a legislação em Saúde Mental. E o segundo processo da investigação refere-se à realização da pesquisa empírica que tomou por base a coleta de dados, a partir de uma entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada foi composta por vinte questões, teve como sujeitos envolvidos cinco assistentes sociais que atuam nos três Caps no âmbito do município de Maceió (Caps Noracy Pedrosa, Caps Sadir Feitosa de Carvalho e Capsi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira³) e objetivou uma aproximação com o objeto de estudo, contribuindo com a análise acerca das demandas profissionais e suas contradições no contexto contemporâneo. Essas entrevistas foram previamente marcadas e realizadas de forma individual com cada assistente social. Durante a realização das entrevistas, cujo tempo variou de acordo com a dinâmica de cada profissional, foi utilizado um gravador, facilitando assim na fidedignidade dos conteúdos relatados no momento da transcrição e sistematização dos dados.

O trabalho aqui apresentado consta de cinco seções, através das quais procuramos situar o contexto de desenvolvimento do tratamento dado à loucura ao longo dos tempos, as primeiras inserções do Serviço Social na Saúde Mental através da política de saúde mental, bem como o desenrolar destas ao longo das décadas, buscando identificar as primeiras demandas sociais de atuação nessa área. Procuramos ao longo do trabalho fundamentar nossa análise por meio do resgate da construção social das demandas profissionais postas ao Serviço Social e sua relação com a saúde mental, e finalizamos com a apresentação do resultado do trabalho de campo desenvolvido pela pesquisa empírica, possibilitando assim uma compreensão e reflexão acerca das demandas postas aos assistentes sociais que atuam nos Caps, expressas através da construção desses serviços e da relação desses profissionais com o que lhe é requisitado, inseridos no contexto da atual política de saúde mental.

³ Este último voltado para o atendimento infanto-juvenil de portadores de transtornos mentais, por isso sua denominação de Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

As investigações desenvolvidas possibilitaram uma aproximação acerca de como vem se construindo a Política de Saúde Mental no Brasil, como esta tem se configurado a partir de influências conjunturais internas e externas diretamente relacionadas a aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais, e também como essas relações influenciam diretamente na condução dessas políticas no âmbito municipal e estadual. Nesse contexto nos foi possibilitado compreender quais as demandas postas ao Serviço Social na saúde mental, assim como entender como se configuram as ações profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial no município de Maceió, a partir da apreensão de diversos aspectos do trabalho desses profissionais.

É diante de um contexto de ampliação do número de Caps em diversos municípios no Estado de Alagoas, que tem como consequência o aumento do número de assistentes sociais para atuar nesses serviços, que este estudo se propõe a contribuir com a categoria dos assistentes sociais acerca do papel que estes podem desenvolver na política de saúde mental, tomando como foco de nossa análise as demandas profissionais.

1 A Construção Social da Loucura: de “algo natural” para a condição de objeto de Ações Científicas e Racionais

Partimos do pressuposto de que a forma de conceber, tratar e enfrentar a loucura é socialmente construída, pois cada época histórica, cada sociedade cria a sua forma específica de abordar esse fenômeno. Aquilo que foge do padrão social estabelecido, em termos de comportamento, conduta e maneira de ser, constitui-se alvo de controle, integração e segregação, sendo abordado de forma diferenciada devido aos valores e às condições sociais, econômicas e culturais de cada momento histórico. Assim, para que possamos apreender a trajetória da saúde mental é necessário compreender a sua construção ao longo do processo histórico, fazendo-se necessário situá-la dentro de um contexto mundial que nos possibilite identificar quais os elementos que estão diretamente articulados a sua história, e como eles têm influenciado na construção de diferentes abordagens no atendimento à saúde mental no Brasil e no mundo.

Dentre as grandes contribuições acerca do estudo sobre a loucura, um dos nomes de grande destaque foi Foucault⁴. Em sua obra *História da Loucura* (1978) ele investiga a “experiência da loucura” em diferentes épocas, buscando articular as práticas institucionais e as estruturas do saber de cada época. No decorrer desta sua obra o autor mostra a transformação da loucura em doença mental através da retomada de alguns períodos históricos: na Renascença ele retrata aqueles que vivem a experiência trágica da loucura sendo lançados à deriva nas “naus dos insensatos”; na idade clássica, sob o fulgor das luzes da razão, a loucura é vista como desrazão e os loucos passam a ser vítimas da grande internação, sendo acorrentados nos hospitais gerais; e com o advento da modernidade, no século XIX, serão criados os asilos ou hospitais psiquiátricos e os loucos serão tratados como doentes

⁴ Filósofo francês nascido em 15 de outubro de 1926. Suas obras situam-se dentro de uma filosofia do conhecimento e trataram principalmente do tema do saber, o poder e o sujeito, rompendo com as concepções modernas destes termos.

mentais. Analisando a história, Foucault mostra o confinamento (idade clássica) e a sistematização do saber sobre o louco (idade moderna) como episódios em uma longa história de estratégias de controle das populações humanas.

Em nossa ingenuidade, imaginamos talvez ter descrito um tipo psicológico, o louco, através de cento e cinquenta anos de sua história. Somos obrigados a constatar que, ao fazer a história do louco, o que fizemos foi – não, sem dúvida, ao nível de uma crônica das descobertas ou de uma história das idéias, mas seguindo o encadeamento das estruturas fundamentais da experiência – a história daquilo que tornou possível o próprio aparecimento de uma psicologia. E por isso entendemos um fato cultural próprio do mundo ocidental desde o século XIX: esse postulado maciço definido pelo homem no ermo, mas que o demonstra bem: o ser humano não se caracteriza por um certo relacionamento com a verdade, mas detém, como pertencente a ele de fato, simultaneamente ofertada e ocultada, uma verdade (FOUCAULT, 1978).

Da Antiguidade até a Idade Média, o louco gozou de um certo grau de liberdade, podendo circular livremente. A doença mental era uma questão de âmbito privado, basicamente determinada pelos costumes, e o poder público só intervinha em assuntos de direito, por exemplo: validação ou anulação de casamentos em que um dos cônjuges enlouquecia ou se curava e proteção da propriedade de insanos perdulários. Os tratamentos médicos na Grécia e Roma Antigas permaneceram como fenômenos localizados, restritos a uns poucos abastados, contrariamente às práticas populares e mágico-religiosas amplamente difundidas. As famílias de posse mantinham seus loucos em casa, freqüentemente, sob a guarda de um assistente especialmente contratado. Aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, e sua sobrevivência era assegurada pela caridade pública ou por pequenos trabalhos realizados para particulares. Na América colonial, os governos municipais costumavam remunerar aquelas famílias de lavradores que se dispunham a receber os loucos pobres não totalmente incapacitados para o trabalho. Um sistema

precursor da chamada assistência heterofamiliar, que viria a ser proposta séculos mais tarde como parte do armamento terapêutico psiquiátrico científico (RESENDE, 2001).

Com o desenvolvimento da produção e do comércio, típico da expansão européia, a partir do século XV, há um aceleração dos progressos técnicos ligados diretamente ao capital e ao uso da mão-de-obra. O renascimento científico marca o primeiro momento desse impulso, cuja importância se torna decisiva nos séculos XVII e XVIII, quando então a curiosidade científica, a nova mentalidade voltada para a observação e a experimentação abrem caminho às conquistas científicas desse período e, concomitantemente, às possibilidades de aplicação e utilização dos princípios e teorias ao próprio processo produtivo.

Assim, ao fim do século XV, na Europa, o advento da manufatura⁵ trouxe aos trabalhadores artesãos muitos problemas, pois a visão de que se trabalha para viver vai sendo aos poucos substituída pela idéia de que se deve viver para trabalhar. Idéia essa expressa nas atitudes dos empresários, movidos pelo espírito do cálculo e do lucro, em contrapartida à cultura dos trabalhadores, recém-saídos de uma rotina artesanal e com uma cômoda e agradável concepção de trabalho. Essa visão dos trabalhadores, diante do racionalismo burguês, será tida como carente de disciplina e irracionalista ante o conceito de tempo, haja vista que o novo estágio capitalista exigirá um outro ritmo na produção.

Para a nascente sociedade moderna, era necessário descartar um sentimento ainda profundamente arraigado, próprio tanto do homem rural como do urbano, de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado, que, até aquele momento, só era conhecido nos presídios e nas casas de correção. Nada mostra melhor o problema dos trabalhadores desta época de

⁵ Estágio inicial do capitalismo em que se configuram as primeiras formas de divisão do trabalho, basicamente formada pelas famílias dos trabalhadores, destinadas a ampliar a produção no atendimento às necessidades do capital.

transição, no final do século XV, do que as cidades que regurgitam de desocupados, mendigos e vagabundos enquanto se experimentava escassez de mão-de-obra⁶.

Dessa forma, surgem, em toda Europa, medidas de repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade, voluntária ou não. E complementarmente a essas medidas legislativas de repressão, criam-se instituições: as casas de correção e de trabalho e os chamados hospitais gerais que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Seu destino principal era limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral.

Em toda a Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos em suas origens. Constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola. Mesmo a Inglaterra, o menos dependente desse sistema dentre todos os países da Europa ocidental, vê-se às voltas com os mesmos problemas. Apesar de todas as medidas tomadas (...) a pobreza não deixa de aumentar no país. (...) Ainda durante muito tempo a casa de correção ou os locais do Hospital Geral servirão para a colocação dos desempregados, dos sem trabalho, e vagabundos. Toda vez que se produz uma crise, e que o número de pobres sobe verticalmente, as casas de internamento retomam, pelo menos por algum tempo, sua original significação econômica (FOUCAULT, 1978).

A derrocada do antigo regime feudal, por meio do processo desencadeado pela Revolução Francesa, e o surgimento de uma nova ótica social, instaurada com o advento da sociedade burguesa, marcadamente a partir dos séculos XVII e XVIII, inauguram uma nova ordem econômica, política e social, traduzida no projeto da Ilustração, que é a expressão histórica do Iluminismo.

⁶ Segundo RESENDE (2001), só em Paris, nessa época, estimava-se em mais de 80.000 a população de mendigos. Na zona rural uma situação similar; a prática do cercamento das propriedades, a dispersão dos dependentes feudais e a modificação dos métodos de amanho da terra espalharam pelos campos hordas de homens desesperados que se tornaram assaltantes de estradas, ladrões e vagabundos.

A essência do Iluminismo consistia em libertar o homem da ignorância, dos mitos, fortalecendo o saber e o uso da razão como instrumento emancipatório de autogoverno humano. Libertar o homem equivalia a torná-lo consciente de sua realidade e responsável pelo seu próprio destino. Autonomia e autodeterminação se impõem na ordem burguesa, para ocupar o lugar da cultura tradicional, em que o sagrado, o mito e o encantamento do mundo predominavam (ROSA, 2003).

Essa nova ordem burguesa, no cenário de instauração de um novo regime de produção (capitalista), pressupunha o indivíduo como centro da sociedade e sujeito normativo das instituições. A sociedade passa a ser percebida como uma associação livre de seres autônomos e iguais perante a lei, dispostos a comprar e vender sua força de trabalho. Essa relação pressupõe conotações diferentes quanto à realização da liberdade, preconizada de acordo com a classe social (burguesa ou trabalhadora) a que o indivíduo pertencesse. “Para os integrantes da classe burguesa, significava desvencilhar-se das obrigações e imposições do Antigo Regime; para a classe trabalhadora, ser livre seria não ser mais escravo ou servo e estar desvinculado dos meios de produção” (ROSA, 2003).

A Ilustração e a modernidade expressam o ideário da burguesia revolucionária. A ordem burguesa institui e incrementa a ciência como saber verdadeiro e instrumento de emancipação humana e constitui o indivíduo moderno. O indivíduo passa a ser o centro da sociedade, o sujeito normativo das instituições. Este é concebido como ser moral, racionalmente autônomo, livre e igual em estado de natureza, um valor em si mesmo.

A liberdade e a igualdade configuradas pela Lei expressa inicialmente pela declaração dos direitos do homem e do cidadão de 1789 pressupõem uma livre relação entre cidadãos que fazem parte de um contrato de compra e venda num livre mercado. “Segundo a leitura jusnaturalista, o louco ficava à margem do contrato por não partilhar da mesma racionalidade burguesa. Com esse paradigma, fundam-se os pilares ideológicos que legitimam a exclusão e a segregação do louco pelo Estado” (Id., 2003).

A presença da loucura e do louco na sociabilidade burguesa questionava seu princípio essencial que é a razão. É a razão que funda os princípios dessa nova ordem, bem como seus negócios e instituições (justiça, administração, disciplina, polícia, governo). Assim, diante de uma total incompatibilidade de interesses que ressaltava interesses políticos e econômicos maiores da burguesia, esta equacionou o problema essencialmente político que representava a loucura, delegando mandato à Psiquiatria, que o deslocou para a alçada técnica. Ao tornar a loucura administrável, medicalizou-a. A medicalização da loucura arbitrou um novo *status* jurídico, social e civil para o louco, agora alienado, doente. “Para Foucault o momento em que surge a separação da loucura e da razão situa-se entre os séculos XVII e XVIII, quando se forma o saber psiquiátrico e a loucura passa a ser vista como doença” (GREGOLIN, 2004).

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha de refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento, símbolo eloqüente do absolutismo, tinha de ser abolido. Suprimidas as *lettres de cachet* – ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime -, o alienado já não podia ser enclausurado. Não podia porque as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas. Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes.

Até antes do final do século XVIII, a medicina não tinha se interessado, especialmente, em saber o quê e o porquê das coisas ditas pelo louco. Apenas no final desse século, com a

nomeação de Pinel⁷, em 1793, para a direção de Bicêtre (um hospital francês), é que se difundiu uma nova concepção de loucura. Pinel concebeu a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, cujas principais causas estariam relacionadas a fatores físicos (traumatismo na cabeça etc.) e morais. A partir de então, a loucura adquire estatuto de ‘doença mental’, que requer um saber médico e técnicas específicas. Configura-se assim uma reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa, e que está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas.

É somente no final do século XVIII que uma nova disciplina vai se diferenciar em termos de conteúdo, de organização interna e de prática, de toda a medicina. As condições que possibilitaram seu aparecimento estavam ligadas a um jogo de relações entre a hospitalização, a internação, as condições e os procedimentos da exclusão social, as regras de jurisprudência, as normas do trabalho industrial e da moral burguesa. A psiquiatria é um saber medicamente institucionalizado e constituído a partir do momento em que a loucura vira um objeto para o conhecimento humano e adquire, então, o estatuto de doença mental (SILVA FILHO, 2001).

Com o advento da revolução industrial, os antigos incapazes tornam-se socialmente indispensáveis e vão constituir a reserva humana operadora da grande indústria. As críticas ao antigo esquema de assistência, com base no liberalismo, que via nela um bastião de absolutismo e um desperdício de força de trabalho e de vidas humanas, possibilitam a libertação dos presos internados arbitrariamente pela vontade da família. Assim, todos os grupos, que no período precedente conviviam com os loucos, vão sendo restituídos à

⁷ Médico francês, nascido em 20 de abril de 1745, pioneiro no tratamento dos doentes mentais. Aboliu tratamentos violentos em favor de uma terapia que incluía contacto próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais, e um programa de atividades dirigidas. Foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais, e é considerado por muitos como o pai da psiquiatria.

liberdade, com exceção dos próprios loucos. Estes passam a ocupar um novo espaço de reclusão, individualizado e aberto para o conhecimento médico. Esse novo espaço, onde passa a habitar a loucura, é o asilo (SILVA FILHO, 2001).

A internação em um estabelecimento específico – o asilo – passa a ser o elemento determinante que condiciona o *status* de alienado, “doente mental”, ao louco. Com a internação hospitalar integral, a psiquiatria também explicita o caráter de classe, contribuindo para a manutenção das desigualdades sociais, na medida em que a atenção assistencial e médica era diferenciada segundo critérios de origem de classe do paciente. O asilo, desde suas origens, tornou-se espaço predominantemente destinado aos loucos pobres ou empobrecidos, especialmente aos sem família.

Essa mudança de status da loucura relaciona-se com a história ideológica: enquanto o mundo ocidental foi dominado pela religião católica, a loucura foi associada ao demoníaco; com a Reforma (ligada ao desenvolvimento do capitalismo) o louco passa a ser aprisionado, pois iniciou-se o império da razão. O movimento de encarceramento dos loucos, dos vagabundos, dos doentes, por serem considerados ociosos, mostra o nascimento da ideologia da produtividade (GREGOLIN, 2004).

Assim, o advento de uma nova forma de sociabilidade, burguesa, que coloca como premissa a compra e venda da força de trabalho, num contexto de interesses divergentes entre duas classes antagônicas, suprime o espaço destinado a tudo aquilo que se coloca fora dos padrões impostos pelo novo modelo econômico, social, político, cultural, ideológico etc. de viver, e inserida nesse contexto ressaltamos a figura do “louco”. Entretanto, apesar de ser posto à margem dessa estrutura produtiva burguesa, o louco suscitou uma preocupação dentro do contexto amplo de sociedade; exemplo maior disso foi o advento de uma consciência médica (psiquiatria) que formulou como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade.

No asilo se trabalhava com uma prática médica e pedagógica. A reclusão ficava a serviço da disciplina, já que o objetivo era o ‘tratamento moral’ do louco. Os conceitos de saúde e doença estavam numa perspectiva social, seguindo as normas do trabalho industrial e da moral burguesa, visando à manutenção da ordem pública.

A loucura adquiriu, no século XIX, uma descrição baseada na subjetividade, tendo como principais representantes Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra, e posteriormente Esquirol, considerado um dos maiores teóricos do ‘alienismo’, primeira escola psiquiátrica. O ‘alienismo’ se baseava no entendimento da loucura como ‘desrazão’, ou seja, alienação mental. O tratamento era baseado no Asilo, que tinha uma função terapêutica. A organização do espaço asilar e a disciplina rígida eram elementos importantes do tratamento, que consistia em confrontar a confusão do louco, sua ‘desrazão’, com a ordem do espaço asilar e com a razão do alienista, que, para tanto, tinha de ser uma pessoa de moral inatacável.

O conhecimento psiquiátrico, produzido pela primeira escola alienista, oferecia os suportes teóricos que justificavam o ato de intervenção. Afirmando ser o essencial da loucura o desvirtuamento das paixões, que se desvelaria nas relações sociais, os psiquiatras tornam-se os detentores de um saber legítimo com o poder de examinar a história do indivíduo, julgar suas condutas e impor, segundo seu veredicto, um tratamento. Isso tudo em nome do bem-estar moral e social da coletividade e da manutenção da ordem pública (SILVA FILHO, 2001).

O trabalho de Pinel recebeu elogios e críticas. Uma crítica dizia respeito ao caráter fechado da instituição psiquiátrica, isto é, ao fato de os doentes ficarem trancados o tempo todo em um espaço que se parecia muito com uma prisão. A cura almejada por Pinel não foi alcançada e essas instituições se transformaram, mais uma vez, em locais de depósito, abandono e exclusão para pessoas às quais a sociedade não apresentava propostas alternativas para inclusão.

A sociedade capitalista é perpassada por diferentes interesses econômicos que estruturam relações de poder, criando ideologias para justificá-las, e vice-versa, tendo por base a propriedade privada. O interesse em estabelecer que o menos freqüente é anormal, e que o anormal é patológico, provém também da necessidade das elites econômicas e políticas de encontrar explicações para o mau funcionamento da sociedade, eximindo-se de qualquer parcela de responsabilidade, estigmatizando grupos sociais mais fracos que são usados como “bodes expiatórios” para os problemas sociais, vistos como disfuncionalidades, ignorando a natureza complexa que perpassa as relações sociais. De acordo com BISNETO (2001),

A loucura (independente de sua natureza intrínseca), que faz emergir a incongruência dos valores sociais vigentes, que denuncia as ambivalências econômicas, morais, sexuais, políticas, da sociedade, precisa ser neutralizada por um saber competente que a segregue do contato maior com o resto da sociedade. Aquilo que é divergente precisa ser considerado pelos interesses instituídos como desvio doentio e anti-social, irracional, algo a ser curado ou então excluído. Daí pensamos que a transformação da loucura em anormalidade e depois em patologia só pode ser contextualizada pela análise da dimensão política da sociedade, articulada com as dimensões econômicas e ideológicas (culturas, representações, saberes) e não apenas por critérios científicos pretensiosamente neutros e aquém do social.

No contexto de consolidação do capitalismo encontra-se um fenômeno chave, base para que possamos compreender a formação do atendimento às demandas sociais da saúde mental: a “questão social”, que “ (...) surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda de industrialização, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo” (NETTO, 2001).

A denominação do fenômeno do pauperismo pela expressão questão social apresenta uma perspectiva de análise que se relaciona aos desdobramentos sociopolíticos, em que ficava claro para a burguesia que se consolidava a não-conformação dos pauperizados (classe trabalhadora) com a sua situação. Essa não-conformação se expressou sob a forma de

protestos e tomou as mais diversas formas, configurando uma real ameaça às instituições sociais existentes.

... Com o desenvolvimento da indústria, o proletariado não apenas se multiplica: reúne-se em massas cada vez maiores, sua força cresce e ele adquire maior consciência dela. Os interesses, as condições de vida no interior do proletariado tornam-se cada vez mais semelhantes na medida em que a maquinaria vai diminuindo cada vez mais as diferenças do trabalho e quase por toda a parte reduz o salário a um mesmo nível baixo. A crescente concorrência entre os burgueses e as crises comerciais delas resultantes tornam o salário dos operários progressivamente mais flutuante; o contínuo aperfeiçoamento da maquinaria, que se desenvolve cada vez mais depressa, acentua a precariedade da condição de vida dos operários; os confrontos entre o operário e o burguês singulares assumem cada vez mais o caráter de confrontos entre duas classes. Os operários começam a formar coalizões contra os burgueses; juntam-se em defesa do seu salário; fundam associações permanentes para se prevenirem para as insurreições ocasionais; aqui e ali, a luta expressa-se em motins (MARX,1998).

As manifestações imediatas da questão social, próprias à sociedade que se desenvolve no estágio monopolista⁸ do capitalismo, traduzem-se nas precárias condições de vida que os trabalhadores sofrem neste período: forte desigualdade social, desemprego, fome, doença, penúria etc., vistas como desdobramentos de características inelimináveis de toda e qualquer ordem social, que podem, no máximo, ser objetos de uma intervenção política capaz de amenizá-las e reduzi-las a um ideário reformista.

Nas sociedades anteriores às da ordem burguesa, as desigualdades e privações econômicas decorriam de uma escassez que o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas (baixo nível de produção) não podia suprir. No capitalismo, estas decorrem de uma escassez que resulta das contradições entre as forças produtivas e as relações de produção, que garantem a apropriação privada do excedente e a decisão privada da sua destinação.

⁸ Estágio do capitalismo que teve início nas últimas duas ou três décadas do século XIX, é marcado pela concentração e centralização do capital, que tem nos cartéis, trustes e outras formas de combinação sua forma de expressão, que compõe a estrutura moderna da indústria e das finanças capitalistas (BRAVERMAN, 1987).

A dinâmica da questão social só pode ser esclarecida através do conhecimento do processo de produção do capital, sendo sua complexidade derivada do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios, pois a questão social está determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho com a exploração. A relação das condições de exploração da força de trabalho pelo capital também contribui fortemente para o adoecimento mental dos trabalhadores, como bem relatou MARX (1988):

A lúgubre rotina de uma infindável tortura de trabalho, na qual o mesmo processo mecânico é repetido sempre de novo, semelha o trabalho de Sísifo; a carga de trabalho, como a rocha, recai sempre de novo sobre o estafado operário (...) Enquanto o trabalho em máquinas agride o sistema nervoso ao máximo, ele reprime o jogo polivalente dos músculos e confisca toda a livre atividade corpórea e espiritual. Mesmo a facilitação do trabalho torna-se um meio de tortura, já que a máquina não livra o trabalhador do trabalho, mas seu trabalho de conteúdo.

Tomando a questão da doença mental e sua relação com o desenvolvimento capitalista, torna-se claro que com o advento dessa nova ordem burguesa suprime-se o espaço público destinado ao louco, espaço público este voltado para a razão integrada. Assim, dada a necessidade de se construir a imagem de uma sociedade harmônica, que atendesse aos interesses burgueses de mascaramento das manifestações da questão social, a loucura colocava-se como um fator de desordem dentro dessa estrutura, precisando ser tratada e fazendo-se restituir o ambiente de “paz social”, assim, era preciso reprimi-la através do isolamento asilar. Os loucos que se tratavam nos asilos, em sua grande maioria, se caracterizavam como uma população extremamente pauperizada, com baixo nível de escolaridade, excluídos do mercado de trabalho, desprovidos de qualquer cobertura social e necessitados de apoio familiar, situação inerente à massa da classe trabalhadora. Essa realidade vem demonstrar que o espaço socialmente reconhecido de tratamento do louco é potencialmente utilizado pelo louco pobre; o asilo foi destinado desde suas origens ao atendimento da população pauperizada. Essa

relação se expressa até os nossos dias, reafirmando a estreita relação entre a loucura, a questão social e a desigualdade.

O advento da ordem burguesa – no capitalismo - inaugura um novo tempo de exclusão do trabalho e ausência de condições dignas de vida a todos os trabalhadores, que não conseguem se inserir no mercado de trabalho. Para os acometidos de doença mental, as condições de exclusão são duplamente cruéis, pois o louco, além de desprovido de todas as formas de inserção nas relações sociais, restando-lhe apenas o caminho da pobreza e da miséria, sofre toda uma carga de preconceito pela ausência de lucidez.

Assim, cabe destacar que nesse primeiro momento há uma preocupação com a loucura, que inserida num contexto da nova sociabilidade burguesa passa a ser um incômodo, pois, articulada às demais manifestações da questão social, poderá trazer problemas na constituição e desenvolvimento dessa nova forma de produzir, pondo em risco a manutenção da ordem; dessa forma, é preciso criar parâmetros que definam o que é normal e o que é anormal dentro dessa ordem.

Ao relacionarmos a construção da trajetória histórica da saúde mental com a realidade brasileira, precisamos levar em conta sua inserção num contexto social, político, econômico e histórico-cultural amplo de formação, através da qual foram montadas as bases que construíram as formas do lidar com a saúde mental.

A formação social brasileira possui fortes características: independência política sem independência econômica, marcada pelo colonialismo e pelas relações de clientelismo e patriarcalismo, longe da democracia e tendo no escravismo o traço do atraso, garantindo a continuidade do conservadorismo e das estruturas sociais que marcam profundas contradições na sociedade brasileira. Todas estas características que culminaram nas disparidades econômicas, políticas e sociais são fruto de uma história que, desde o seu início, teve a marca da exploração.

Os séculos de escravismo marcaram profundamente a nossa formação social, seja em suas peculiaridades econômicas, políticas, culturais, seja produzindo um universo de valores, modos de ser, de pensar e de agir. Esta característica central, que é o trabalho escravo na vida econômica do Brasil Colônia, condicionará a situação social do período, moldará preconceitos e determinará transformações e conseqüências que terminarão por exigir providências e ações concretas.

A vida social da época aparece assim fortemente polarizada entre os dois extremos da vida social; de um lado uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos; entre estes, a massa indefinida que não cessa de crescer, dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. Alguns deles permanecem pelos campos, apartados da civilização, vivendo miseravelmente daquilo que a natureza lhes pode dar, brigões e truculentos, não raro pilhando caravanas e tropas de burros: outros procuram refúgio junto aos senhores de terras e engenhos – são os agregados - ou vêm engrossar as milícias particulares dos grandes proprietários, sua agressividade canalizada para fins socialmente aceitáveis (RESENDE, 2001).

Diante de um quadro cada vez mais crescente dos chamados vadios e desordeiros; pretos, mulatos, mestiços ou brancos puros, que se vêem repelidos de qualquer situação estável, seja pelo preconceito ou pela inexistência de empregos disponíveis, sem ocupação pelas ruas das cidades, apela-se para a repressão à desordem, à mendicância e à ociosidade.

No Brasil, antes da fundação do hospício, os loucos, quando tranquilos eram acolhidos pela sociedade, podendo circular livremente pelas ruas, porém, quando agitados e agressivos, eram reclusos nas cadeias públicas. Além do critério comportamental, a classe social também definia a abordagem do louco, pois os ricos eram tratados em casa ou enviados para tratamento na Europa, reafirmando novamente o forte componente social que permeia a loucura, tendo em vista a abordagem diferenciada com que era tratado o louco pobre. Neste sentido, socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, confunde-se com a

situação de miserabilidade vivenciada pelos demais, engrossando assim as levadas de vadios que serão arrastados na rede comum da repressão.

Nos primeiros tempos o doente mental foi, digamos assim, um subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista, em certa medida uma vítima ou conseqüência do não progresso (com as devidas ressalvas pela liberdade de uso desta expressão a-histórica e a-dialética), não se justificando, portanto o investimento de qualquer empenho curativo, ou de outra natureza (RESENDE, 2001).

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, desencadeado pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importantes do Império. Assim, era preciso reprimir as manifestações de desordem que essas pessoas (loucos, vagabundos, vadios em geral) poderiam provocar, visando restituir a ordem social nas cidades. Inicialmente foram administradas pelas irmandades religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde do país. Estas incluíam os loucos entre seus hóspedes, dando-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues aos guardas e carcereiros. Seus delírios e agitações eram reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus-tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

A institucionalização do hospício, no Brasil, antecede à própria emergência da psiquiatria e teve como marco institucional o ano 1852. Nesse ano, foi inaugurado no Rio de Janeiro, pelo próprio imperador D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome, com capacidade para 350 pacientes e destinado a receber pessoas de todo o Império (um contrasenso, dadas as dimensões do território e as dificuldades de transporte e de comunicação na época). Com a justificativa de proporcionar calma, tranqüilidade e espaço aos doentes, tornou-

se comum isolar os hospícios em sítios afastados, alguns sendo recuados para mais longe, tão logo o crescimento das cidades os deixava perigosamente próximos.

A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico, nos seus primeiros quarenta anos de existência, aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências desta afirmação é a constituição da sua clientela no período; tratava-se, sobretudo, de homens livres; os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como “pobres”; mas, entre estes, poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus e brasileiros de “raça pura”, uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que, na descrição de Caio Prado Jr., formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho (RESENDE, 2001).

A criação do hospício se coaduna com a forma como a questão social era abordada no período – como caso de polícia -, como um assunto ilegal, subversivo, tratada como crime ou desordem, devendo assim ser severamente reprimida, excluída do cenário social.

Assim, as demandas pela intervenção estatal na questão do louco e da loucura se constituíram sobre três pilares: o primeiro deles foi o social, provocado pela intranquilidade decorrente da “loucura solta na rua”, que ganhava maior visibilidade em meio aos riscos de tumultos urbanos, gerados pelo crescimento do contingente de homens livres e desocupados; o segundo era o clínico, pois os médicos, majoritariamente higienistas⁹, em nome de princípios humanitários e da higiene pública, passam a denunciar os maus-tratos a que são submetidos os loucos (principalmente furiosos e agitados) detidos em prisões comuns e sem tratamento médico, já reivindicando para si, desde 1830, por intermédio da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o monopólio da cura e do tratamento; e o terceiro, de cunho

⁹ A literatura especializada sobre o movimento de higiene mental em português indica antecedentes no higienismo associado à medicina social no século XIX, mas tem suas raízes mais especificamente psiquiátricas nos meados do século XIX, na França, com uma mudança interna profunda na dinâmica teórica desse campo de conhecimento, e a publicação do Tratado das degenerescências de Morel, em 1857. A psiquiatria desloca sua preocupação no estudo e descrição dos sintomas e sinais visíveis da doença para suas causas e gêneses, principalmente as ocultas. As degenerescências constituiriam desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, transmitidas hereditariamente, devendo-se assim combater as causas das doenças e prevenir seus efeitos (VASCONCELOS, 2002).

caritativo, pois as irmandades religiosas pleiteavam uma ação sobre a loucura, a fim de atenuar os sofrimentos humanos dela decorrentes (ROSA, 2003).

Com o advento da República, a loucura e o louco tornam-se objetos de especialistas e ganham contorno de doença mental, pois a República delimitou uma nova fase para as instituições psiquiátricas, que saem do empirismo para entrar na fase científica.

Os historiadores brasileiros citam Juliano Moreira como o responsável pelo ingresso da psiquiatria brasileira na era científica, pois tendo passado um tempo na Europa para tratar uma tuberculose teve contato com Emil Kraepelin, médico alemão responsável, na época, pelo mais moderno método de observação e diagnóstico dos alienados mentais. Desde fins do século XIX, a psiquiatria alemã vinha se impondo como alternativa propriamente científica ao velho alienismo francês de Pinel e seus discípulos. Este, calcado numa concepção moral da doença mental, acabava por afastar o alienismo da medicina propriamente dita. Os alemães, voltando-se para os laboratórios de anátomo-patologia, buscavam determinar a causa orgânica da doença, vinculando-a firmemente ao cérebro e ao sistema nervoso (RUSSO, 2002).

A modernidade trazida pelo psiquiatra Juliano Moreira no atendimento à loucura no país não estava limitada ao método diagnóstico kraepeliano ou à ênfase no caráter orgânico da doença mental. Defendia uma reorganização da assistência ao doente; além disso, ele é considerado um dos precursores da psicanálise brasileira (Id., 2002).

A denominação do Hospício Pedro II é alterada para Hospital Nacional de Alienados, ao mesmo tempo que é desanexado da Santa Casa de Misericórdia e secularizado como uma instituição pública, em 1890. A instituição é medicalizada e configurada como espaço de cura, transformando-se sua natureza assistencial e caritativa em científica, fato que bem expressa o rompimento do Estado com a Igreja e o papel investido pela ciência positivista e alienista no campo psiquiátrico, desde então (ROSA, 2003).

Ainda nesse mesmo ano foi criada a “Assistência Médica e Legal dos Alienados”, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores da República, cujo objetivo era organizar a assistência psiquiátrica no país, difundindo o modelo Hospiciocêntrico hegemônico por todas as regiões do Brasil. Em 1903, foi criada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (Decreto nº 1132 de 22/12/1903), que previu a fiscalização das instituições psiquiátricas.

No final do século XIX a expansão da lavoura cafeeira, no Sudeste do país, e a crescente dinamização do comércio exportador, atividade que intensificou a concentração urbana da população, requeriam uma nova mão-de-obra, suprida pela imigração estrangeira, principalmente européia. Essa situação colocou novas questões para o Estado, sobretudo na área da saúde. A propagação de doenças pestilenciais e a alta incidência de doenças endêmicas na população, que aumentavam o índice de mortalidade, ameaçavam as atividades econômicas devido à imagem projetada do país no exterior. A saúde pública, intermediada por Oswaldo Cruz e a psiquiatria (representada por Juliano Moreira), se associam, tomando como objetivo o saneamento e a reorganização urbana, visando eliminar os focos de desordem. Segundo RESENDE (2001), nesse período, aumentou em 31% o contingente de estrangeiros entre a população psiquiátrica.

O país vivenciava um momento conjuntural – já no século XX – em que o regime republicano era instigado a responder a vários e heterogêneos problemas. Dentre eles, podemos citar a questão dos negros que, após a abolição e o advento da República, embora livres e cidadãos (iguais, no plano formal), encontravam-se sem lugar, devido a uma sociedade que requeria um outro tipo de trabalhador; a questão dos imigrantes estrangeiros, que exigiam o cumprimento das promessas feitas para trabalharem e se fixarem no país, ao mesmo tempo que traziam novas idéias no plano da organização da classe trabalhadora; a

intensificação da migração interna sem infra-estrutura adequada e ausência de planejamento urbano; a crescente urbanização etc.

Diante da intensificação das contradições entre capital e trabalho, expressa no surgimento de diversos movimentos de trabalhadores em busca de terra, trabalho, condições dignas de vida, garantias de direitos etc., advindos das intensificações das migrações internas, surge, no contexto nacional, a organização do operariado urbano no cenário político, que veio exigir do Estado ações que absorvessem suas demandas. Estava posta, assim, a questão social, manifestada pela luta dos trabalhadores como interlocutor político.

As diversidades e os antagonismos sociais começam a ser enfrentados como situações suscetíveis de debate, controle, mudança, solução ou negociação, que têm na violência e repressão a primeira forma de enfrentamento das manifestações da questão social. E o protesto social, sob diversas formas, no campo e na cidade, sugere tanto a necessidade da reforma como a possibilidade da revolução, indicando a gravidade da situação social brasileira herdada de muitos anos e décadas. A massa dos trabalhadores padecia em contraponto ao crescimento da economia e ao fortalecimento do poder das classes abastadas.

Contudo, a inovação na área psiquiátrica, no período pós-republicano, além do arcabouço normativo e institucional, foi a implementação das colônias agrícolas, que surgiram teoricamente como produto de uma inflexão interna no próprio alienismo¹⁰ e como modalidades assistenciais que eram opostas aos asilos fechados, com o intuito de transformá-los em hospitais psiquiátricos, com aparência de normalidade e não de exceção, de liberdade e não de clausura. Por sua vez, as colônias agrícolas aperfeiçoaram o hospício e se tornaram complementares a ele, no cerne do projeto medicalizante que se expandiu para a sociedade

¹⁰ No interior do alienismo, ganharam força as teorias das degenerescências de Morel, que postulavam as predisposições hereditárias e individuais como causa da alienação, transformando-o em novas perspectivas de intervenção, por meio da profilaxia, da prevenção e da higiene mental, ampliando o conceito de doença mental, que passou a abarcar anormalidades, entendidas por meio dos desvios sociais, principalmente alcoolismo e sífilis, associando as avaliações físicas dos enfermos à análise moral.

extra-asilar, em direção a grupos populacionais mais abrangentes. Portanto, modernizaram o tratamento e estenderam a liberdade do louco (ROSA, 2003).

A maioria dos Estados brasileiros incorporam colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços, seja em complemento a hospitais tradicionais já existentes, seja como opção única ou predominante. Esperava-se que as colônias dessem conta do resíduo de crônicos que as instituições “urbanas” produziam em quantidades crescentes.

As colônias agrícolas foram implementadas com pouco êxito nos principais estados do país. Foram criticadas principalmente porque consideradas experiências anacrônicas em relação a uma sociedade em crescente processo de urbanização e industrialização, que requeria uma mão-de-obra de tipo diferente da rural e com uma outra subjetividade, para se inserir no contexto urbano. Ou seja, carregavam consigo a contradição de serem uma experiência que recriava uma realidade rural pré-capitalista, sendo que os doentes nelas inseridos seriam devolvidos a um contexto urbano em franca industrialização (RESENDE, 2001).

Essas colônias agrícolas no Brasil introduziram o trabalho como meio e fim do tratamento, e seu ideário extra-asilar estendeu-se para a higiene e profilaxia mental, que propagava o postulado de que a sociedade seria o novo agente de cura e prevenção da doença mental, veiculado por meio da ação da Liga Brasileira de Higiene Mental –LBHM¹¹, criada em 1923.

O Programa da Liga Brasileira de Higiene Mental contribuiu para o deslocamento da responsabilidade da resolução dos problemas sociais do período, das elites para a própria população, ao imputar a gênese dos problemas às próprias vítimas e traduzir os efeitos como causas. Nesse sentido, o alcoolismo é percebido como causa da pobreza e da condição moral

¹¹ A psiquiatria higienista estabeleceu-se no Brasil principalmente com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, que teve um papel fundamental como expressão do pensamento dos “intelectuais orgânicos” do regime republicano, ameaçado pelo aguçamento da questão social.

de seus dependentes; a sífilis é entendida como herança genética dos negros, e a miscigenação racial torna-se motivo da desorganização política e social. A LBHM impulsionou o movimento de higiene mental e profilático do país. Ela congregava várias e diferentes vertentes, que disputavam hegemonia em seu interior e, no decorrer histórico, mudou sua orientação. A princípio, propunha-se a melhorar os serviços psiquiátricos e capacitar recursos humanos. Ou seja, atuava sobre os doentes. Depois, mudou seu objeto de ação para a prevenção em saúde mental, alterando seu alvo para a população considerada sadia, num explícito trabalho pedagógico, moralizador e normalizador das massas (ROSA, 2003).

Na década de 1920, o processo de desenvolvimento do modo de produção capitalista fez o Estado brasileiro tomar algumas medidas voltadas ao campo das políticas sociais para suprir as necessidades colocadas pelas relações sociais a ele inerentes. Uma dessas medidas foi a instituição, no ano de 1923, da Lei Elói Chaves, que regulamenta o surgimento da Previdência Social. Nesse momento, as primeiras iniciativas de atendimento à saúde se restringiam a algumas categorias profissionais. As mais significativas da época montaram as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que beneficiavam apenas um número limitado de trabalhadores, como os ferroviários, por exemplo. Esse sistema garantia aos seus segurados serviços como assistência médica curativa, medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, por idade e por invalidez, pensões para dependentes e auxílio-funeral. A partir da década seguinte, com a consolidação do desenvolvimento do processo de industrialização brasileira, o enfrentamento da questão social é assumido pelo Estado através das políticas sociais. O contexto histórico, econômico e político dessa década possibilita a formulação da política nacional de saúde, que é viabilizada pela criação de um aparato nacional como parte da estratégia de centralização do poder. Assim, em 1930, foi criado pelo Presidente Getúlio Vargas o Ministério da Educação e Saúde, constituído por dois departamentos nacionais: o de Saúde, denominado “Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social”, e o de

Educação, sendo a Política Nacional de Saúde organizada em dois subsetores: o de Saúde Pública e o de Medicina Previdenciária.

É importante frisar que, nesse período, tem-se a idéia de cidadania associada à idéia de trabalho, baseado no sistema de produção capitalista. Nesse período, cidadão seria aquele que trabalhasse em uma profissão reconhecida pelo Estado, só possuindo direitos sociais aqueles que contribuíssem com a previdência durante o tempo de atividade profissional. No entanto, inserido nesse contexto, o doente mental não era produtivo, não tinha profissão regulada, então, não era visto como cidadão; assim, continuava tutelado pelo Estado e excluído da vida em sociedade.

A partir da década de 1930 e especialmente da Segunda Guerra Mundial, concomitantemente ao aprofundamento do capitalismo, acentuam-se os mecanismos de disciplinamento e controle social. Aparecem novas técnicas sociais, associadas ao revolucionamento dos processos produtivos e ao aumento da composição orgânica do capital. O Estado assume crescentemente as funções de zelar pelo disciplinamento e reprodução da Força de Trabalho (e socialização de seus custos), tarefas em relação às quais as instituições assistenciais desempenham um papel fundamental (IAMAMOTO, 1998).

No campo da assistência psiquiátrica, embora as estruturas hospitalocêntricas permanecessem centrais, hegemônicas, na década de 1930 dá-se um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a tendência centralizadora da União. Assim, sob inspiração do movimento de higiene mental, em 1934, por intermédio do Decreto nº 24.559 de 3 de julho é promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, que “dispõe sobre profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. Com esse decreto, reforça-se o poder do psiquiatra na direção dos serviços de saúde e a internação psiquiátrica como principal meio de tratamento. O artigo 26 suspende, parcial ou totalmente, a cidadania do “doente mental”; “os psicopatas,

assim declarados por perícia médica processada de forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos de vida social”.

A assistência psiquiátrica manteve-se monopolizada no modelo hospitalocêntrico, caracterizada pela precariedade do serviço, em que imperava a superlotação, um número reduzido de pessoal e de baixa qualificação, bem como a violação de direitos humanos dos internos.

As críticas ao asilo psiquiátrico e às condições desumanas de custódia e tratamento dos doentes mentais são antigas, vêm de antes do início do século XX. Naturalmente não havia, de início, discussões a respeito do efeito terapêutico da internação, mas se visava mais à questão humanitária. Com o decorrer do tempo e o acúmulo de experiências, foi tomando corpo a consciência de que o asilo era não apenas desumano, mas muito pouco útil para o tratamento em si. Afinal, os doentes se amontoavam nos asilos, nunca saíam, ou, quando saíam, retornavam em pouco tempo.

Veremos mais adiante que as mudanças sócio-econômicas da sociedade brasileira a partir da década de 1940 também vão atingir o atendimento em saúde mental, havendo a incorporação dos profissionais de Serviço Social em algumas delas. Começa, então, a participação da profissão na área de saúde mental, iniciando-se um processo de colocação de demandas para os assistentes sociais nessa área, o que será tratado ao longo desse trabalho. Para fundamentar a análise, abordaremos, a seguir, a concepção de profissão e de demandas profissionais a ela relacionada.

2 Concepção Histórico-Crítica sobre as Demandas Profissionais do Serviço Social

Nesta segunda seção do nosso trabalho abordaremos as questões de fundo que compreendemos fazer parte do contexto de construção das demandas profissionais postas aos assistentes sociais, para as quais procuramos subsídios através de uma perspectiva histórico-crítica de análise que tomou como principais referências os autores: Yamamoto, Netto, Guerra, Mota e Trindade. Dessa forma, procuramos trazer elementos que nos possibilitem fundamentar o entendimento acerca das demandas postas à profissão.

No panorama da constituição do Serviço Social como profissão duas diferentes perspectivas se colocam na compreensão de seu surgimento: a primeira delas, compreendida como “perspectiva endogenista”, entende o surgimento do Serviço Social na evolução, organização e profissionalização das formas anteriores de ajuda, caridade e filantropia, vinculadas à intervenção na questão social; já a segunda, compreendida como uma perspectiva histórico-crítica, entende o surgimento do Serviço Social como um subproduto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, especialmente no capitalismo monopolista, quando o Estado toma para si as respostas à questão social (MONTAÑO, 1998). Assim, enquanto a primeira perspectiva tem uma visão particularista e focalista da profissão, a segunda compreende a profissão articulada a um papel político, tendo uma função que não se explica por si mesma, mas pela posição que ocupa na divisão do trabalho na sociedade capitalista.

Dentre as perspectivas acima relacionadas, inserimos-nos naquela que toma a visão histórico-crítica como base para a compreensão da profissão, e é sobre ela que debruçaremos nossas atenções.

Compreendemos que só é possível desvendar as questões inerentes ao capitalismo e à profissão nele inserida, tomando como referência uma visão histórico-crítica de sociedade. Essa visão nos permite apreender a estrutura real da sociedade burguesa, tomada a partir das contradições da vida material, que tem como base o conflito existente entre as forças produtivas sociais e as relações de produção. Os dois principais sujeitos envolvidos nessa contradição são a classe burguesa e a classe trabalhadora; a natureza essencial da classe burguesa encontra-se na exploração dos trabalhadores, objetivando a produção de mercadorias que proporcionarão o seu enriquecimento, enquanto a classe trabalhadora vende sua força de trabalho em troca de um salário. A reprodução das relações sociais no capitalismo se realiza tanto na força viva de trabalho e dos meios objetivos de produção quanto na “reprodução da produção espiritual, ou seja, das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas ou filosóficas etc, através das quais se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção” (IAMAMOTO, 1998), e é nesse processo histórico que são construídas as relações sob as quais todas as dimensões da vida humana sofrem influência direta.

Dentre os autores que contribuíram diretamente na construção de uma perspectiva histórico-crítica no entendimento da profissão, destacamos Iamamoto e Netto como os principais mentores na construção dessas idéias. Ambos inserem a compreensão da profissão articulada às entranhas do modo de produção capitalista, a partir das determinações que lhes são peculiares na reprodução das relações sociais de exploração. Iamamoto compreende a profissão como um produto histórico cujo significado social depende da dinâmica das relações de classe e destas com o Estado. Dessa forma,

[...] As condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas. Como as classes sociais fundamentais e suas personagens só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, a atuação do assistente social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada por aqueles que têm uma posição dominante. Reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história... (IAMAMOTO, 1998).

A origem e o desenvolvimento do Serviço Social como profissão se encontram no desenvolvimento capitalista industrial e na expansão urbana, que fazem emergir num cenário contraditório duas novas classes, o proletariado e a burguesia industrial, “cujo ingresso da classe proletária no cenário político da sociedade passa a exigir seu reconhecimento por parte do empresariado e do Estado, constituindo assim a chamada questão social” (Id., 1998).

As bases que remontam à origem e desenvolvimento 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 crescimento da industrialização, é acompanhado pelo aumento da miséria e de várias manifestações que abalam a ordem social necessária à hegemonia burguesa. Essa realidade alavanca o incremento de um conhecimento científico do qual é exigido não somente explicações sobre estes fenômenos, mas principalmente a elaboração de subsídios para a criação de mecanismos reguladores e moralizadores das relações sociais, nos moldes adequados aos interesses das classes dominantes.

Enquanto Iamamoto compreende a profissão historicamente situada, configurada como um tipo de especialização do trabalho coletivo dentro da divisão social do trabalho peculiar à sociedade industrial, Netto amplia este conceito situando como marco do surgimento da profissão a fase do capitalismo monopolista.

Na perspectiva de análise por NETTO (2001) abordada, “a apreensão da particularidade da gênese histórico-social da profissão nem de longe se esgota na referência à ‘questão social’ tomada abstratamente; está hipotecada ao concreto tratamento desta num momento muito específico do processo da sociedade burguesa constituída, aquele do transito à idade do monopólio”; para ele, a falta desta determinação faz com que se perca a particularidade histórico-social do Serviço Social, tanto quanto obscurece o lastro efetivo que legitima a atividade profissional como tal.

O autor entende que a idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa. As funções políticas do Estado se unem organicamente com as suas funções econômicas, conduzindo ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada. O eixo da intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios e, para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções que favoreceram a acumulação e a valorização do capital monopolista. Paralelo a essas atividades, é função primordial do Estado a preservação e o controle da força de trabalho, que se realizam através da operacionalização das políticas sociais, assegurando assim as condições adequadas ao desenvolvimento monopolista.

O capitalismo monopolista, pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições tais que o Estado por ele capturado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, é permeável a demandas das classes subalternas, que podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações imediatos. E que este processo é todo ele tensionado, não só pelas exigências da ordem monopólica, mas pelos conflitos que esta faz dimanar em toda a escala societária. É somente nestas condições que as seqüelas da “questão social” tornam-se – mais exatamente; podem tornar-se – objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado. É só a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas na ordem monopólica (concretização variável do jogo das forças políticas) que a “questão social” se põe como alvo de políticas sociais (NETTO, 2001).

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social”, de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (Id., 2001).

O estabelecimento dos meios para efetivar o atendimento da questão social impõe ao Estado a implantação e implementação de instituições, programas de ação, estratégias e instâncias técnicas. Sobre isso, GUERRA (1995) se insere no debate destacando:

Deixando-se “seduzir” pelos princípios e métodos da gerência científica, a questão social passa a ser objeto de intervenção técnica para a qual algumas profissões devem se preparar. O Estado “nacional” transforma-se no “Estado Racional –Corporativo” (...) Ao transviar-se de suas funções anteriores, o Estado aparece sob uma “nova” racionalidade, que passa a ser sustentada pelas fragmentações entre aspectos políticos e econômicos transmutados em questões sociais; ao mesmo tempo que opera uma fusão entre os setores públicos e privados, realiza a oposição entre o público e o estatal. Ao incorporar os princípios “cientificistas” da racionalização do processo de trabalho, converte o político em técnico-burocrático. Com esses vetores, que comparecem nas suas representações e dão o tom da sua racionalidade, o Estado busca operar e mediar o minado campo no qual se defrontam os antagonismos entre capital e trabalho, pela via das políticas sociais.

Entretanto, a intervenção do Estado sobre a questão social através das políticas sociais se dá de forma fragmentada, parcializada, recortada em problemáticas particulares (o desemprego, a fome, o menor abandonado etc), tornando obscura a raiz que gera essa problemática, pois, se a questão social for tomada como uma problemática configuradora de uma totalidade processual específica, estaremos remetendo-a concretamente à relação capital/trabalho, e isto significa colocar em xeque a ordem burguesa e toda sua estrutura de exploração.

Assim, inserido nesse contexto, o espaço histórico-social que possibilita a emergência do Serviço Social como profissão só pode ser compreendido na intercorrência de um conjunto de processos econômicos, sóciopolíticos e teórico-culturais:

[...] é somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social. A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à “evolução da ajuda”, à “racionalização da filantropia” nem à “organização da caridade”; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica. É só então que a atividade dos agentes do Serviço Social pode receber, pública e socialmente, um caráter profissional: a legitimação pelo desempenho de papéis, atribuições e funções a partir da ocupação de um espaço na divisão social (e técnica) do trabalho na sociedade burguesa consolidada e madura; só então os agentes se reproduzem mediante um processo de socialização particular juridicamente caucionada e reiterável segundo procedimentos reconhecidos pelo Estado; só então o conjunto dos agentes (a categoria profissionalizada) se laiciza, se independentiza de confessionalismos e/ou particularismos... (NETTO, 2001).

O processo pelo qual a ordem monopólica instaura o espaço determinado que, na divisão social (e técnica) do trabalho a ela pertinente, propicia a profissionalização do Serviço Social, tem sua base nas modalidades através das quais o Estado burguês se enfrenta com a questão social, tipificadas nas políticas sociais. 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.

A estrutura organizativa dos monopólios expressa na previsibilidade e controle dos desequilíbrios funcionais dos sistemas, racionalização e maximização dos recursos, normatização de procedimentos técnicos, introdução de novas tecnologias, exigências de eficácia e eficiência dos meios (materiais e culturais) destinados à reprodução ampliada do capital, polivalência nas ações e interdisciplinaridade profissional, conforma a intervenção profissional do assistente social (GUERRA, 1995).

A funcionalidade da política social no âmbito do capitalismo monopolista não equivale a verificá-la como uma “decorrência natural” do Estado burguês capturado pelo monopólio. A vigência deste apenas coloca a sua possibilidade – sua concretização, como sugerimos, é variável nomeadamente das lutas de classes. Não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas. Entretanto, a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade de demandantes/ Estado burguês no capitalismo monopolista. De fato, elas são resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos (NETTO, 2001).

Entretanto, para que possamos situar o desenvolvimento da função social do assistente social na sociedade capitalista, seria interessante ampliarmos o leque de compreensão sobre o papel das políticas sociais na reprodução das relações sociais nesta sociedade.

IAMAMOTO (1998) parte da compreensão de que:

[...] os serviços sociais são uma expressão concreta dos direitos sociais do cidadão, embora sejam efetivamente dirigidos àqueles que participam do produto social por intermédio da cessão de seu trabalho, já que não dispõem do capital nem da propriedade da terra. São serviços a que têm direito todos os membros da sociedade na qualidade de cidadãos, mas são serviços que vêm suprir as necessidades daqueles cujo rendimento é insuficiente para ter acesso ao padrão médio de vida do “cidadão”; são, portanto, a esses efetivamente dirigidos e por eles consumidos predominantemente.

Esses serviços são originários de impostos e taxas pagos pela população, cuja parte dessa riqueza socialmente gerada é repassada para o Estado, que as converte em serviços sociais para a população através das políticas sociais. Dessa forma, esses serviços, públicos ou privados, “nada mais são do que a devolução à classe trabalhadora de parcela mínima do produto por ela criado, mas não apropriado, sob uma nova roupagem: a de serviços ou benefícios sociais” (IAMAMOTO, 1998) . Assim, forma-se a impressão de que o Estado ou a empresa privada são bem-feitores que se preocupam com a massa trabalhadora e por isso gostam de ajudá-la, desconsiderando os cenários econômicos, sociais e políticos que estão por trás das lutas sociais.

Portanto, se os serviços sociais, expressos nas políticas sociais, favorecem os trabalhadores, como resultado de conquistas sociais que suprem suas necessidades básicas de sobrevivência, por outro, contraditoriamente, tornam-se um instrumento político que reforça o poder da classe capitalista, pois tanto mantêm a força de trabalho em condições de ser explorada produtivamente, quanto são um instrumento de controle e subordinação dos trabalhadores ao capital.

Diante do aprofundamento do processo de industrialização e do agravamento da questão social, o Estado e o empresariado vão atribuindo progressivamente novas determinações à legitimação e institucionalização do Serviço Social, profissão esta que tem seu campo de trabalho ampliado conforme estratégias estabelecidas pelos setores dominantes

para o enfrentamento da questão social, consolidada através das políticas sociais. Assim, Yamamoto chama atenção para uma das contradições importantes na compreensão das demandas para essa profissão: o assistente social recebe um mandato diretamente das classes dominantes para atuar junto à classe trabalhadora.

[...] A demanda de sua atuação não deriva daqueles que são o alvo de seus serviços profissionais – os trabalhadores – mas do patronato, que é quem diretamente o remunera, para atuar, segundo metas estabelecidas por estes, junto aos setores dominados. Estabelece-se, então, uma disjunção entre intervenção e remuneração, entre quem demanda e quem recebe os serviços do profissional. O que deve ser ressaltado é que esse profissional, embora trabalhe a partir e com a situação de vida do trabalhador, não é por ele diretamente solicitado; atua junto a ele a partir de uma demanda, que na maioria das vezes não é dele. A demanda dos serviços profissionais tem, pois, um nítido caráter de classe, o que fornece, por sua proximidade estreita com o Estado, um certo caráter “oficial” ao mandato recebido. Passa o profissional a dispor de um suporte jurídico-institucional para se impor ante o “cliente”, mais além de sua solicitação, restando ao usuário aceitar ou não os serviços prestados, não podendo deles se subtrair. O caminho que percorre o cliente até o profissional é mediatizado pelos serviços sociais prestados pelos organismos que contratam o profissional, os quais são, em geral, o alvo da procura do usuário (IAMAMOTO, 1998).

O trabalho do assistente social se insere numa relação de compra e venda de mercadorias em que sua força de trabalho é mercantilizada, estabelecendo-se assim uma linha divisória entre a atividade assistencial voluntária, desencadeada por motivações puramente pessoais, e a atividade profissional, que se estabelece mediante uma relação contratual que regulamenta as condições de obtenção dos meios de vida necessários à reprodução desse trabalhador especializado.

O Serviço Social não se inscreve enquanto profissão, vinculado diretamente ao processo de criação de produtos e de valor, mas participa, ao lado de outras profissões, da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução no seu conjunto, como indispensável e facilitador do movimento do capital, pois tem o trabalhador e sua

família como alvos predominantes do seu exercício profissional, elementos vitais e significativos do processo de produção (IAMAMOTO,1998). Assim, ao proporcionar a esse trabalhador e sua família condições mínimas de sobrevivência, fornece ao capital mão-de-obra apta e disponível para a engrenagem do processo de produção capitalista.

A manutenção e reprodução dessa dominação de classe exige, ao mesmo tempo, a interiorização e aceitação dessa dominação. Dessa forma, as instituições sociais das quais os assistentes sociais são requisitados a participar põem como requisito uma intervenção normativa sobre os diferentes grupos sociais; assim, o enquadramento dos hábitos de saúde, alimentação, habitação, comportamento, educação, ajustamento psicossocial do trabalhador etc. colocam-se como elementos básicos na ação de impor essa aceitação e interiorização das relações sociais vigentes no contexto de hegemonia do capital.

Diante do exposto, reafirmamos a postura assumida por Iamamoto ao considerar que “[...] o Serviço Social, como profissão inscrita na divisão social do trabalho, situa-se no processo da reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora” (IAMAMOTO, 1998). Tendo na mediação dos serviços sociais, determinados pela política social do Estado, uma característica fundamental na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho.

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 às diversas políticas sociais ele se insere na esfera das atividades voltadas à regulação das relações sociais. Isto é posto na medida em que podemos observar a participação dos profissionais de Serviço Social na criação de condições necessárias ao processo de reprodução social, através de ações que tanto incidem sobre as condições de vida dos trabalhadores (saúde, alimentação, educação, habitação, lazer, dentre outros), quanto

produzem efeitos ideológicos que reforçam (ou não) a aceitação das condições de compra e venda da força de trabalho. Trata-se, portanto, de atividades que oferecem bens e recursos complementares à sobrevivência dos trabalhadores e que atendem às necessidades de normatização e controle dos comportamentos sociais. Desta forma, o Serviço Social ocupa seu espaço na divisão social e técnica do trabalho, ao lado de outras profissões, participando da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução social, especialmente a partir do capitalismo monopolista, quando se desenvolvem diversas iniciativas de intervenção social que procuram enfrentar as expressões da questão social (TRINDADE, 2001).

Entretanto, é justamente na natureza contraditória dessa profissão que se abrem as possibilidades de intervenção a favorecer um projeto de classe alternativo. Pois, a depender da opção política a que o profissional esteja vinculado, ele poderá apoiar e assessorar a organização dos trabalhadores, colocando-se a serviço de suas propostas e objetivos.

O modo capitalista de produzir supõe, pois, um “modo capitalista de pensar”, que expressa a ideologia dominante; ambos são inseparáveis e se expressam no cotidiano da vida social. Assim, o Serviço Social está diretamente inserido nesse contexto.

Estando a profissão institucionalizada dentro da divisão capitalista do trabalho, ela, no exercício de suas atividades vinculadas a organismos institucionais, dedica-se ao planejamento, operacionalização e viabilização de serviços sociais destinados para a população. Dessa forma, o assistente social configura-se como agente institucional à frente das relações entre a instituição e a população. É a partir das expressões concretas das relações sociais no cotidiano da vida dos indivíduos e grupos que o profissional efetiva sua intervenção. Estando sua atividade referida ao cotidiano, enquanto produto histórico e enquanto vivência pelos sujeitos, ele é aqui aprendido como manifestação da própria história, na qual os agentes a reproduzem e se reproduzem, fazendo-se e refazendo-se nesse processo

social. Assim, cada momento histórico aprofunda e/ou redefine as demandas de atuação desse profissional, que, como já dissemos, se articula diretamente ao processo histórico-social engendrado no capitalismo.

É a partir desse entendimento que se abrem as possibilidades de compreensão da profissão e do papel desempenhado pelo profissional de Serviço Social, ampliando as possibilidades de reconhecimento das demandas colocadas ao Serviço Social, dada a influência direta que estas sofrem pelas relações sociais advindas do modo de produção capitalista, que tem na marca da contradição e da exploração sua principal característica.

Sobre as demandas, MOTA (1998) afirma que estas são requisições técnico-operativas que incorporam as exigências dos sujeitos demandantes através do mercado de trabalho, comportando uma verdadeira “teleologia” dos requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que as determinam.

Dentro do embate travado pela luta de classes, que traz em seu cerne diferentes interesses, tendo em vista um lado defender o capital e o outro defender o trabalho, surgem as necessidades sociais, fruto da questão social, expressão desses antagonismos de classe. Essas necessidades sociais colocam demandas sociais que precisam ser atendidas, entretanto, cabe aqui destacar que essas demandas são permeadas por diferentes interesses.

A partir dessas necessidades sociais será criado um conjunto de profissões, que se desenvolverá na medida da sua utilidade social, vindo a institucionalizar práticas profissionais reconhecidas socialmente. Como qualquer profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, a de Serviço Social, para se reproduzir, também depende da sua utilidade social, devendo ser capaz de responder às necessidades sociais que são a fonte de sua demanda (IAMAMOTO, 1992).

A forma mais organizada de atendimento dessas demandas tem sua expressão nas políticas sociais, às quais a população tem acesso através das instituições. Por meio das demandas sociais surgem as demandas institucionais, que adquirem legitimidade e reconhecimento através das respostas dos profissionais que nelas atuam. Entretanto, as respostas profissionais extrapolam o âmbito institucional, pois elas incidem diretamente nas necessidades sociais.

Assim, consideramos que as demandas sociais são históricas e produzidas por necessidades sociais que derivam da prática histórica das classes sociais, nos atos de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho, de forma socialmente determinada. Dessa forma, cada momento histórico adquire particularidades que interferem na ampliação ou retraimento do atendimento das demandas postas pelas necessidades sociais.

3 O Reconhecimento da Saúde Mental no campo das Políticas Sociais e a inserção inicial do Serviço Social

Ao longo de várias décadas o modelo de tratamento com base no isolamento foi o grande protagonista no lidar com a loucura, afinal, não deixava de ser um obscurecimento do transtorno que o louco poderia trazer para a sociedade, trazendo implicações para a manutenção da ordem social. O modelo biomédico, baseado no tratamento medicamentoso e no isolamento, tidos como medidas determinantes na melhoria do doente era o grande destaque. A figura do médico encontra-se como base central, devido ao protagonismo por ele exercido no contexto das novas configurações trazidas pela doença mental, entretanto, colocase a necessidade da intervenção de alguns profissionais, mesmo que seja apenas no auxílio médico, pelo reconhecimento da loucura enquanto doença.

Segundo VASCONCELOS (2002), “o contexto histórico e político brasileiro de desenvolvimento dos serviços sociais como iniciativa de Estado e da emergência das primeiras escolas de Serviço Social, na década de 1930, foi fortemente marcado pelas abordagens e pela ação política do movimento de higiene mental”.

As ações vinculadas ao Movimento de higiene mental ganharam vigor a partir da Revolução de 1930, quando integrantes e defensores da higiene mental lutaram pela ocupação de espaços importantes na esfera administrativa, influenciando de forma direta na formulação de políticas sociais voltadas principalmente para a educação higiênica, para o amparo da maternidade e da infância. Objetivavam conquistar hegemonia no aparelho estatal a fim de promover uma revolução social e individual. Destacou-se a figura do próprio Vargas, que chegou a ocupar a condição de presidente de honra da Comissão Patrocinadora da Campanha Pró Higiene Mental, a partir de 1933, atuando sobretudo através dos meios de comunicação de massa. A atuação dos higienistas se fez presente na Constituinte de 1934, inscrevendo na

Carta Constitucional o perfil das responsabilidades sociais do Estado em face da questão da higiene e saúde pública, que “incluíam a coordenação de serviços sociais, o estímulo à educação eugênica, a ‘proteção’ da juventude contra o ‘abandono físico, moral e intelectual’, a adoção de medidas de higiene social, bem como a responsabilidade direta por suas tarefas.

No período compreendido entre 1938 a 1945, o Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, é dinamizado e reestruturado, centralizando e articulando as atividades sanitárias de todo o país. Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), voltado para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais. Verificamos, em relação às ações de saúde coletiva nesse período, o auge do sanitarismo campanhista, influenciado pelo movimento anteriormente abordado.

No âmbito da assistência psiquiátrica, esta passa a ser federalizada em 1944, através do Decreto nº 7.055 de 18 de novembro, após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, fato que se deu pelo Decreto nº 3.171, de 2 de abril de 1941, sendo encampado, em 1953, pelo recém-criado Ministério da Saúde. Apesar da reorientação do discurso acerca do estímulo à atenção ambulatorial e aos serviços comunitários, as ações efetivas do governo federal continuam incentivando a construção de estruturas asilares.

Na área da saúde, nesse período, a ação desenvolvida pelos assistentes sociais denomina-se Serviço Social Médico, cujas iniciativas são ainda extremamente embrionárias. Estará ligada inicialmente à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias e à puericultura. As funções exercidas se referirão a triagem, elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gastado muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”,

e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção de sua confiança” (IAMAMOTO, 1998).

O Serviço Social é incorporado a instituições cujas práticas materiais principais são dos mais diversos tipos: medicina curativa, medicina preventiva, puericultura, recuperação motora, seguro, distribuição de auxílios, conjuntos habitacionais, assessoria jurídica, institutos correcionais para menores e adultos, asilos etc. Contudo, o domínio mais específico do Serviço Social, dentro dessas instituições, será uma determinada parcela dessa população. Se a clientela básica das instituições sociais e assistenciais, por definição, são os setores populares, o Serviço Social se dedicará àqueles segmentos mais carentes, cujo comportamento se torna mais desviante em face de um padrão definido como normal (Id., 1998).

Os vínculos do Serviço Social com a saúde são históricos, não só no Brasil, pois nos Estados Unidos, em Nova Iorque, desde o início do século XX os assistentes sociais vinham trabalhando com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia dos inúmeros e freqüentes casos de tuberculose. O primeiro Serviço Social Médico de que se tem notícia foi criado pelo Dr. Richard Cabot, em 1905, inserindo-se na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets. Reconhecendo na ação do Serviço Social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, o Dr. Cabot considerou-o indispensável nas equipes de saúde. Sua tese ganhou muitos adeptos, e vários hospitais, iniciando-se pelo de Boston, passaram a demarcar a presença daquele profissional (MARTINELLI, 2005).

O trinômio higiene, educação e saúde, que caracterizava o Serviço Social na época, foi o que impulsionou a criação de um novo campo de ação, voltado para a área escolar, destinando-se a crianças com problemas de aprendizagem. A passagem da criança pela escola precisava dar-se do modo mais rápido possível, pois a criança era também força de trabalho, e de baixa remuneração. Baseando-se sempre na prática individual da assistência, esses

trabalhos vieram a valorizar muito as concepções de Mary Richmond sobre a importância das famílias e de seus membros serem tratados de forma individual. Acreditava Richmond que só através dessa abordagem e com o apoio de um diagnóstico social bem elaborado, é que se poderia atingir a reforma do caráter das pessoas, a sua reintegração social. Esse modo de encarar o Serviço Social como uma ação dotada de força reintegradora, um instrumento de reforma do caráter, crescia em aceitação pela burguesia, interessada em exercer sua ação de controle sobre a classe trabalhadora e sobre a massa pauperizada (MARTINELLI, 2005).

No campo médico psiquiátrico o início das experiências de Serviço Social data de 1913, sendo pioneira Miss Many Jarret, que dirigia o Hospital Psiquiátrico de Boston, partindo desta vivência as tentativas de especialização neste campo. O Serviço Social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas, tendo como função o auxílio moral e a facilitação do retorno do doente mental ao seio familiar e social. No Serviço Social Médico, o técnico vai desempenhar programas de saúde visando à cura e à prevenção dos problemas sociais, sejam de ordem individual ou coletiva (CALHEIROS, 1976).

Na década de 1920, nos EUA, vários assistentes sociais passaram a trabalhar em clínicas de orientação infantil. Inicialmente, o trabalho era feito exclusivamente com os pais, com a colaboração de psiquiatras que tratavam as crianças. Depois, os papéis das duas profissões tornaram-se menos acelerados e, logo depois, os assistentes sociais estavam envolvidos diretamente no tratamento infantil [...] Assim, as funções do assistente social estavam voltadas para o âmbito familiar, desde a entrada do paciente no hospital até sua volta à família (PERCIANO, 1975).

O Serviço Social nos EUA se muniu de vários referenciais teóricos para pautar sua atuação, principalmente o funcionalismo, o estrutural-funcionalismo, o higienismo e as psicologias (em seus vários ramos). O atendimento norte-americano na área psiquiátrica segue a metodologia clássica de “Caso, Grupo e Comunidade”, adotando propósitos de solução de

problemas (linha funcionalista) ou de integração social (linha psicanalítica). Além disso, há a participação do assistente social em planejamento, programas sociais e pesquisa (BISNETO, 2001).

Nos registros e análises sobre o Serviço Social e Saúde Mental no Brasil predomina a década de 1940 como o marco de entrada do Serviço Social na Saúde Mental. Inicialmente sua inserção no campo da saúde mental deu-se através dos Centros de Orientação Juvenil (COJ) e dos Centros de Orientação Infantil (COI), diretamente influenciados pelo modelo das “*Child Guidance Clinics*”, proposto pelos higienistas americanos e brasileiros como estratégia de diagnóstico e tratamento de “crianças-problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família (VASCONCELOS, 2002).

Nesta década, uma vez que foram se formando os primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro, as escolas procuraram induzir a assimilação desses profissionais pelas diretorias dos hospitais psiquiátricos, para trabalharem nas seções de assistência social dessas instituições. Os assistentes sociais tendiam a constituir pequenas equipes uniprofissionais situadas na “porta de entrada e saída” dos hospitais, funcionando de forma diretamente subordinada aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas: por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para a alta; de confecções de atestados sociais e de realização de encaminhamentos. Paralelamente, atendiam também às muitas e variadas demandas “no varejo” dos próprios usuários em relação a seus familiares ou vice-versa, normalmente em torno de necessidades imediatas em termos de roupas, contatos, pequenos recursos sociais e financeiros etc.

Os relatórios de atividades da época também assinalam que as equipes em geral eram pequenas para o número de leitos e demandas das instituições, e as profissionais estavam sempre abarrotadas em responder a estas demandas “no varejo”, impedindo aquelas que ainda

o desejavam de desenvolver programas e serviços mais complexos e ricos, do ponto vista profissional e dos interesses potenciais da clientela. Assim, o padrão geral de prática dessas equipes era nitidamente uniprofissional, subalterno, burocrático, superficial (sem poder se dedicar ao estudo e intervenção mais complexa de casos ou a intervenções familiares, grupais e comunitárias) e, em alguns casos, assistencialista (VASCONCELOS, 2002).

A constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada, tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica (Id., 2002).

O cenário do atendimento psiquiátrico no Brasil indica que boa parte do trabalho do Serviço Social nas organizações psiquiátricas está voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário. Essa realidade difere do quadro norte-americano, isto porque, no início do século, já havia nos EUA agências de Serviço Social que atendiam a população quanto às necessidades materiais e concessão de benefícios, enquanto o serviço prestado pelo assistente social ao seu usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si (BISNETO, 2001).

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

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

Apesar das particularidades inerentes à forte influência dos diferentes referenciais teóricos na construção das bases teóricas que perpassam as diferentes ações profissionais dos assistentes sociais que atuavam na área da saúde/ saúde mental, não podemos deixar de lado a fundamental importância que a composição do cenário histórico, político, econômico e social representa na construção das bases para o entendimento da saúde mental no Brasil.

Acreditamos que só é possível compreender o papel do Serviço Social na saúde mental se tomarmos como base as manifestações mais imediatas da questão social, expressa nas condições de vida da classe trabalhadora, que exigiam do Estado uma intervenção social visando amenizá-las. Com esse objetivo, inicialmente constrói-se um conjunto de saberes que tomam a problemática social como um problema moral, culpabilizando o indivíduo pelas suas condições sociais, e posteriormente coloca-se a necessidade do controle social através das políticas sociais, que reconhece e ameniza a problemática social posta pela contradição da exploração do trabalho. E é nesse contexto que se insere um conjunto de intervenções sociais, dentre as quais se coloca a necessidade do papel do assistente social.

A situação social, política e econômica que o Brasil vivenciou no início do século XX trouxe uma preocupação com o restabelecimento da ordem social, que sofreu abalos provocados pela questão social crescente, expressa nas condições de vida da população. Nesse período, o Estado compreendia a questão social como uma questão moral, sob a qual era preciso intervir para restabelecer a ordem. Dessa forma, os problemas sociais eram tratados como caso de polícia. Só a partir do contexto da modernização do Estado, quando é posto um cenário de lutas entre as classes sociais em que se coloca o protagonismo da classe trabalhadora no cenário político do país, é que se redefinirão as formas de enfrentamento da

questão social, que terão nas políticas sociais seu principal meio de intervenção, sendo solicitada a figura do assistente social como um dos executores destas. Assim, é nesse cenário de embates que efetivamente serão construídas e consolidadas as demandas para os assistentes sociais na área da saúde mental.

Assim, compreendemos que o momento histórico empreendido entre as décadas de 1940 até 1960 trouxe uma demanda para o Serviço Social na saúde mental que exigia dele uma atuação voltada para a higiene social, expressa através da moralização do indivíduo e da família, de uma atuação sobre o caráter das pessoas, visando à reintegração social por meio da adequação do comportamento à “normalidade”. Entretanto, essa demanda posta ao Serviço Social se consolidará efetivamente na década de 1970, quando o cenário conjuntural trazido pela ditadura e pela necessidade de reprodução da classe trabalhadora consolida o papel dos assistentes sociais como executores de políticas sociais na saúde mental.

4 A Modernização das Políticas Sociais na década de 1970 e as mudanças nas ações da Saúde Mental e nas Demandas para o Serviço Social

No debate acerca da inserção dos assistentes sociais na área da saúde mental, uma importante reflexão posta por BISNETO (2005) é a compreensão de que a estrutura atual do Serviço Social na saúde mental originou-se só após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com a prestação de serviços sociais necessários ou benéficos para a lógica dos manicômios a fim de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes. Ao nosso ver, o uso do termo ‘estrutura atual’ se relaciona à execução de políticas sociais, a partir do atendimento previdenciário, pois as primeiras atuações dos assistentes sociais na saúde mental estavam voltadas para o atendimento a jovens e famílias na prevenção higienista.

A conjuntura política do pós-64 foi marcada por um modelo burocrático-autoritário de Estado. Esse período foi caracterizado pelo desenvolvimento econômico, paralelo a mecanismos de repressão, cuja base estava expressa na luta de classes. O golpe de 64 foi o desfecho da crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil (NETTO, 2001a), gestada pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento, cuja base era a industrialização pesada e as modalidades de intervenção, articulação e representação das classes e suas frações no sistema de poder político. O padrão de acumulação entrava em contradição com os anseios democráticos, nacionais e populares. A burguesia possuía duas alternativas: assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classes não-burguesas na luta pela direção da sociedade, ou garantir a hegemonia pela força, apelando para a antidemocracia e a dependência, solução adotada (BRAVO, 1996).

Na ditadura houve uma expansão do poder estatal, cujo aparelho de Estado fora modernizado, visando a garantia da estabilidade social e política de acordo com as bases do

capital financeiro nacional e estrangeiro. A violência estatal se transformou em poderosa força produtiva ao controlar a classe operária, explorando sua força de trabalho e favorecendo a produção de uma taxa extraordinária de mais-valia.

Em face da questão social no período de 1964 a 1975, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO,1996).

O mecanismo de legitimidade desse estado arbitrário implica utilizar a justificativa simbólica, como o anticomunismo e a expansão econômica, bem como a utilização da oferta de serviços sociais, sobretudo na área da saúde, pela crescente incorporação de novos grupos no usufruto de serviços e benefícios (empregadas domésticas, trabalhadores autônomos). A partir de então, os princípios que norteiam as políticas sociais pautam-se por: centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, exclusão da participação social, autofinanciamento dos investimentos, privatização dos serviços com características clientelística, crescente “assistencialização” e base na ação da tecnoburocracia, que enfatiza e reforça os instrumentos de planejamento e racionalização da intervenção estatal (ROSA, 2003).

O processo de unificação das instituições previdenciárias confirma-se como uma das principais medidas referentes à política social desse período, sendo efetivada através da criação – em 1966 – do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que se incumbiu de unificar os antigos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões), significando uma reorientação das relações entre trabalhador e Estado e o crescimento da Medicina Previdenciária. A criação do INPS beneficia a implementação de uma política de saúde

direcionada ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, especialmente nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos, enfatizando a contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios.

A política nacional de saúde no período 1964 a 1974, imbricada às tendências da política econômica implantada, desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado. O regime burocrático-autoritário, implantado no Brasil em 1964, determinou um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, privilegiando o setor privado, através da assistência previdenciária e tratando com descaso as ações de saúde pública. O direito à assistência estava vinculado à contribuição previdenciária, excluindo do acesso as camadas de classe não vinculadas ao mercado formal de trabalho. A prática médica mercantil de assistência à população fortalece-se, principalmente em virtude da influência do setor privado na previdência social, dada a compra de serviços privados em saúde pela previdência pública. Assim, a área da saúde se diferenciou, passando a ser orientada por valores monetários, visando à lucratividade e ao controle da força de trabalho.

No âmbito da assistência psiquiátrica essas modificações se evidenciam a partir do duplo padrão de atendimento incrementado pelo Estado, que remete as pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, pela contratação de seus leitos psiquiátricos.

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos 60, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após a reestruturação do setor em 1966. A dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada, sendo dada pouca importância às medidas de atenção à saúde da população. Um novo padrão de estrutura do setor saúde foi implantado, padrão esse que tinha sua ênfase na medicina previdenciária (BRAVO, 1996).

Nessa conjuntura, o Serviço Social na saúde amplia sua ação em decorrência do surgimento do complexo previdenciário de assistência médica e com a estruturação do INPS, passando ao nível de coordenadoria, aumentando o número de suas atividades e programas. A partir da criação da Secretaria de Bem-Estar, órgão de direção superior do INPS que visa a promoção de atividades assistenciais de caráter educativo com a finalidade de integrar socialmente o beneficiário, e da sua estruturação em três coordenadorias: Serviço Social, Reabilitação Profissional e Planejamento, e no regional, o Serviço Social fica subordinado à Subsecretaria Regional de Bem-Estar (Id.,1996).

A ação dos assistentes sociais na saúde, em decorrência da própria política, era dicotomizada no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência Social. No Ministério da Saúde, os profissionais estavam fragmentados pelas diversas instituições sem uma coordenação geral, tendo trabalhos a destacar no Centro de Orientação Juvenil, vinculado ao Departamento Nacional da Criança, cujo trabalho pautava-se numa abordagem psicologista, utilizando as contribuições da psicanálise, e nas “comunidades terapêuticas”, nos hospitais

psiquiátricos, em que faziam grupos operativos e terapia familiar em conjunto com outros membros da equipe de saúde.

Em 1967, o Serviço Social é regulamentado nos órgãos de assistência médica da Previdência Social para desenvolver as seguintes ações: individual, grupal e comunitária, respectivamente, de caráter preventivo e curativo, educativo-preventivo e para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. A contribuição dessa categoria profissional nas equipes interprofissionais volta-se para fornecer dados psicossociais para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e a participação em pesquisas médico-sociais, regulamentando assim a prestação do Serviço Social nos órgãos de assistência médica para prevenção e tratamento de problemas de ordem psicossocial dos beneficiários. As doenças e clínicas enfatizadas foram: tuberculose, doenças transmissíveis, psiquiatria, obstetrícia, cirúrgica e clínica médica.

No Ministério da Previdência havia uma coordenação de Serviço Social, em nível nacional, que defendia princípios norteadores da ação, e, em nível regional, o núcleo de supervisão técnica. A coordenação nacional de Serviço Social definiu, em 1972, o Plano Básico de Ação, que continuava norteando a prática nesse período. O Programa de Proteção e Recuperação da Saúde teve complementações, através da especificação da atuação em algumas clínicas: a assistência psiquiátrica, em 1976, e a ação do Serviço Social na Saúde Mental, em 1977, normatizada pela Ordem de Serviço nº SBE- 043.6 de 1976 (BRAVO, 1996).

No âmbito da saúde mental, “o período ditatorial foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa dos trabalhadores e seus dependentes” (RESENDE, 2001, p.60). Com a congregação dos vários institutos de aposentadorias e pensões em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966, através do Decreto

nº 72, a assistência psiquiátrica é estendida a todo trabalhador e seus dependentes, segurados do sistema. Amplia-se a cobertura médico-assistencial para a psiquiatria.

Com a passagem da maior parte do atendimento psiquiátrico da esfera pública para a esfera privada, abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Essa passagem fez agravar a situação do atendimento hospitalizado à doença mental, pois o setor público subvencionava uma “assistência” em nada diferente daquela por ele oferecida, em alguns casos até pior e, mais do que isso: é a transformação do louco em fonte de lucro. A incipiente rede de ambulatórios era incapaz de oferecer algo mais do que um tratamento psicofarmacológico ou uma guia de internação, para felicidade dos empresários da saúde mental. A lógica econômica de privilegiamento da acumulação de capital com a assunção da saúde à condição de mercadoria predominavam na orientação governamental (ROSA, 2003).

O Estado incrementa um duplo padrão ao remeter as pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, pela contratação de seus leitos psiquiátricos.

A massificação da assistência psiquiátrica no pós-64, além de mudar o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por *trabalhadores previdenciários urbanos*, exauridos psicicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho no período de crescimento econômico dos anos 1970, altera também o perfil nosológico, pela extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais (Id., 2003, grifo da autora).

Assim, as reformas no Estado brasileiro na ditadura militar ampliaram o campo de atuação do Serviço Social, e na área da saúde mental não seria diferente. A inserção efetiva do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu por força de exigência do INPS nos anos 70.

Apesar do regime autoritário na década de 70, 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).

BISNETO (2005) reconhece que a gênese do Serviço Social em Saúde Mental não foi endógena, não partiu de necessidades terapêuticas ou clínicas para os transtornos mentais, mas sim 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 brasileiro. Diante das “disfunções sociais” postas pela questão social era preciso atuar na preservação e manutenção da força de trabalho. Para isso exigia-se uma intervenção profissional, e aqui destacamos o assistente social, profissional responsável pela integração social, devendo trabalhar para evitar a desintegração das famílias e no “adestramento” da força de trabalho, desenvolvendo uma prática centrada no diagnóstico, na orientação e no tratamento de casos individuais e/ou familiares.

O padrão técnico-burocrático de gestão do desenvolvimento capitalista trazido pelo processo de modernização do Estado nesse período põe novas requisições ao Serviço Social, que tem suas funções ampliadas em diversas instituições criadas para atender às manifestações da questão social através das políticas sociais. Assim, a requisição é por profissionais que dominem a burocracia estatal, a administração e que utilizem a pesquisa social e o planejamento em sua prática. A participação dos assistentes sociais nas equipes

multiprofissionais das instituições permite uma maior interlocução com outras profissões e disciplinas. Entretanto, prevalece a lógica de integrar os indivíduos através dos métodos de Caso, Grupo e Comunidade aos grandes objetivos de envolver indivíduos, grupos e comunidades no processo de desenvolvimento do país (TRINDADE, 2001). Na saúde mental destacam-se as atividades assistenciais de caráter educativo, atividades de prevenção e cura, reintegração familiar, busca de dados psicossociais para o tratamento, dentre várias outras.

Dessa forma, apesar da ênfase dada à década de 1940 como o marco de entrada do Serviço Social na Saúde Mental, pode-se dizer que só após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, é que se consolidam as demandas para os assistentes sociais na saúde mental através da prestação de serviços sociais necessários ou benéficos para a lógica dos manicômios, a fim de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes. Assim, a presença dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental se consolida, seja através de atuações nos hospitais psiquiátricos ou nos demais serviços a eles relacionados.

Esse modelo hospitalocêntrico que faz parte do cenário do atendimento em saúde mental no país desde o período imperial prevalece em absoluto nas décadas seguintes. Entretanto, a partir do final da década de 1970 e nas décadas de 1980 em diante, um novo cenário é formado, configurando-se o surgimento de vários movimentos questionadores desse modelo e a inauguração de um novo modelo de atendimento em saúde mental, substitutivo do modelo tradicional, que tende a se fortalecer além dos anos, tendo se configurado de forma cada vez mais crescente e conquistando seu espaço nas décadas seguintes até os dias atuais.

Esse novo momento representativo do tratamento destinado à problemática da saúde mental no período ditatorial, que reconhece e legitima o enfrentamento da loucura através das políticas sociais, é emblemático na nova forma de reconhecimento dado à loucura, cuja conjuntura de ressurgimento de diferentes movimentos sociais no Brasil e no mundo irá

refletir diretamente numa mudança de conceito em relação à abordagem dada à loucura, que passa do isolamento para o reconhecimento do louco como sujeito de direito e que precisa ser reinserido na sociedade. Essa realidade será a tônica trazida pelos movimentos em prol da reforma psiquiátrica, que influíram diretamente na organização dos novos serviços de atenção em saúde mental substitutivos do hospital psiquiátrico, realidade esta que aprofundaremos a seguir.

5 Reforma Psiquiátrica e demandas para o Serviço Social

Nesta seção, que fora subdividida em duas, abordaremos o contexto sob o qual montaram-se as bases para o surgimento do novo modelo de atenção em saúde mental, presente na atual política de saúde mental no Brasil, que trouxe importantes mudanças para o Serviço Social. Diante deste cenário, apresentaremos os resultados das pesquisas bibliográfica, documental e de campo, fundamentais para a compreensão das demandas postas aos assistentes sociais na política de saúde mental.

5.1 As reformas sanitária e psiquiátrica e a implantação do novo modelo de atendimento em saúde mental no Brasil.

O cenário que compõe a conjuntura brasileira no final dos anos 1970 é formado pela emergência dos principais movimentos sociais no cenário nacional, pois o grande período de repressão implantado pelo regime militar impossibilitou a expressão política da sociedade civil no país. Os movimentos sociais ganham visibilidade, pois surgem novos atores na luta política, dentre os quais podemos destacar o novo sindicalismo (formado pelos metalúrgicos do ABC paulista), os sindicatos e organizações dos profissionais assalariados de classe média (professores, funcionários públicos, profissionais liberais) e os movimentos ligados aos locais de moradia (associações de moradores) e às condições gerais de reprodução social, trazendo uma nova densidade política à questão urbana.

Nesse contexto, desenvolve-se no Brasil o denominado Movimento de Reforma Sanitária, tendo como eixo “a luta pela garantia do direito universal à saúde e pela

organização de um sistema único, integral, universal e estatal de prestação de serviços” (ROSA, 2003).

No campo acadêmico verificou-se, no período de 1975 a 1976, a expansão de uma abordagem voltada para o enfoque de análise dos problemas de saúde, bem como uma significativa produção intelectual, destacando-se a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que contribuiu para estudos e pesquisas que resultaram na formulação de alternativas para a política de saúde brasileira. A academia deu sua parcela de contribuição, em especial, na redefinição das políticas de saúde e na democratização das instituições de saúde do país.

O CEBES criou a revista *Saúde em Debate*, que tratava do processo histórico e social em relação à concepção de saúde. Ele tinha como diretriz a democratização do país, a unificação do sistema de saúde e a reforma sanitária. Congregava atores sociais em torno de uma contraproposta à política de saúde imposta pelo Estado e apontava uma nova direção para o sistema de saúde brasileiro, com princípios da universalização, da gratuidade, da descentralização e da qualidade.

Os principais objetivos da Reforma Sanitária somente foram sistematizados em 1986, com a realização, em Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema *A Saúde como direito de todos e dever do Estado*. Ela foi a porta de entrada da sociedade no cenário da discussão da saúde no país, e tratou de temas como: *A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*, em consonância com os princípios de integração orgânica-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas na

prestação de serviços de saúde e *Financiamento setorial*, representando assim um marco na história do movimento social pela saúde, adquirindo novos aliados¹².

O movimento da Reforma Sanitária vem apresentar questões que tinham como propósito a transformação do modelo vigente do setor saúde, buscando ultrapassar as questões específicas, trazendo, como pano de fundo, a luta pela construção de uma sociedade democrática. O movimento sanitário se constituiu num movimento contra-hegemônico, questionador do sistema de saúde daquele período, que privilegiava a expansão do complexo médico-industrial (BRAVO, 1996). Esse movimento trazia consigo uma nova concepção de saúde, entendida como resultado das condições de vida da população, ultrapassando o mero conceito de saúde como ausência de doença.

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, o governo Sarney se viu obrigado a atender às demandas surgidas com o movimento da reforma sanitária, assumindo, assim, medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, entre outras, e, conseqüentemente, ocorreram melhorias nos indicadores de mortalidade e morbidade vigentes no país. Com a consolidação dessas medidas, que foram acopladas à política das AIS (Ações Integradas de Saúde), viu-se a necessidade da constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), aprovado em 1987, que se mostrou um passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

Os resultados da VIII CNS contribuíram para a aprovação de um capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, fato inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

¹² As propostas do movimento sanitário brasileiro só foram juridicamente asseguradas pela Constituição Brasileira promulgada em 1988, e mais tarde complementada pelas Leis 8.080 e 8.142, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais.

As Constituições brasileiras trataram a questão saúde de forma superficial e arbitrária, não sendo definidas competências e fontes de financiamento, assegurando a prestação de serviço de saúde apenas aos segurados da previdência social. Na elaboração do novo texto constitucional, houve um consenso com relação à necessidade de detalhar os temas abordados, como fruto do contexto de transição e da necessidade de efetuar mudanças impostergáveis. A VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada como pré-constituente da área de saúde, já havia definido os aspectos fundamentais das modificações para o setor (BRAVO, 1996).

Dentre os princípios que foram aprovados na Constituição de 1988, inspirados nas proposições defendidas pelo movimento sanitário, verificam-se como mais importantes para a saúde: o direito universal à saúde e o dever do Estado; ações e serviços de saúde passaram a ter relevância pública; o SUS passou a integrar todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar; e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

As problematizações do sistema de saúde empreendido no interior do Movimento da Reforma Sanitária englobam a assistência psiquiátrica, e como desdobramento, e sob influência deste, surge no campo da saúde mental o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciado pelas experiências americana, européia e italiana.

Os hospitais psiquiátricos eram comparados a grandes campos de concentração, tendo em vista a situação de miséria experienciada pelos internos que neles viviam. Ao final da Segunda Grande Guerra quase todos os países do continente europeu se livraram de regimes fascistas e se democratizaram. Assim, os maus-tratos e o extermínio de doentes mentais tornaram-se inaceitáveis para essas sociedades. Numa tentativa de humanizar o asilo, destacaram-se algumas experiências que causaram uma radical mudança no objeto da psiquiatria, que deixou de ser o tratamento da doença mental, a busca da cura, e passou a ser a promoção da saúde mental através da adaptação social.

Todos esses fatores se coadunam, no cenário internacional, com a emergência do keynesianismo e a posterior crise do Estado de Bem-Estar, a partir do qual começa-se a pensar noutras ações de cunho político-econômico com base na redução do papel do Estado e dos gastos sociais, que conduzem a uma reforma na assistência.

Dentre as experiências que surgiram na Europa no período do pós-guerra, podemos citar a ‘Comunidade Terapêutica’ e a ‘Psicoterapia Institucional’, que surgiram numa tentativa de humanizar o asilo. Uma outra proposta, a ‘Psiquiatria de Setor’, iniciou-se na França e é anterior à Psicoterapia Institucional. Sua abordagem buscava oferecer uma alternativa ao doente entre a doença e a instituição psiquiátrica, daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando a segregação e o isolamento. Destacou-se também a ‘Psiquiatria Comunitária’, proposta desenvolvida na década de 60 nos EUA; ela visava intervir nas causas do surgimento das doenças, pretendendo buscar a prevenção e a promoção da saúde mental. Todas essas experiências têm em comum o fato de não criticarem a competência da psiquiatria para lidar com a doença mental. Duas outras abordagens fizeram esta crítica, a ‘Antipsiquiatria’ e a ‘Psiquiatria Democrática Italiana’; a primeira considerava a loucura como um fato social, político e mesmo como uma experiência de libertação. Defendia que o delírio do louco não deve ser contido, sendo este acompanhado pelo próprio grupo, através de recursos como psicodrama e regressão, por exemplo, procurando como saída possível a modificação da realidade social. A segunda, ao contrário da Antipsiquiatria, não negava a existência da doença mental, mas argumentava que a pessoa classificada como tal perde as suas outras referências sociais, profissionais, culturais etc. Sob esta ótica, buscou recuperar estes outros aspectos, entendendo o homem e o doente mental como seres muito ricos, devendo esta riqueza ser levada em conta na hora do tratamento, tratamento este que deve acontecer na comunidade, fazendo com que o hospital perca sua razão de existir (ESCOLA ..., 2003).

O Movimento no Brasil foi influenciado fortemente pela experiência italiana, da tradição basagliana¹³, que se contrapõe ao modelo biomédico, cuja lógica se situa no horizonte que leva da doença à cura, colocando o sujeito enfermo sob parênteses, tendo por principal objeto a cronicidade. A tradição basagliana produz uma inflexão em todos os saberes e práticas ao questionar o arcabouço legal, técnico, administrativo e interventivo da psiquiatria clássica. Constrói seu objeto sobre a complexidade da “existência-sofrimento” (Rotelli, 1990) dos portadores de transtorno mental, articulando com as condições de reprodução social do enfermo e enfatizando o processo de invenção da saúde (ROSA, 2003). Um dos grandes destaques da luta trazida por esta corrente foi a aprovação da Lei 180, ou Lei Basaglia, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália. A psiquiatria italiana inspirou várias iniciativas importantes, que se concretizaram nos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps) que se estabeleceram em nosso país.

As raízes do Movimento de Reforma Psiquiátrica encontram-se no exterior, dadas as ocorrências no âmbito internacional de alguns processos históricos que se caracterizaram como estimuladores ou como fatos que intervieram nas características do processo de desinstitucionalização do atendimento à saúde mental; dentre eles, podemos citar: contextos históricos de guerra – devido à escassez de força de trabalho e esforço reabilitativo; os processos de transição demográfica, com aumento da população idosa, desestruturação e transformação das estruturas familiares convencionais, aumento do número de arranjos domiciliares de famílias matrifocais e de pessoas sozinhas e de ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher; ampliação de serviços sociais substitutivos e mudanças em direção a uma crescente individualização; conjunturas políticas de democratização, de processos

¹³ Tem como mentor Franco Basaglia, líder do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. Destacou-se por sua luta a favor da abertura e transformação do manicômio, através da desmontagem de suas estruturas e da construção de uma nova rede que substitua a antiga concepção do hospital psiquiátrico.

revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral, processos políticos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos (reconhecimento da existência e dos direitos dos doentes mentais e dos cidadãos em geral), e organização e avanço de movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares atuando diretamente no campo da saúde mental; desenvolvimento de sistemas maciços de bem-estar social e/ou contextos de afirmação dos direitos sociais, compondo ampliação de programas e seguros sociais para os grupos populacionais dependentes em geral, incluindo os doentes mentais; políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas que, em geral, induzem aos processos de desospitalização, já que a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais constitui item de custo elevado para o Estado; mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e particularmente no campo *psi*; o desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas a partir do final dos anos 50, com os neurolépticos, possibilitando maior controle dos sintomas mais disruptivos e o tratamento em ambientes menos coercitivos e menos isolados; estratégias de modernização e/ou humanização por parte de setores da corporação médica para responder às críticas à psiquiatria convencional (VASCONCELOS, 2002).

É nesse conjunto de movimentos sociais que se inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época, sendo importante salientar que os principais estados do Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais) possuíam a maior rede de serviços psiquiátricos no Brasil e constituíam o principal palco político das mudanças, tendo em vista a estreita relação que envolvia os movimentos sociais com os trabalhadores da saúde mental no cenário político.

Durante os anos de 1978-1982 ocorreram, no Brasil, mobilizações na sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura. Nesse período, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em conjunto com os demais movimentos sociais

populares, que começaram a emergir no ano de 1978, realizam articulações prévias em congressos de psiquiatria e com o Movimento de Renovação Médica. Essa luta passa a ganhar corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, especialmente de Franco Basaglia, expoente da reforma psiquiátrica na Itália. Nesse sentido, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surge numa conjuntura de enfraquecimento do regime ditatorial e de efervescência dos movimentos sociais, com uma pauta de reivindicações de caráter sindical e político.

Nesse período, caracterizaram-se como objetivos desse movimento: as denúncias e a mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e privados, sendo alguns deles identificados como verdadeiros campos de concentração; a denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados que eram conveniados ao INAMPS; a denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; e as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, mesmo que o movimento não possuísse ainda uma clareza de como deveriam ser organizados esses serviços.

No ano de 1980, o Rio de Janeiro iniciou o processo denominado de co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência para administração dos hospitais públicos, que possibilitou a abertura de um importante espaço político para que lideranças do MTSM implantassem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos.

No início dessa década, o tema descentralização é tomado como bandeira política nos programas dos governos de oposição, eleitos em 1982. Além da proposta de “descentralização do poder”, esses governos contribuíram para o processo de municipalização, através dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), operacionalizadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS/INAMPS), Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Entre os anos de 1982-1987, ocorreram a expansão e a formalização do

modelo sanitaria (ações integradas de saúde e sistema único de saúde), bem como a montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental e o controle e a humanização do setor hospitalar.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental teve por objetivo, nessa conjuntura, evitar a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e a redução onde possível e/ou necessário; a regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; o controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) nos serviços de emergência do setor público; a expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos; humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2002).

Um dos desdobramentos da VIII CNS foi a realização de conferências sobre temas específicos, como: saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde do índio etc. No campo da saúde mental, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) data de 1987, tendo contribuído para reordenar as forças atuantes no setor e apontar a necessidade de profundas e imediatas transformações no modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Nela, encontra-se claramente nomeada a natureza do impasse colocado no campo da assistência psiquiátrica no país: a necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico.

A I CNSM constituiu-se em importante fórum de discussão que situou a saúde mental na luta de classes, questionou o modelo psiquiátrico vigente e propôs a substituição dos leitos psiquiátricos por leitos em hospitais gerais públicos e/ou serviços alternativos. Ela consolidou uma efervescência de discussões que já vinham ocorrendo na sociedade civil. Nesse mesmo

período, as bandeiras de lutas pela reforma sanitária foram incorporadas às da reforma psiquiátrica, levantadas pelos movimentos de trabalhadores de saúde e ganharam espaços e representatividade de outros setores da sociedade.

A emergência do Movimento da Luta Antimanicomial, a partir de 1987, e a crescente hegemonia de suas teses¹⁴, promoveram uma forte mudança de direção na política de saúde mental brasileira a partir do início da década de 1990. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial implementará sua estratégia de trabalho por meio da luta por mudanças no plano legislativo, de forma a assegurar a atenção no meio sociocultural do portador de transtorno mental e reconstruir sua cidadania e poder de trocas sociais, tomando como foco do movimento e dos debates do setor com a sociedade a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares.

No início da década de 1990, realiza-se a Conferência Regional de Caracas, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde, da qual resulta a Declaração de Caracas, que se configura num marco fundamental para embasar as iniciativas de reestruturação da atenção em saúde mental no continente. A Conferência de Caracas estabelece como eixo de reestruturação da assistência psiquiátrica a estratégia da atenção primária de saúde no quadro dos sistemas locais de saúde, como forma de viabilizar modelos de atenção centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, garantindo os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, criando um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica.

Esse período reflete as profundas mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade e nas formas de organização e gestão do trabalho, das quais são frutos as transformações

¹⁴ Um dos aspectos centrais é a desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico, compreendendo que ela não busca somente o fechamento do hospital psiquiátrico e sim algo mais complexo, que diz respeito à negação do mandato que as sociedades delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, excluir e anular os sujeitos à margem da 'normalidade social'. A característica maior desta luta é pela construção de uma outra relação com o louco, que o considere como sujeito portador de direitos e não somente como 'doente'.

sócio-históricas recentes, em que o modelo neoliberal é introduzido no país por meio da abertura da economia brasileira, das privatizações e das medidas de desregulamentação estatal. Entretanto, as dificuldades impostas por esta conjuntura não impediram o avanço dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica de persistir na sua luta.

Na saúde mental, uma das frentes de lutas do Movimento Antimanicomial foi o campo jurídico-legislativo. Uma de suas primeiras expressões foi o Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal mineiro Paulo Delgado, que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares. Enquanto essa lei não era aprovada, os integrantes do movimento criaram estratégias para a aprovação de projetos de lei municipais e estaduais que permitissem a viabilização da proposta contida neste projeto. Assim, no período de 1991 a 1995, foram verificadas mudanças significativas no campo da política de saúde mental no Brasil, avançando na perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e na criação e regulamentação de portarias relativas à implementação da rede de serviços substitutivos. Destacaram-se a Portaria nº 189/1991, que amplia e estabelece a normatização e o financiamento governamental para novos serviços de saúde mental, comunitários e substitutivos e a Portaria nº 224/92, que estabelece algumas normas com relação aos cuidados com os pacientes internados, regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Hospitais-Dia e o atendimento ambulatorial, entre outros. Prevê ainda serviços de urgência psiquiátricos em Hospital Geral, com internações de até 72 horas, e em Prontos-Socorros Gerais, funcionando 24 horas por dia. Essa portaria insiste em que o atendimento deve ser feito por equipe multiprofissional e que os pacientes devem contar com espaços para lazer, educação física e atividades socio-terápicas.

No ano de 1993, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica¹⁵, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, que, no decorrer dos anos, elaborou propostas para viabilização da Reforma Psiquiátrica, culminando, em 1995, com a aprovação do Programa de Apoio à Desospitalização - PAD. Esse programa, que seria gerenciado pelas Secretarias Municipais de Saúde, pretendia voltar-se para a população moradora dos hospitais psiquiátricos, com mais de cinco anos de hospitalização, mas sem necessidade de tratamento em regime de internação integral e sem vínculos familiares. Tinha por objetivo organizar e manter uma infra-estrutura de cuidados assistenciais que permitisse o retorno do paciente ao convívio social.

No ano de 1994, destaca-se a Portaria nº 145, que estabelece a criação de um subsistema de supervisão, controle e avaliação na assistência em saúde mental nos três níveis de governo. O seu objetivo é acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviço do SUS, a correta aplicação das normas em vigor. Em agosto do mesmo ano, outra Portaria de destaque foi a de nº 147, que regulamenta o projeto terapêutico de cada instituição. Ela determina que os serviços de saúde mental devem oferecer atividades diversificadas, que atenda às necessidades de cada paciente, sejam elas: avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual e grupal; abordagem à família; preparação para a alta hospitalar etc.

No ano de 1995, a presidência é assumida por Fernando Henrique Cardoso, que assume o poder dando continuidade à política econômica neoliberal, cumprida rigidamente pela cartilha de reformas estabelecidas pelo “Consenso de Washington¹⁶”, que prevê a estabilidade econômica, a privatização das estatais, a contenção de gastos na área social etc.,

¹⁵ A partir de 1999, esta comissão foi substituída pela Comissão Nacional de Saúde Mental, com o mesmo objetivo, tendo sido uma das responsáveis pelo processo de construção da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001.

¹⁶ Conjunto de medidas/reformas a serem tomadas no campo da economia, que tinham por base o receituário neoliberal, que deveria ser seguido pelos países emergentes na década de 1990.

ampliando o desemprego, a concentração de renda, as desigualdades sociais, enfim, favorecendo as relações econômicas em detrimento da garantia dos direitos conquistados. Mesmo assim, a luta para manter as conquistas na área da saúde mental prosseguiram e, em 1995, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial realiza o II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em Belo Horizonte – MG, com o tema “exclusão e cidadania”, em meio a várias críticas dos opositores da reforma psiquiátrica (empresários donos de hospitais psiquiátricos e defensores do modelo manicomial e da indústria farmacêutica).

De 2 a 6 de setembro de 1996, realiza-se a X Conferência Nacional de Saúde com o tema “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Suas deliberações reafirmaram as diretrizes da Constituição de 1988 e o SUS como política nacional, destacando o princípio da municipalização. Condenam as políticas governamentais orientadas pelos princípios neoliberais de redução do Estado, marcadas por um discurso que destaca o excesso do tamanho, bem como a ineficiência da máquina, defesa da privatização ou terceirização, reforma administrativa, previdenciária e da Seguridade Social, penalizando os direitos sociais. Ainda durante a Conferência, foi exigido do governo o redirecionamento das políticas econômicas, voltado para o combate às desigualdades sociais, distribuição de renda e expansão do emprego [...] Incorporando a saúde mental nas ações de atenção integral à saúde mental, defende-se a assistência em unidades de saúde e em novos serviços (CAPS, NAPS, Pensões protegidas, Centros de Convivência, Lares Abrigados e similares). Delibera-se pela “substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Serviços de Atenção Integral à Saúde Mental até o ano 2000” (Ministério da Saúde) (ROSA, 2003).

Em novembro de 1997, foi realizado o III Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em Porto Alegre –MG, com o tema “Por uma sociedade sem exclusões”. Naquela ocasião o movimento reafirmou a necessidade de uma mudança que extrapole o

âmbito da psiquiatria, buscando desinstitucionalizar as relações sociais da sociedade em geral, reconhecendo, para isso, a necessidade de articulação com outros movimentos sociais.

Por intermédio de negociações entre o Movimento de Luta Antimanicomial e a Federação Brasileira de Hospitais, no dia 21 de janeiro de 1999, é aprovado, no Senado Federal, o projeto de Lei Sebastião Rocha, em substituição ao projeto de lei da reforma psiquiátrica. Esse projeto trouxe como pontos polêmicos os artigos 4º e 5º, por deixarem sem definição o papel dos hospitais psiquiátricos e, assim, possibilitarem a sua manutenção como um recurso assistencial. Portanto, o movimento antimanicomial vai de encontro a ele, pois luta pela permanência de apenas um modelo assistencial, de base comunitária e aberto (ROSA, 2003).

Dando continuidade à reestruturação do modelo assistencial, em fevereiro de 2000 foi promulgada a Portaria 106, que estabelece a criação de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, em substituição à internação psiquiátrica prolongada, tendo como objetivos: garantir a assistência aos que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares, e promover a reinserção destes na vida comunitária.

Depois de 12 anos de tramitação no Congresso, sofrendo uma forte resistência cultural em função da concepção dominante que perpassa a saúde mental, que tem em sua base o modelo hospitalocêntrico, e indo de encontro aos interesses do setor privado, em abril de 2001 foi finalmente aprovada a Lei nº 10.216, que leva o nome de seu autor, Paulo Delgado. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, constituindo o carro-chefe da reforma psiquiátrica, subsidiando ações que de fato impulsionem o andamento da reforma no país.

A Lei nº 10.216, em seu artigo 1º, estabelece os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, “que são assegurados sem qualquer forma de discriminação

quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução do seu transtorno”. E no parágrafo único do artigo 2º enumera os direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis; IX – ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL,2001).

Outros dois artigos desta mesma lei são importantes: os artigos 4º (que põe em destaque um dos aspectos centrais da Luta Antimanicomial, a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais) e 6º, que discrimina acerca das internações.

Destaquemos:

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do Art. 2º.

Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (BRASIL, 2001).

Após a aprovação dessa Lei, a preocupação passa a ser sua regulamentação, afinal, é preciso ultrapassar o plano formal e pôr em prática as mudanças no atendimento à saúde mental tomando por base a construção de novos serviços e concepções acerca da atenção ao portador de transtornos mentais, tão cara a todos os movimentos sociais, familiares, profissionais e principalmente usuários da saúde mental. Com esse intuito, em novembro de 2001 foi realizado, em Brasília, o Seminário Nacional de Direito à Saúde Mental. Esse encontro contou com a participação de juristas, representantes do governo federal, representantes de profissionais, familiares e usuários, que formularam propostas concretas para o controle das internações involuntárias, visando impedir o confinamento e garantir o respeito aos direitos humanos do portador de transtornos mentais.

Em janeiro de 2002, foi aprovada a Portaria nº 251, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar, reclassificando os hospitais psiquiátricos e estruturando a porta de entrada para as internações. Um outro aspecto importante que esta portaria ressalta é o controle social, considerando a participação social como uma das diretrizes da assistência psiquiátrica no SUS.

No cerne da reforma psiquiátrica, que consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado do portador de transtorno mental para fora do hospital, em direção à comunidade, em articulação a uma rede básica de saúde e demais instituições (escolas, igrejas etc) comunitárias que façam parte do convívio deste usuário, destaca-se um dos novos dispositivos institucionais deste movimento: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), presentes na atual política de saúde mental desenvolvida no país.

O Caps é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também

crianças e adolescentes com transtornos mentais¹⁷, e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo das internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Esse novo modelo de atendimento em saúde mental, que põe a necessidade de articulação entre os usuários e a comunidade, traz em seu cerne uma nova concepção no lidar com a saúde mental, dando ênfase em novos elementos a serem destacados no dia-a-dia desses serviços. Um dos termos bastante utilizados diz respeito à “reabilitação psicossocial” e/ou “inclusão social”.

Segundo PITTA (2001),

Fala-se em Reabilitação Psicossocial há no máximo quatro décadas, no entanto, muitos são os usos que têm sido feitos em seu nome. (...) No seu sentido instrumental a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes. Numa definição clássica da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, seria “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade ... o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado”.

Ainda sobre o significado de “Reabilitação Psicossocial”, BERTOLOTE (2001) compreende que:

¹⁷ Os Caps voltados para o atendimento de usuários de álcool e drogas são denominados Capsad e os Caps voltados para o atendimento de crianças e adolescentes são denominados Capsi.

...Reabilitação Psicossocial não se refere exclusivamente, nem principalmente às pessoas que, por qualquer crença ideológica que tenhamos, se convertam em doentes mentais. As pessoas em função de transtornos mentais ou transtornos físicos, transtornos sociais ou transtornos sensoriais, são degradadas na escala social, perdem vantagens, perdem privilégios e o processo de Reabilitação Psicossocial, como nós entendemos, é a restituição plena de direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem.

Assim, entendemos que a lógica do atendimento desenvolvido no Caps extrapola a identificação de determinadas doenças e busca de um tratamento em si mesmo, sendo necessária a realização de um trabalho e uma compreensão ampla dos aspectos diretamente relacionados ao usuário, sujeito de direitos, à família, sua inserção na sociedade e sua articulação com os demais recursos sociais que possibilitem desenvolver uma verdadeira parceria junto ao portador de transtornos mentais.

O instrumento normativo oficial do Ministério da Saúde que implantou pela primeira vez o Caps foi a Portaria nº 189 de 19/9/91, seguida da Portaria nº 224/02. Atualmente, os Caps e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país (NAPS -Núcleos de Atenção Psicossocial, CERSAMs – Centros de Referência em Saúde Mental, e outros) são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos Caps, cuja classificação e credenciamento passam a ter como critérios: a população do município (Caps I – entre 20.000 e 70.000 hab; Caps II – com ou sem 3º turno, para municípios entre 70-200.000 hab. e Caps III, Capsi e Capsad em municípios com mais de 200.000 hab.) e a composição da equipe técnica (Caps I, sem a obrigatoriedade do psiquiatra, substituído pelo generalista treinado e 3 profissionais de nível universitário; Caps II, III e demais, com a presença do psiquiatra e acréscimo de outros profissionais de nível universitário e nível médio).

Os Caps tipo I e II possuem as seguintes características:

a – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial; e – realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria 1077 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria 341 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; f – funcionar no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002b)

O Caps tipo III, além de possuir as mesmas características acima ressaltadas, destaca-se por ser um “serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana, e por estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência e emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica”. Além disso, o Caps III poderá “dar acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação”, sendo que a “permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de trinta dias” (Id., 2002b), características que o diferem dos Caps tipo I e II.

Quanto ao financiamento dos Caps, a Portaria nº 336/02 em seu artigo 7º define que os procedimentos realizados pelos Caps e Naps serão remunerados através do Sistema APAC/SIA (Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade / Sistema de Informações Ambulatoriais), sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC,

previsto no orçamento do Ministério da Saúde. Essa medida possibilitou a ampliação do número de Caps credenciados pelo Ministério da Saúde¹⁸ em todo o país, tendo em vista que as antigas portarias apenas definiam que os Caps deveriam ser financiados pelo BPA- Boletim da Produção Ambulatorial , instrumento ainda em vigor, com recursos do próprio teto municipal e, por conseguinte, com credenciamento a depender de disponibilidade desse teto.

O Ministério da Saúde situa os Caps como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004).

Os Caps funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana, no horário das 8 às 18h¹⁹, e oferecem diferentes tipos de atividades terapêuticas, recursos que vão além do uso de consultas e de medicamentos, destacando-se a psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas²⁰, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação, acompanhamento, atendimento domiciliar e aos familiares, assembléias ou reuniões de organização do serviço, atividades esportivas, atividades de suporte social, visitas domiciliares, dentre outras. Dessa forma, o Caps pode articular cuidado clínico e programas

¹⁸ Dados do Ministério da Saúde informam que até o mês de julho/06 a rede pública de atenção à saúde mental contava com 882 Caps cadastrados. Fonte: www.inverso.org.br, acesso em 30/8/06.

¹⁹ Alguns Caps, tipo: Caps II, Capsi e Capsad podem ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. Os Caps III funcionam diariamente 24 horas, também nos feriados e fins de semana.

²⁰ É uma das principais formas de tratamento oferecido nos Caps. São atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, definidas através do interesse dos usuários e das necessidades; em geral são oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização.

de reabilitação psicossocial através de projetos terapêuticos que contribuam para a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida.

Os profissionais que trabalham nos Caps possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos Caps) e de nível médio (técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos), contando ainda com equipes de limpeza e cozinha. As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos²¹, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos Caps depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado pela equipe, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o Caps não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa. Para isso, é importante lembrar que

²¹ Conjunto de atendimentos que respeita a particularidade de cada usuário, personalizando o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e propondo atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.

o Caps precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um *continuum* de cuidados. É importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território²² reconstruído e ressignificado (BRASIL, 2004).

O trabalho do Caps, consequência do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, que inspirou os atuais cuidados em saúde mental ultrapassa uma mera técnica terapêutica, pois esse cuidado inclui ações de natureza política, objetivando a mudança de preconceitos, invenção de novas técnicas para conceber e implantar novos serviços, além da organização de uma rede variada de serviços e de ações no sistema de saúde, de informação e mudanças na cultura da população. Além disso, esse serviço transpira ações de humanismo, priorizando a relação ética à técnica pura e tradicional da medicina, em atendimento ao ideário da Reforma, coincidente com os ideais de igualdade, liberdade e fraternidade da Revolução Francesa, inspiradores da democracia entre os povos. Destacamos ainda que este serviço agrega, em suas ações, as novas conquistas sobre os direitos humanos, do final da década do século passado, de inclusão social das minorias, em particular do paciente psiquiátrico, simbolizada na bandeira da não-exclusão, reconquista de sua cidadania. Esse contexto ideológico-político-técnico obrigou à releitura e retomada de princípios e bases teóricas para as atividades da área, fazendo com que se priorizem a ética, as necessidades e direitos individuais e civis na relação com os usuários e familiares, em detrimento da relação técnica tradicional detentora de um conjunto de prescrições universalizadoras e padronizações prévias da singularidade das pessoas ou sujeitos, *a priori* objetivantes e reducionistas. Também levou a uma referência

²² O conceito de território é fortemente presente no estabelecimento deste novo modelo de atendimento em saúde mental. Ele não é tomado apenas como uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, vizinhos, família, instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho etc.).

do usuário como possuidor de direitos iguais aos de qualquer cidadão, o que lhe permite conhecer os cuidados e procedimentos que lhe são dispensados, inclusive os medicamentos, seus efeitos benéficos e indesejáveis; sendo assim, estará apto a decidir, juntamente com seus familiares e responsáveis a aceitação ou não desse cuidado (RABELO et al, 2005).

Outro grande destaque que configura progresso no encaminhamento da reforma psiquiátrica foi a aprovação, em julho de 2003, da Lei 10.708, instituindo o programa De Volta Para Casa, que prevê assistência, acompanhamento e integração social de pessoas com transtornos mentais que estiveram internadas por mais de dois anos.

Outra iniciativa do atual governo diz respeito à Portaria Interministerial Nº 353, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, formado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, visando, dentre outras medidas, propor mecanismos de apoio financeiro para experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental.

Não podemos negar que grandes conquistas vêm sendo alcançadas na trajetória que o movimento de reforma psiquiátrica vem percorrendo. Vários líderes desse processo de reforma e da Luta Antimanicomial encontram-se nos espaços de atuação da política de saúde mental no atual governo, procurando garantir os princípios da reforma, entretanto, devemos reconhecer que ainda é preciso trilhar um longo caminho. Nos fins dos anos 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo a desvalorização do trabalho humano, a falta de solidariedade para com os que se encontram à margem do processo social, o desmonte das políticas sociais etc., numa conjuntura de não-democratização, o movimento de reforma psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental.

A Política Nacional de Saúde Mental no governo Luiz Inácio Lula da Silva é composta por muitas forças políticas que tem como base o apoio à reforma sanitária e à reforma psiquiátrica, cujos objetivos expressam-se neste sentido.

O Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (Fonte: portal.saude.gov.br).

No entanto, a crise do Estado e das políticas sociais tem influência direta decorrente do nível da sociedade, das organizações institucionais e das práticas cotidianas. Com base no projeto neoliberal o atual governo faz contenção de gastos na área da saúde pública com a racionalização dos serviços, implicando uma diminuição da oferta do atendimento, a passagem da responsabilidade para o setor privado, que objetiva principalmente o lucro, a descentralização da saúde com isenção de compromisso, o atendimento às camadas pauperizadas através de serviços mínimos e assistência apenas básica, essencial.

O impacto do neoliberalismo no Brasil, no tocante às políticas sociais, tem sido o desmonte da assistência pública nas áreas de saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área da Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo reduz o orçamento governamental destinado à ampliação do novo modelo assistencial em saúde mental, incentivando a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do

tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. Podemos também citar o aumento dos problemas psíquicos, decorrentes das situações cada vez mais degradantes de vida, que terminam por abalar toda estrutura social e psicológica, gerando neuroses e demais problemas.

A conjuntura de crise na área da saúde em geral e as opções políticas do governo federal, que primam por uma orientação neoliberal e pela primazia do Estado Mínimo, refletem diretamente na condução da Reforma Psiquiátrica. Assim, alguns aspectos tornam-se relevantes no debate atual da Reforma Psiquiátrica. O primeiro deles diz respeito a uma distribuição proporcional na difusão do novo modelo substitutivo nas diferentes regiões do país, ressaltando a importância das condições efetivas de funcionamento dessas instituições em termos de equipe mínima, capacitação de recursos humanos, recursos materiais, espaço físico disponível etc., sendo necessário primar pela qualidade dos serviços construídos e dos recursos a eles destinados. Um segundo aspecto importante a ser destacado é que a mudança no modelo de assistência em saúde mental não anula a “cultura manicomial” fortemente arraigada na concepção de sujeito, tratamento etc., que perpassam as diferentes práticas profissionais. É preciso refletir sobre a nova cultura trazida com o movimento da reforma psiquiátrica, pois se corre o risco de reproduzir as antigas concepções nos novos serviços substitutivos, transformando-os em pequenos manicômios.

A luta pela reforma psiquiátrica implica progressos e retrocessos, e não podemos esquecer que a política de saúde mental não está dissociada de toda uma conjuntura política e estrutura econômica que privilegia uma política econômica neoliberal em detrimento do acesso aos direitos sociais duramente conquistados e tão pouco respeitados. Assim, torna-se cada vez mais necessário compreender os rumos tomados pela reforma psiquiátrica para poder identificar os obstáculos rumo à sua plena e efetiva realização.

Não podemos esquecer que a realidade social dos portadores de transtorno mental não é diferente da realidade socioeconômica da grande maioria da população brasileira, que sofre com desemprego, falta de acesso à educação, saúde, moradia, é vítima do preconceito e da indiferença. Portanto, não podemos deixar de construir alianças com os demais movimentos sociais na luta constante pela construção da cidadania dos portadores de transtornos mentais e pela garantia e efetivação dos direitos da população.

5.2 Demandas profissionais para o serviço social nos centros de atenção psicossocial (Caps)

O contexto de luta pelos direitos sociais, ampliação e consolidação da cidadania, acesso igualitário, melhores condições de vida, respeito às diferenças etc., que estão na base do movimento pela reforma psiquiátrica, se coaduna com as idéias defendidas por um projeto de sociedade posto por uma das profissões presentes no dia-a-dia da realidade da saúde mental, o Serviço Social.

A presença dos assistentes sociais se faz marcante nos dois modelos atuais de atendimento em saúde mental. Em pesquisa realizada acerca da atuação do Serviço Social nas instituições de saúde mental em Alagoas (MELO et al, 2002), os dados evidenciaram que a maioria das inserções desse profissional na saúde mental se deu nas décadas de 1970 e 1990, períodos que representam a expansão dos serviços oferecidos pelos dois modelos de atendimento em saúde mental. Quanto ao primeiro modelo, de base hospitalocêntrica, a pesquisa encontrou assistentes sociais atuando em hospitais na capital (num total de quatro, sendo um de natureza pública e os demais de natureza privada) e no interior (um hospital de natureza privada). Quanto ao segundo modelo, representado pelos Caps, a incorporação dos

assistentes sociais se faz presente desde a década de 1990, antes mesmo das regulamentações que definem a equipe técnica desses serviços. Os primeiros Caps presentes no Estado de Alagoas foram implantados em Maceió e posteriormente em Arapiraca e Palmeira dos Índios. Alguns dados importantes identificados por esta pesquisa dizem respeito às atribuições profissionais, objetivo profissional e condições de trabalho. Sobre as atribuições dos assistentes sociais nas instituições de saúde mental em Alagoas, os dados revelaram que a orientação social a indivíduos; orientação social às famílias; orientação social a grupos; triagem e seleção de usuários; acompanhamento social a grupos; encaminhamento de providências a indivíduos, a grupos e à população, e orientação a indivíduos e grupos para identificação e utilização de recursos sociais na defesa de seus direitos (benefícios, serviços e recursos) são as que mais se destacam na saúde mental. Em relação ao seu objetivo profissional, 58,33% das respostas disseram ser: recuperar, ressocializar e reintegrar. Quanto às condições de trabalho, foram destacadas as dificuldades na disponibilização de recursos e de transporte. Esses dados revelam a presença de algumas demandas históricas postas ao Serviço Social ao longo de sua história, como o trabalho junto às famílias, a viabilização de recursos sociais, triagem e orientação.

A portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 discrimina que nos recursos humanos voltados para o atendimento nos serviços substitutivos (Caps I, Caps II, Caps III, Capsi e Caps ad), as equipes deverão ser compostas por médico, enfermeiro e quatro outros profissionais de nível superior (podendo ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto), dentre os quais cita o assistente social.

Na proposta da reforma psiquiátrica e na implantação dos Caps dá-se um progressivo deslocamento do centro do cuidado do portador de transtorno mental para fora do hospital, em direção à comunidade, em articulação com uma rede básica de saúde e demais instituições

comunitárias (escolas, igrejas etc.) que façam parte do convívio deste usuário. Isto vai repercutir no mercado de trabalho do Serviço Social na Saúde Mental. Estes serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação e têm permitido um aumento de contratações desse profissional similar ao produzido nos anos 1970 pelas resoluções do INPS.

O aumento do número de assistentes sociais na Saúde Mental nos anos 1990 também está relacionado à expansão de práticas de saúde pautadas nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, trazendo avanços democráticos na área da saúde expressos na Constituição Brasileira de 1988, que postulou a criação do Sistema Único de Saúde. Este determina a universalidade da assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais. Entretanto, cabe-nos também destacar que não podemos esquecer que este modelo de saúde se encontra tensionado pelo projeto privatista atual de saúde, que, inserido no contexto das políticas neoliberais, “sufoca” as equipes de saúde, pois ampliam-se as demandas por atendimento nos serviços e não se amplia na mesma proporção o quadro da equipe para atendê-las, sobrecarregando os serviços e oferecendo atendimentos de baixa qualidade, realidade esta presente nos serviços de saúde como um todo.

A forma de compreensão e defesa das idéias do movimento da reforma psiquiátrica expressa nas concepções que dão ênfase à dimensão social e política dos problemas mentais contribui para uma articulação direta junto ao Serviço Social, possibilitando uma direção emancipadora tanto para o campo da saúde mental quanto para o Serviço Social. Segundo BISNETO (2001), o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem pontos que tocam o momento atual do Serviço Social, destacando-se:

O debate em torno da transformação das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social; a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários.

O Serviço Social tem uma grande contribuição a dar com a sua inserção nos novos serviços de saúde mental, e de forma especial aqui nos referimos aos serviços substitutivos, dentre os quais ressaltamos os Caps. A partir da pesquisa documental e bibliográfica sobre os Caps, foi possível destacar e analisar as possibilidades de ampliação do reconhecimento das demandas colocadas pela política de saúde mental aos profissionais de Serviço Social, com o novo modelo de atenção baseado na reforma psiquiátrica.

O objetivo dos Caps, que é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, se coloca como espaço aberto de atuação para o Serviço Social, tendo em vista o papel histórico-político que a profissão tem desenvolvido através da elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas sociais voltadas para a garantia do atendimento às necessidades sociais da classe trabalhadora.

Esses serviços possuem fortes características que se expressam através de demandas sobre as quais se coloca a necessidade da contribuição do Serviço Social, dentre as quais podemos destacar: a articulação junto à família, comunidade e instituições (escolas, trabalho etc.) nos aspectos sociais e políticos relacionados aos usuários; atividades de suporte social, que vão desde a articulação com a rede de saúde e demais políticas sociais (educação, habitação, lazer, esporte e cultura, trabalho etc.) até o desenvolvimento de projetos de inserção no trabalho, alfabetização, concessão de benefícios e encaminhamentos para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis; formação de associações

de usuários e/ou familiares, conselhos gestores, dentre outros, que proporcionem discussões acerca das condições de vida e saúde dos usuários e viabilizem ações que possibilitem sua superação etc.

Continuando a investigação sobre as demandas para o Serviço Social nos novos serviços de atenção em saúde mental, realizamos uma pesquisa empírica nos três Caps implantados em Maceió-AL até 2005: Caps Noracy Pedrosa, Caps Sadir Feitosa de Carvalho e Capsi²³ Dr. Luiz da Rocha Cerqueira. A escolha dessas instituições para a realização da pesquisa tomou como critério a consolidação destas no cenário dos serviços substitutivos representativos da reforma psiquiátrica no atual contexto da política de saúde mental no município, bem como a presença de assistentes sociais na equipe técnica. O Caps Noracy Pedrosa foi o primeiro a ser implantado no Estado, no ano de 1997, e possui duas assistentes sociais atuando na equipe. O Caps Sadir de Carvalho e o Capsi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira foram implantados em 1998 e contam, ambos, com duas assistentes sociais atuando junto à equipe técnica do serviço.

A pesquisa utilizou como instrumento de coleta de dados empíricos a realização de entrevistas semi-estruturadas com cinco assistentes sociais que atuam nessas instituições; cada Caps possui duas assistentes sociais em seu corpo técnico, no entanto, durante a realização das entrevistas executamos apenas cinco, pois uma dessas assistentes sociais encontrava-se afastada do trabalho por motivo de férias, assim, no Caps Sadir Feitosa de Carvalho entrevistamos uma assistente social, no Caps Noracy Pedrosa entrevistamos duas assistentes sociais e no Capsi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira também entrevistamos duas assistentes sociais.

²³ Centro de Atenção Psicossocial Infantil, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes em idade até 17 anos e meio, com transtornos mentais.

Essas entrevistas foram previamente marcadas e realizadas (no mês de fevereiro de 2006) de forma individualizada com cada assistente social em seu local de trabalho, contendo vinte perguntas que foram divididas em três blocos (ver anexo): I – A problemática geral dos transtornos mentais, II – Aspectos gerais da instituição e III - O Serviço Social nos Caps, através das quais procuramos identificar e investigar indicadores relacionados aos principais aspectos que configuram demandas para os assistentes sociais ao longo da política de saúde mental, procurando entender qual a visão das assistentes sociais sobre os fatores internos e externos que interferem na condução da política de saúde mental no município, bem como qual a relação entre esses fatores e as demandas postas aos assistentes sociais nos Caps, além de apreender as principais atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais na instituição. Ao longo da realização das entrevistas os dados puderam ser coletados a partir do uso de gravador e de anotações acerca das principais afirmações.

Realizada esta etapa de coleta de dados, transcrevemos na íntegra as respostas dadas por cada assistente social entrevistada, e em seguida agrupamos em cada uma das questões perguntadas as cinco respostas dadas pelas entrevistadas. Após este procedimento, fizemos um levantamento das temáticas mais relevantes em cada grupo de perguntas e identificamos as falas mais significativas sobre cada temática. Finalizamos interpretando cada temática a partir das referências teóricas fundamentadoras da pesquisa.

Nossa análise versará sobre as demandas postas aos assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial no município de Maceió, a partir dos diferentes elementos que compõem essas demandas, além de como eles se expressam no dia-a-dia desses profissionais. Poderíamos aqui situar a análise em vários níveis (a partir de cada pergunta, a partir dos diferentes blocos, enfim), entretanto, escolhemos trabalhar num plano mais geral, situando como ponto de partida as principais categorias identificadas a partir dos dados empíricos da pesquisa de campo, expressos através da fala dos entrevistados.

Uma das principais categorias surgidas a partir dos dados empíricos postos pela realização da pesquisa de campo foi a *ressocialização, a reintegração e a inserção social*; elas apareceram, com bastante frequência, inseridas nas respostas no contexto da realização de diferentes perguntas, vejamos:

“Um dos principais objetivos é inserir essas crianças na escola. Inserção da criança e adolescentes na sociedade”. (Qual o papel de um Caps?)

“Contribui para a ressocialização, mudar a visão da sociedade do que seja o louco, melhorar e evitar as crises”. (Qual o papel de um Caps?)

“ A sociedade tem medo, nojo (...) antes, quando não existia esse serviço, a visão da loucura era outra. Achava que ele não tinha condição de se relacionar com a sociedade, mas ele tem sim, só que a sociedade tem que vê-lo de outra forma e os Caps contribuem para isso, para essa ressocialização (...) muitos profissionais têm medo da agressão, os Caps ajudam para que o usuário evite entrar em crise, dificilmente ele vai ter uma crise se tiver medicamento e acompanhamento da equipe e da família”.
(Qual o papel de um Caps?)

“Reintegração social, reintegração do indivíduo à sociedade, com a família, mostrando que ele tem capacidade”. (Qual o papel de um Caps?)

“Buscando atender da melhor forma e inserir o usuário no serviço, se não for aqui, em algum outro, inserir na sociedade”.
(Como os assistentes sociais respondem a essas demandas?)

“Contribuir para a ressocialização, para o resgate da cidadania, inclusão social”. (Qual o papel do Serviço Social na instituição?)

“Ressocialização”.
(Em que a ação do Serviço Social contribui para o serviço e para a vida do usuário?)

“Aproveitamos as oportunidades para divulgar o serviço e mostrar que os portadores de transtornos mentais não são bichos, através de eventos como blocos de carnaval, Artnor, São João na comunidade, visando a reinserção social”.
(O Serviço Social articula sua prática com outras instituições e/ou outras políticas públicas?)

“Sim, nós estamos ressocializando esse usuário que é marginalizado, rejeitado (...) mostrar que ele é um ser social”.
(A proposta do Serviço Social na instituição se relaciona com as idéias do movimento de reforma psiquiátrica?)

A reinserção social é uma demanda que sempre se colocou para o Serviço Social na Saúde Mental, em decorrência do forte componente social que se faz presente desde o início da problemática da loucura, posta sempre à margem da sociedade, gerando necessidade de reconhecimento e intervenção.

O cenário em que ela é posta e a forma de compreensão do que seja essa reinserção são a grande diferença que se configura ao longo dos períodos históricos. Inicialmente (década de 1940), o assistente social era requisitado para adequar o cliente à instituição, à escola, à família, num cenário de reajustamento ao modelo de sociedade que se fazia presente. Posteriormente, já na década de 1960, sua ação se desenvolvia e era ampliada para dar respostas institucionais ao agravamento das condições de saúde da classe trabalhadora num contexto de adequação do trabalhador e de sua família para o trabalho. No atual cenário, configurado pelas experiências da reforma psiquiátrica, da qual destacamos o atendimento nos Caps, esta reinserção dá-se levando em conta novos elementos.

A Política Nacional de Saúde Mental, regulamentada pela Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegura, dentre vários outros direitos, que a pessoa portadora de transtorno mental deve: “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”; assim, ela amplia o leque de compreensão desta inserção, considerando que esta deve ser realizada pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Essa ampliação no sentido da inserção social posta pela atual política, numa perspectiva de garantia de direitos e reconhecimento dos portadores de transtornos mentais como sujeito de direitos, possibilita aos assistentes sociais o desenvolvimento de várias ações

postas a partir das variadas frentes (família, trabalho, comunidade, associações etc.) nas quais se expressam as demandas.

Os dados revelam que há uma preocupação dos assistentes sociais com a inserção social, a ressocialização e a reintegração dos portadores de transtornos mentais, seja através da escola e das atividades na comunidade, seja na família e na sociedade em geral, indo ao encontro do que preconiza a política de saúde mental. Entretanto, essa compreensão deve se efetivar em ações profissionais que busquem atender a essas demandas.

A compreensão que o assistente social tem acerca da inserção social pode contribuir ou não na ampliação de seus espaços de realização, por exemplo, temos verificado que a inserção do portador de transtorno mental junto à família tem sido o grande foco de atuação desse profissional, desenvolvendo-se através de orientações sociais, encaminhamentos, esclarecimentos acerca do desenvolvimento do usuário no seu projeto terapêutico etc. Essas ações são fundamentais na articulação usuário/família, no entanto, não se pode esquecer das demais instâncias nas quais se insere este usuário e sua família, sendo preciso desenvolver e fortalecer ações que contribuam em sua articulação junto à comunidade, no acesso à escola, ao trabalho, no incentivo à participação social, na viabilização de ações que colaborem para a superação do preconceito e reconhecimento desse usuário como capaz de conviver e se desenvolver em sociedade, construindo novas possibilidades junto à sociedade.

Se por um lado reconhecemos que a preocupação com a inserção social, ressocialização e reintegração do portador de transtorno mental se configura numa demanda legítima para o Serviço Social, por outro lado não podemos deixar de ressaltar a influência do contexto econômico, social e político sobre a sua realização. Como inserir esse usuário numa sociedade totalmente excludente? Será que o reconhecimento dos espaços e ações que possibilitam essa inserção tem sido efetivado no cotidiano dos Caps?

No cotidiano do desenvolvimento dos serviços nessas instituições os profissionais deparam-se com um perfil populacional caracterizado por desemprego, subemprego, analfabetismo, condições precárias de moradia, saúde, alimentação e dificuldade de acesso a recursos sociais (aposentadorias, transporte gratuito, medicação) etc. Essas condições expressam toda a fragilidade no acesso ao trabalho e proteção social desse usuário e de sua família, inerente ao conjunto da classe trabalhadora que sofre os reflexos da precarização do trabalho e da falta de condições dignas de vida, fruto dos efeitos das desigualdades próprias da relação capital x trabalho na sociedade capitalista.

No dia-a-dia de trabalho dos assistentes sociais, estes têm procurado viabilizar ações que contribuam no acesso aos recursos sociais para os usuários e familiares. Um exemplo marcante é a viabilização de documentos e encaminhamentos para aposentadorias e demais benefícios (bolsa família, no caso dos usuários do Capsi), cujo acesso muitas vezes representa a única fonte de renda da família, bem como o acesso à carteira de transporte gratuito, viabilizando assim a ida desse usuário e de seus familiares ao serviço.

O incentivo à criação de oficinas de geração de renda que possibilitem a inserção desses usuários e familiares no mercado de trabalho tem sido preconizado pela política de saúde mental, entretanto, não verificamos o desenvolvimento de ações efetivas nesses serviços pela totalidade das instituições visitadas.

A construção de uma rede de atendimento que efetivamente garanta os direitos sociais dos usuários através da viabilização do acesso ao conjunto das políticas sociais constitui-se num elemento de inserção social. E diante da necessidade de operacionalização de ações institucionais e profissionais que atendam às determinações sociais postas pela atual política, a realização da pesquisa nos possibilitou identificar uma outra categoria presente nas demandas postas aos assistentes sociais, *a relação do trabalho do assistente social com a rede de atendimento*.

Para que possamos compreender a relação do trabalho do assistente social com a rede de atendimento é necessário situar o Caps dentro de um contexto mais amplo do espaço em que este se encontra. A atual política de saúde mental preconiza que os Caps deverão assumir um papel estratégico na articulação e na formação dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

Entretanto, compreendemos que a efetivação da reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental encontra-se permeada por uma série de limites postos pelo atual cenário econômico, político e social, contexto esse que não podemos deixar passar despercebido, tendo em vista sua influência direta nos avanços e retrocessos dos direitos sociais, que esbarram nas políticas neoliberais que restringem e dificultam o acesso das pessoas aos direitos assegurados pela legislação.

Os elementos que fazem parte da relação do trabalho do assistente social com a rede de atendimento estão expressos nos dados abaixo.

“Desde a fundação, mais ou menos no ano de 1998 (...) foram muitas dificuldades na construção do Capsi, foi preciso a intervenção do Ministério Público junto à prefeitura para exigir a mudança para um novo local. Passamos um ano estruturando fisicamente a unidade, pois sempre faltava algo (alimento, transporte etc.) que desse condições de funcionamento do serviço. Começamos a atender como ambulatório e só no ano passado começou a funcionar efetivamente. Para isso foi preciso uma grande intervenção do Estado e muita luta”.

(O Serviço Social existe no Caps desde quando? Como se deu a sua construção no serviço?)

“ Eu considero principalmente a ausência das redes e a ausência de reivindicação da população, mas compreendo que essas dificuldades fazem parte do Sistema de Saúde como um todo. (Que fatores dificultam a Política de Saúde Mental no Município?)

“ A Coordenação municipal deveria desenvolver ações mais integradas junto aos Caps. Não tem acompanhamento das ações, só sabe cobrar. Desconhecimento das rotinas do Caps. Falta recurso, capacitação, supervisão. A coordenação deveria supervisionar e não fiscalizar. A coordenação é muito ausente em relação ao serviço. O Caps encaminha solicitações e nunca são atendidas (...) outra questão fundamental é o desrespeito à questão do território e a dificuldade de articular as redes, pois existe uma grande demanda de usuários de outros bairros distantes, inviabilizando a continuidade do tratamento com a comunidade e a identificação das instituições que atendem a determinado território, além da ausência de encaminhamento para os pacientes que recebem alta, dificultando assim a continuidade no seu tratamento”.

(Que fatores dificultam a Política de Saúde Mental no Município?)

“ O Estado não está preocupado com a qualidade do serviço oferecido, pois várias solicitações foram feitas no sentido de adequar as condições físicas às necessidades dos usuários e até agora não obtiveram respostas. Como elementos internos dificultantes: a ausência de capacitação, a falta de recursos materiais em geral e didáticos e a indisponibilidade do transporte, e como fatores externos: a dificuldade na realização de parcerias, dificuldade nos encaminhamentos externos, a deficiência da rede como um todo, a ausência de locais de referência para atender os usuários, dificuldade de vagas para inserir as crianças na escola etc. (...) Não é fácil não! eu já pensei em deixar o serviço, por medo de adoecer, porque sendo o Serviço Social a porta de entrada, muitas vezes eu me sinto impotente diante das dificuldades que exigem respostas imediatas”.

(Que fatores dificultam o trabalho do Serviço Social na instituição?)

“Nós temos um sistema terrível, falho, rede é o que a gente não tem (...) essa é uma das dificuldades para o trabalho do assistente social, porque você busca amizade pra ver se consegue fazer algo pelo usuário, não é o direito do usuário, ele tem o direito, mas não é atendido, respeitado (...) fica difícil de você não fazer uma coisa dessas (...) se ele for comigo ele é atendido (...) você tem que colocar pra ele qual o papel da família, do usuário, do profissional, é esse encaminhamento para que ele tenha uma visão crítica, que ele reivindique, que ele participe dos movimentos sociais, das associações, que ele vá lá, mas o paciente de transtorno psiquiátrico tem mais dificuldade (...) quando nós chegamos aqui tinha alguns vícios (prática do assistente social: preencher, marcar consulta, ficha para ginecologista etc.) e eu não aceitei fazer isso, foram seis meses muito difíceis (...) outros fatores que dificultam é a falta de medicação e de artesão na equipe do Caps”. (Que fatores dificultam o trabalho do Serviço Social na instituição?)

“Ausência de recursos e a falta de uma rede de atendimento e estrutura das políticas públicas, pois existe uma ausência de instituições para onde possam encaminhar os usuários. Também posso considerar a deficiência no transporte e na ausência de divulgação e informações quanto ao serviço; o Caps é pouco sinalizado e desconhecido pela população em geral”.

(Que fatores dificultam o trabalho do Serviço Social na instituição?)

“Ausência de apoio do secretário, a Coordenação Municipal não tem uma visão apropriada do serviço (não compreende as necessidades e quer fazer do jeito deles). A Coordenação Municipal acha que nós pedimos demais (ex.: reparos para atender às necessidades dos usuários – janelas de vidro, transporte sem segurança para crianças); diante dessas dificuldades o Serviço Social vem utilizando como estratégia a documentação e registro dos pedidos e solicitações feitas para a Secretaria. Outro fator que dificulta é quando alguém contraria ou passa por cima das decisões da equipe. Como fator externo, eu considero a própria realidade”.

(Que fatores dificultam o trabalho do Serviço Social na instituição?)

“Falta de comprometimento político das autoridades responsáveis, vontade política; ausência de reivindicação da população para exigir mais qualidade nos serviços”. (Que fatores dificultam a Política de Saúde Mental no Município?)

Os dados evidenciados pela pesquisa refletem acerca de várias dificuldades na construção da rede de atendimento da saúde mental. A ausência de recursos e articulação com as demais instituições que contribuam na ampliação das redes sociais de atendimento às demandas dos usuários são as principais dificuldades abordadas pelas entrevistadas, dificultando assim a realização de ações que favoreçam a inserção social dos portadores de transtornos mentais.

Essas dificuldades influem diretamente nos espaços de atuação do Serviço Social trazendo novas demandas que precisam ser respondidas. Sendo o Serviço Social uma profissão voltada para o atendimento das necessidades sociais fruto da questão social, um dos fortes componentes que esbarra na prática profissional dos assistentes sociais ao longo de sua natureza histórica diz respeito às dificuldades sociais que atingem diretamente seus usuários e as instituições nas quais atuam. Esse profissional constitui a porta-de-entrada pela qual são viabilizadas as demandas por políticas sociais nas instituições, proporcionando o acesso aos serviços, tanto da instituição que atua quanto das demais que compõem a rede, no atendimento ao conjunto de precarizações sociais que sofrem seus usuários. Essa

característica o diferencia das demais profissões, atribuindo ao Serviço Social demandas a que as demais profissões não conseguem responder.

O assistente social nos Caps se depara no seu cotidiano de trabalho com usuários que por trás do transtorno mental encontram-se em precárias condições de vida que refletem diretamente em suas condições de saúde, sendo necessário uma atuação que compreenda as necessidades sociais deste usuário em sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, numa ótica que possibilite a prestação de serviços, tomando como base a noção de direitos. Assim, é preciso ultrapassar o espaço institucional sob o qual atua, articulando-se com outras instituições (Hospitais Gerais, INSS, Secretarias de Educação, Justiça, outras, ONGs, Associações etc.) que atendam às demandas postas pela realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais destes.

Um aspecto bastante ressaltado pelas entrevistadas foi a presença do componente político na efetivação das redes. Não desconsideramos que dentro do espaço público há um forte componente político que permeia as relações institucionais, entretanto, as dificuldades presentes na base da organização para efetivação dos serviços públicos, gratuitos e de qualidade, extrapolam o conceito de “vontade política”. Certamente, reconhecemos a influência das questões “políticas” no espaço público, mas a base sob a qual se concentram as dificuldades no acesso aos recursos e garantia na oferta de serviços de qualidade para todos tem seu fundamento na exploração capitalista, cujas contradições na exploração do capital x trabalho geram condições de desigualdade e acesso aos bens socialmente produzidos, beneficiando uma classe (burguesa) em detrimento daquela que vende sua força de trabalho (classe trabalhadora) por um salário, estando esta última submetida a toda estrutura ideológica, política, social, econômica, que constitui a representação dos interesses burgueses desta sociedade.

Entretanto, apesar deste pano de fundo que se coloca na base das dificuldades para efetivação de serviços de qualidade que atendam às necessidades da população, não podemos esquecer que é dentro deste contexto contraditório expresso através da luta de classes que se abrem as possibilidades para seu enfrentamento. A luta política expressa através dos movimentos organizados da sociedade civil se coloca como ponto de destaque necessário neste enfrentamento. Se a efetivação das redes sociais através dos diversos espaços públicos existentes na sociedade, de inserção social, seja através das diferentes políticas sociais (concessão de benefício previdenciário; acesso à escola etc.) ou de ações comunitárias (datas comemorativas, festas etc.) que possibilitam o acesso dos portadores de transtornos mentais à vida em sociedade não se coloca como canais disponíveis, é preciso entrar em cena a organização social através da mobilização social, que tem como canais efetivos de expressão as associações, os conselhos de políticas, as denúncias junto ao Ministério Público etc., em favor do reconhecimento dos direitos assegurados pela legislação e não postos em prática.

Dentro do contexto institucional dos Caps esta é uma demanda a ser reconhecida e/ou ampliada pelos assistentes sociais, compreendida como recurso necessário que possibilite a legitimação e investimento nas redes sociais como recursos imprescindíveis para a garantia dos direitos do portadores de transtornos mentais.

Não podemos pensar sobre as demandas postas aos assistentes sociais que atuam nos Caps sem fazer referência a um conjunto maior de fatores que estão diretamente articulados à construção e efetivação desses serviços. É preciso compreender o contexto em que se foram construindo os diferentes modelos de atenção à saúde mental (hospitalocêntrico e comunitário/ substitutivo), as diferentes formas de olhar sobre a loucura, a influência direta dos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais, para entender a realidade que vivemos e pensar o futuro que desejamos. Os dados abaixo revelam essa estreita relação entre os

diferentes aspectos que se relacionam com a loucura, dentre os quais destaca-se o que chamamos de *aspectos sociais da loucura*. Sobre isso as assistentes sociais opinam:

“ Eu poderia definir de uma forma objetiva como ausência de saúde na área mental (...) tem questões orgânicas, patológicas e questões sociais. Algumas pessoas chegam a um nível de *stress* tão grande que acabam surtando por conta de questões sociais, e no Caps muitas vezes a gente termina usando como critério para absorver ou dar alta a um paciente a questão social, e ela isoladamente não é motivo para se manter um paciente em Caps”. (O que você entende por loucura/transtorno mental?)

“O fator social pode contribuir para a coisa acontecer, mas o transtorno já existe, ele é patológico, algumas situações desencadeiam, mas é uma patologia, a doença tá ali, ela precisa de um fator (social) para aparecer”. (O que você entende por loucura/transtorno mental?)

“A questão social é um fator predominante na vida do usuário. Quando eu trabalhava no Caps com adultos eu via o exemplo de vários usuários que surtavam quando sabiam que ia ter alta e que em suas casas não teriam as mesmas condições que o serviço oferecia, ex.: alimentação diária (...) eu entendo como questões sociais; o desemprego, problemas financeiros (renda insuficiente) e questões familiares, os problemas financeiros e familiares são determinantes na vida da maioria dos usuários”. (Existem alguns fatores que se relacionam com essa problemática da loucura? Quais?)

“Fatores sociais, dificuldades alimentares que influenciam no Q.I. das crianças – interferem no desenvolvimento que junto com outros fatores podem gerar uma doença mental (...) nós temos aqui uma criança nessas condições e se não fosse essas dificuldades ela teria condições de seguir uma vida normal (estudar, ter seu emprego)”. (Existem alguns fatores que se relacionam com essa problemática da loucura? Quais?)

“Fatores sociais também, ociosidade etc.” (Existem alguns fatores que se relacionam com essa problemática da loucura? Quais?)

“A experiência tem mostrado que o fator social contribui demais”. (Existem alguns fatores que se relacionam com essa problemática da loucura? Quais?)

“Foi muito polêmica, um ganho muito grande para a sociedade (...) eu não acho que na nossa realidade, com o nível de conhecimento, da forma que foi educada as pessoas, tenha condições de se extinguir os hospitais psiquiátricos, pois os próprios usuários querem estar lá. No Caps adulto eles pediam para se internar, tudo isso por questões sociais, lá ele ia ter comida, casa, roupa lavada, atenção etc.; é o que chamamos de ganhos secundários da doença (...) é preciso avançar muito mais em termos de conscientização da própria família, do usuário, de se conhecer como cidadão, como ser humano, como uma pessoa capaz, os profissionais não vão conseguir êxito sem contar com a família e os usuários, e isso só é possível conscientizando.”

(O que você entende por Reforma Psiquiátrica?)

“Desospitalização, acabar com o eletrochoque, grades de ferro, aquele local é que fazia eles enlouquecerem (...) hoje não seria possível extinguir totalmente os hospitais, pois existem casos crônicos e hoje o sistema de saúde é falho e a população não tem uma visão diferente no lidar com essa questão, falta apoio da família que quer internar e se ver livre do problema (...) muitas famílias não aparecem nas reuniões e não quer saber dos familiares, dá trabalho! (...) nessa sociedade que nós temos, ocupação, trabalho, pra pessoas normais é difícil, e pra pessoas com transtornos mentais é impossível! Não tem, não existe! O sistema capitalista é cruel!”.(O que você entende por Reforma Psiquiátrica?)

A realidade exposta acima pela pesquisa de campo revela que os assistentes sociais entrevistados reconhecem a influência dos fatores sociais como desencadeadores de transtornos mentais. A precarização das condições de vida é compreendida como um dos fatores que se relacionam com o adoecimento mental. Ele aparece interferindo diretamente nas relações familiares, pois o adoecimento mental traz uma carga de sofrimento e preconceito muito grande, exigindo da família uma contrapartida (cuidados diários, atenção quanto a medicação e observação da evolução do transtorno de seu familiar, dentre vários outros) que muitas vezes ela não pode dar, pois tem de trabalhar para prover ou complementar (no caso dos usuários que recebem benefícios) o sustento da casa .

Ao direcionarmos o nosso olhar para a problemática dos transtornos mentais, não podemos apreendê-lo como algo específico, mas sim inserido num contexto amplo que se relaciona com outras problemáticas (falta de moradia, alimentação, trabalho, preconceito etc.).

Esse conjunto de problemas são fruto de uma mesma base, cujos reflexos se apresentam de forma fragmentada e que parecem não estar relacionados. Se tomarmos como referência o conceito de saúde trazido pelo movimento da reforma sanitária veremos que ele não está mais relacionado simplesmente à ausência de doença, mas sim compreendem a saúde como um conjunto de fatores articulados como o acesso ao lazer, alimentação, moradia, trabalho etc. que, juntos, proporcionam o bem-estar de cada usuário (BRAVO, 1996).

Desta forma, consideramos a questão social como o pano de fundo que permeia essas relações, cujos fragmentos fazem parte de um todo que tem na exploração e reprodução da força viva de trabalho a sua base. Essa questão social, presente no cotidiano da sociedade, é a expressão das lutas de classe, da desigualdade na participação da distribuição da riqueza produzida no capitalismo. Assim, ela não pode ser dissociada da realidade diária dos usuários, muito pelo contrário, eles vivenciam ‘na pele’ a desigualdade e é justamente sobre ela que o Serviço Social é chamado enquanto profissão para atuar. Ele atua na reprodução das relações sociais através da criação de condições que obscureçam as relações de exploração, ao mesmo tempo que provêm serviços sociais que atendam às necessidades sociais dos trabalhadores. Neste sentido, o que os dados retratam como “fator social”, por nós compreendido dentro desta análise, tem como base a contradição capital x trabalho nas manifestações da questão social.

Reconhecer este componente social, presente na problemática da saúde mental, implica ampliar o universo de análise da saúde mental para além de uma abordagem puramente patológica ou psicológica, pois a própria relação histórica no atendimento à saúde mental é perpassada por este conjunto de problemáticas sociais (falta de moradia, alimentação, trabalho etc.), que geram a necessidade da intervenção social na questão da loucura, colocando-se como demanda de atuação para o assistente social.

Uma das relações sociais que sofrem as influências direta desta realidade é a família. Essas e outras questões estão atreladas diretamente ao contexto familiar do qual o portador de transtorno mental faz parte. Assim, a família torna-se fator de fundamental importância na construção das demandas postas ao Serviço Social, pois ela também sofre os reflexos diretos das problemáticas e dificuldades que fazem parte do dia-a-dia dos usuários, configurando-se como presença constante no trabalho dos assistentes sociais.

Um dos objetivos dos Caps é incentivar as famílias para participarem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos Caps. Os familiares podem participar dos Caps, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, como os projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos Caps como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004).

Os dados a seguir expressam claramente a presença e o protagonismo trazidos pelas *famílias* na vida cotidiana dos Caps, identificada como uma importante categoria a ser destacada:

“Necessidade de trabalhar junto à família, pois às vezes a família é mais comprometida do que o usuário. Tem casos onde quem precisa se tratar é a família (...) o foco do problema muitas vezes está dentro do contexto familiar, é preciso trabalhar com a família a questão da geração de renda, encaminhar para algum curso em que as mães possam trabalhar”.
(Que demandas a doença mental gera para o Serviço Social?)

“O Serviço Social trabalha muito a família, a visão da família, as dificuldades, aceitação do filho, dificuldade dos pais assumir os filhos e junto à escola e parceria com a comunidade. A maioria vem encaminhado da escola ou do pediatra”.
(Que demandas a doença mental gera para o Serviço Social?)

“O Serviço Social é responsável pelo acolhimento, preencher prontuários, visitas domiciliares, visitas institucionais, parcerias e reuniões com os grupos (equipe e terapêuticos com a família), procura no limite institucional trabalhar aspectos sociais com essa família, apoio à família para suportar a dor, e se interessa por tudo que está relacionado à vida do usuário”.

(Como os assistentes sociais respondem a essas demandas?)

“Acolher, acompanhar, fazer a leitura da realidade, fazer a mediação na relação família- usuário-instituição, e desses com a sociedade (...) o Serviço Social está mais ligado à família, não entrou nas atividades de grupo com os usuários”.

(Qual é o papel do Serviço Social na instituição?)

“Serviço Social trabalha em grupos (com as mães, escolas, visitas domiciliares), fazendo articulação com a comunidade (...) muitas mães querem que o Serviço Social tome o papel delas (ex.: matricular o filho na escola) e nós procuramos mostrar qual o papel dela como mãe e qual o papel do Serviço”.

(Qual é o papel do Serviço Social na instituição?)

“Sim. Uma vez foi feita uma oficina na instituição (álbum sobre os profissionais do Caps), onde as crianças tinham que dizer qual o papel de cada profissional do Caps; quando chegou a vez do assistente social, elas foram identificando suas ações através das conversas com as mães, das visitas que o profissional fazia quando eles faltavam etc.”

(A equipe e os usuários reconhecem o espaço do Serviço Social?)

A família tem-se constituído como uma demanda histórica posta ao Serviço Social. Os trabalhadores e sua família são os alvos predominantes da ação do assistente social no sistema capitalista, configurando-se assim como alvo central de reconhecimento social, pois esta é perpassada por um conjunto de problemas (doença do familiar, desemprego, falta de acesso aos recursos sociais etc.). Ela constituiu-se ao longo da história da profissão como o foco do objeto da atuação do assistente social para o êxito nas ações por este desenvolvidas, pois ela é a base sobre a qual todas as expressões da questão social se refletem. No novo contexto da política de saúde mental trazido pelos Caps ela configura-se como base de apoio fundamental na condução e desenvolvimento dos portadores de transtornos mentais.

A família sofre o reflexo direto das dificuldades de acesso ao trabalho, renda, moradia, direitos sociais, qualidade de vida digna etc., fatores que rebaterão diretamente na vida de cada usuário e no desenvolver de seu acompanhamento no Caps. O trabalho junto à família não é específico do assistente social dentro do atendimento nos Caps, entretanto, dada a particularidade de sua formação profissional no atendimento às necessidades sociais, fruto da questão social e sua proximidade no entendimento da problemática que atinge a grande maioria das famílias presentes no serviço, cabe a este profissional articular suas ações junto a essa família visando proporcionar o acesso e a garantia dos direitos sociais.

O Serviço Social pode desenvolver várias atividades que possibilitem ampliar o espaço social de reconhecimento das famílias, dentre as quais podemos destacar: oficinas de politização que trabalhem junto à família o papel por ela desenvolvido nas relações sociais e seu protagonismo frente às necessidades de superação de suas condições de vida, através do reconhecimento dos seus direitos e estímulo à participação social, por meio da formação de associações, na participação nos conselhos gestores e movimento nacional da luta antimanicomial; a sua inserção em oficinas de geração de renda, possibilitando a expressão e o desenvolvimento de suas habilidades como meio de prover recursos financeiros; incentivo à formação de cooperativas sociais, através de parcerias junto a empresas privadas, ONGs e demais instituições públicas; a formação de projetos de caráter educativo/reflexivo que possibilitem trabalhar aspectos relacionados ao sofrimento psíquico e aos reatamentos na vida individual e coletiva (questões relacionadas ao trabalho, à convivência familiar, à convivência comunitária, questões institucionais, questões culturais e religiosas etc.).

Além da realização do trabalho com as famílias dos usuários, vários outros componentes dentro da instituição fazem parte do contexto que gera demandas para os assistentes sociais; desta forma, cabe aqui destacar uma outra categoria expressa pela pesquisa, que compreende as *atribuições profissionais*.

A Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993) ressalta que constituem competências do assistente social : encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à 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; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais, dentre várias outras competências. A partir da atuação dos assistentes sociais nos Caps, vejamos o que os dados revelaram acerca das atribuições profissionais:

“Coisas específicas do Serviço Social: transporte (compreensão da equipe do Capsi), acolhimento (o S.S. faz porque tem uma visão geral, tem a habilidade de ouvir e encaminhar e fazer a relação com outras instituições – a equipe considerou o S.S. mais adequado para fazer essa ação), encaminhamento para benefício, carteira de transporte, orientação para o BPC”.

(O Serviço Social tem seu espaço específico/ definido na instituição?)

“Cabe ao Serviço Social: benefícios, questões ligadas a LOAS, cartão eletrônico e tudo que se relaciona às leis. A visita domiciliar, geralmente é o serviço social que faz (...) com relação ao Conselho Gestor nós compreendemos a sua importância e da participação da família, por isso nós procuramos a Secretaria e estamos aguardando a visita da equipe do Conselho para montar o nosso”.

(O Serviço Social tem seu espaço específico/ definido na instituição?)

“ O Serviço Social é o mediador, ponte com as outras instituições (...) as atividades específicas do Serviço Social: a orientação quanto à questão previdenciária, benefícios, carteira de transporte especial, visitas domiciliares do Programa de volta pra casa, mediação no encaminhamento com outros serviços, triagem do transporte do Caps, orientação à família (benefícios e outros programas, ex.: bolsa escola) (...) na unidade existe Conselho Gestor sob iniciativa do Serviço Social, no momento está parado, mas nós reconhecemos a necessidade de reativá-lo, no entanto o que mais dificulta é a ausência da família”.

(O Serviço Social tem seu espaço específico/ definido na instituição?)

“As atividades específicas do Serviço Social são a orientação previdenciária, assessoria ao conselho gestor, entrevista inicial, contrato de permanência no serviço, transporte, triagem, contato com a família, orientação quanto ao serviço e documentação do usuário; busca ativa e visitas domiciliares é tanto do Serviço Social quanto da equipe.”

(O Serviço Social tem seu espaço específico/ definido na instituição?)

“O Serviço Social é responsável pelo acolhimento, preencher prontuários, visitas domiciliares, visitas institucionais, parcerias e reuniões com os grupos (equipe e terapêuticos com a família). Procura, no limite institucional, trabalhar aspectos sociais com essa família, apoio à família para suportar a dor, e se interessa por tudo que está relacionado à vida do usuário”.

(Como os assistentes sociais respondem a essas demandas?)

“Encaminhando, orientando para as instituições, informando sobre o BPC etc. Existe uma preocupação de saber, dos que chegam e do grupo, como anda essa questão, pois reconhecemos as dificuldades de inserção no mercado de trabalho”.

(Como os assistentes sociais respondem a essas demandas?)

“Benefício previdenciário”.

(Que demandas a doença mental gera para o Serviço Social?)

“Orientações previdenciárias, aposentadoria, carteira especial (vem mais do usuário), violência contra os portadores de transtornos mentais, contato com o Ministério Público e com a família”.

(Que demandas a doença mental gera para o Serviço Social?)

Dentre as atribuições profissionais identificadas pelas assistentes sociais entrevistadas, ressaltamos: o acolhimento, o encaminhamento, orientação à família, orientação quanto a benefícios e ao serviço, apoio familiar, assessoria ao conselho gestor, visitas domiciliares e institucionais, articulação com outras instituições, organização do transporte, dentre outras. A partir dessa identificação podemos ressaltar alguns aspectos presentes nas ações desenvolvidas pelas assistentes sociais. O primeiro deles diz respeito à grande ênfase dada por todas as entrevistadas acerca dos benefícios sociais, sendo esta caracterizada como uma das atribuições de maior relevância desenvolvida por este profissional nos Caps. Um outro elemento a ser destacado é a confusão feita por alguns profissionais ao identificar as visitas domiciliares e as entrevistas como ação profissional, quando na verdade estas se caracterizam como instrumentos utilizados pelo Serviço Social no desenvolvimento de suas ações profissionais.

Na construção das atribuições postas aos assistentes sociais encontra-se um perfil populacional que sofre os reflexos diários da precarização das relações de trabalho, do acesso à saúde, educação, moradia, lazer, enfim, condições dignas de vida. E diante desta realidade o assistente social é o profissional responsável pela viabilização do acesso a serviços que garantem os direitos sociais desses usuários e sua família, intervindo diretamente sobre suas condições de vida através da viabilização de recursos sociais, seja através da política previdenciária que viabilizará as aposentadorias, seja através da política de educação, no acesso de determinado usuário à escola, seja através da política de assistência social pela concessão do benefício de prestação continuada (BPC) e a carteira de livre acesso no transporte público, enfim, intervindo no atendimento das necessidades sociais postas pelos usuários dos serviços.

Assim, o conjunto dos elementos apontados pelos dados acima nos permite verificar que grande parte das atribuições postas aos assistentes sociais referem-se àquelas historicamente consolidadas na profissão, indicando sua utilidade social através do atendimento às demandas imediatas dos usuários pela viabilização de políticas sociais, relacionando-se à execução terminal de serviços sociais, demandas essas que não são específicas da saúde mental, mas sim caracterizadas como demandas gerais da profissão.

As atribuições do Serviço Social nos Caps têm uma relação direta com o projeto terapêutico de cada usuário atendido pela instituição, pois certamente a viabilização do acesso a esses recursos sociais proporciona uma maior aproximação destes à vida em sociedade, além de na maioria das vezes interferir diretamente na vida familiar, pois o recebimento de determinado benefício geralmente contribui com o orçamento doméstico.

Segundo o Ministério da Saúde:

Os usuários devem ser incentivados a criar suas associações ou cooperativas, onde possam, através da organização, discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação dos CAPS (...) As organizações de usuários e/ou familiares têm cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial no Brasil, participando ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam a maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais (BRASIL, 2004).

Uma outra competência prevista para o assistente social na Lei de Regulamentação da Profissão diz respeito a prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa de direitos civis, políticos e sociais da coletividade. Fazendo uma relação com os dados acima revelados, podemos observar uma quase ausência de articulação entre a prática dos assistentes sociais com os movimentos sociais, conselhos de políticas, associações etc.

A partir da aproximação dessas duas realidades, a exposta pelos dados da pesquisa e a outra expressa pela fala do Ministério da Saúde, observa-se que há uma enorme lacuna a ser preenchida, pois, diante de um cenário de precarização e minimização de recursos públicos, torna-se fundamental a articulação com a sociedade através de movimentos organizados que visem exigir do poder público o cumprimento efetivo e a qualidade dos serviços por ele prestados.

Os dados revelam o predomínio das atribuições profissionais mais recorrentes na profissão: encaminhamentos, aconselhamento, viabilização de recursos sociais, dentre outros. No entanto, cabe-nos destacar que outras possibilidades se abrem como espaço de reconhecimento das demandas postas aos assistentes sociais através de novas atribuições que precisam ser reconhecidas por estes nos Caps. Elas se expressam por meio das possibilidades de articulação do Serviço Social junto às demais políticas sociais (educação, previdência,

habitação, cultura, esporte, lazer etc.), ampliando o acesso dos portadores de transtornos mentais e suas famílias a novos espaços de construção social.

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

Paralelo à compreensão das atribuições postas ao Serviço Social nos Caps, um outro elemento de destaque posto pelos dados diz respeito ao reconhecimento que a atuação deste profissional tem pelo serviço, o qual identificamos através da categoria *reconhecimento do trabalho do assistente social no Caps*. Vejamos o que revelaram os dados:

“Sim, há um reconhecimento do papel do assistente social pela equipe, e quanto aos usuários eles acham que o Serviço Social resolve tudo que ele não pode, a questão de alimentação, cesta básica, informações quanto aos programas, e outras coisas”.

(A equipe e os usuários reconhecem o espaço do Serviço Social ?)

“Questionando sobre os direitos, os deveres, a importância da organização, da participação popular, do papel do Conselho, como os usuários podem contribuir na reforma (...) discutindo sobre as dificuldades na efetivação das políticas públicas e na falta de redes pra encaminhar”. ((Em que a ação do Serviço Social contribui para o serviço e para a vida do usuário?)

“Contribui com a discussão sobre o exercício da cidadania, refletindo junto com a equipe sobre até que ponto nós estamos contribuindo ou reforçando (...) Serviço Social é tido como o ‘profissional cricri’ ”.

(Que contribuição o Serviço Social dá no redirecionamento desse novo modelo substitutivo?)

“À medida que desenvolve sua ação, contribui com a equipe e com o serviço em geral. Para o usuário ele contribui estabelecendo a mediação com a família e esta voltada para sua independência, seu fortalecimento e conscientização política (...) Há uma tendência muito grande de priorizar as questões emocionais pela especificidade do serviço, é preciso estar atenta para não fugir do nosso papel enquanto assistente social, para não negligenciar as questões sociais, políticas, dos direitos, da força que os usuários têm (...) mostrar pra eles que eles têm força quando querem algo, se eles reivindicarem é mais fácil conseguir do que a própria equipe”.

(Em que a ação do Serviço Social contribui para o serviço e para a vida do usuário?)

“Contribuir positivamente no desenvolvimento da própria instituição. O Serviço Social é a porta de entrada; quando ele falta, muda a rotina dos outros profissionais e do serviço (...) Estamos com os olhos bem abertos para que o usuário seja bem atendido”.

(Em que a ação do Serviço Social contribui para o serviço e para a vida do usuário?)

“Contribuindo nas discussões acerca do papel da equipe, do profissional, do serviço, refletindo junto com a equipe e com o usuário”.

(Em que a ação do Serviço Social contribui para o serviço e para a vida do usuário?)

Podemos observar a partir dos dados acima que há um reconhecimento (pelos assistentes sociais e pela equipe) do papel desenvolvido pelo assistente social na instituição junto à equipe e aos usuários, que relacionam sua atuação com a execução de serviços sociais e a contribuição na viabilização do acesso aos direitos sociais. Uma outra característica interessante identificada numa das falas das entrevistadas é a contribuição dos assistentes sociais nas discussões junto à equipe.

Os assistentes sociais têm grandes contribuições a dar no desenvolvimento das ações a serem desenvolvidas pelo serviço e no andamento dos projetos terapêuticos individuais de cada usuário, pois apreendem um conjunto de determinações sociais que ultrapassam uma visão focalizada. Isso lhes possibilita articularem-se com grande facilidade às demais categorias profissionais, ampliando sua compreensão acerca do conjunto de problemas postos

pelas condições sociais vivenciadas por cada usuário e que interferem diretamente nos aspectos psicológicos e patológicos desses usuários.

Dada a relevância do papel deste profissional no questionamento acerca dos serviços oferecidos e nas condições de vida e saúde dos usuários junto à equipe, outras possibilidades se colocam para os assistentes sociais: o incentivo para a formação e participação da equipe e dos usuários nos Conselhos Gestores das unidades, fundamentais no reconhecimento junto ao poder público das dificuldades inerentes à qualidade dos serviços oferecidos à população; o incentivo na formação de grupos de estudos sobre os aspectos que dizem respeito à saúde mental (legislação, Reforma Psiquiátrica, transtornos mentais etc.).

Um outro elemento de grande destaque e fundamental importância na construção dos serviços substitutivos de saúde mental diz respeito à *equipe técnica*. Sobre a equipe que trabalha nos Caps (regulamentada através da Portaria nº 336, de 19/2/2002), ela é composta por profissionais que possuem diversas formações (diferentes técnicos de nível superior e de nível médio) e é caracterizada como ‘equipe multiprofissional’.

De acordo com Ministério da Saúde,

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade. O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos Caps depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o Caps não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vai possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa (BRASIL, 2004).

Vejamos o que os assistentes sociais revelaram acerca desta categoria:

“Aqui nós temos uma forte presença da equipe multidisciplinar no serviço e no direcionamento dado às ações de cada profissional, mas isso não desconsidera o reconhecimento do espaço do Serviço Social na instituição. Nós trabalhamos tendo dentro da equipe um técnico de referência na unidade para uma quantidade específica de usuários. Fica claro para o usuário identificar o papel de cada profissional, pois logo quando ele chega é dito para ele quem será sua referência. Se não houvesse isso acho que o usuário não conseguiria identificar o papel de cada técnico, mas como o assistente social está ligado em outras instituições às questões de benefício, quando eles precisam procuram o Serviço Social”.

(A equipe e os usuários reconhecem o espaço do Serviço Social?)

“O S.S.é que pensa sua ação. Como o trabalho é em equipe, cada um apresenta seu planejamento para os outros e procuram desenvolver ações em consonância com o projeto da unidade”.

(Como é planejada/ pensada a prática do Serviço Social na instituição?)

“O próprio Serviço Social. Como trabalhamos em equipe nós direcionamos junto ao planejamento da equipe. O Serviço Social combina e desenvolve as mesmas atividades, só muda os horários”. (Como é planejada/ pensada a prática do Serviço Social na instituição?)

“Serviço Social, mas tem o planejamento junto à equipe a partir dos projetos terapêuticos da unidade (...) nós nos reunimos semanalmente com a equipe para discutir estudos de caso e encaminhamentos”.

(Como é planejada/ pensada a prática do Serviço Social na instituição?)

“Todos. Mais próximo é o psicólogo. Trocamos idéias para intervir melhor”.

(Quem são seus parceiros na instituição?)

“Toda equipe, mas em geral o psicólogo está sempre encaminhando para o Serviço Social, o médico também encaminha muito”.

(Quem são seus parceiros na instituição?)

“ O Conselho Gestor, os familiares e os profissionais”.

(Quem são seus parceiros na instituição?)

“ Psicólogo e administrativo que é para quem eu mais corro, mas sempre acabo com o psicólogo”.

(Quem são seus parceiros na instituição?)

Os dados acima ilustram que há uma forte presença da equipe técnica no encaminhamento das ações do serviço e que há uma articulação entre o Serviço Social e as demais categorias profissionais que compõem a equipe, destacando-se principalmente a figura do psicólogo, que aparece como a mais próxima do assistente social, dada a aproximação deste último com as relações sociais nas quais se insere o usuário, sua família e sua relação com a comunidade em que vive.

Recuperando um dos elementos dos dados acima mencionados, observemos o trecho em destaque abaixo relacionado:

“Sim. Tudo é levado para o Serviço Social, nas mínimas questões, tanto no que diz respeito aos usuários quanto à equipe (parece funcionar como o RH da instituição, até pra justificar horários ela procura o Serviço Social). Nós procuramos esclarecer a eles o que é papel ou não do Serviço Social”.
(A equipe e os usuários reconhecem o espaço do Serviço Social?)

Identifica-se um duplo papel nessa articulação do Serviço Social com a equipe, pois tanto se ressalta a participação dele no que diz respeito aos usuários, como o seu protagonismo no dia-a-dia da equipe, extrapolando o papel que ele exerce na instituição. Entretanto, aqui destacamos que o assistente social tem seu papel legitimado na política de saúde mental através da viabilização de serviços sociais no atendimento às demandas dos usuários e da instituição.

Muitas das práticas de interdisciplinaridade verificadas em serviços de saúde mental brasileiros, inspirados na proposta de desinstitucionalização feita pela Psiquiatria Democrática Italiana, possuem várias características básicas que dizem respeito à reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados (VASCONCELOS, 2002).

O novo modelo de atendimento trazido pelos serviços substitutivos tem na equipe técnica um elemento fundamental no desenvolvimento das ações institucionais. O trabalho deve se desenvolver de forma articulada, em que os saberes sejam compartilhados, contribuindo assim no desenvolvimento de cada usuário dentro da instituição. Assim, é fundamental que a equipe tenha o domínio das concepções, formas de tratamento e abordagem sobre a loucura postas pelos Caps e o reconhecimento das diferenças que se colocam entre os diferentes modelos de atenção à saúde mental. O conhecimento acerca dos aspectos patológicos, psicológicos, terapêuticos, sociais etc. presente no dia-a-dia dos Caps torna-se pré-requisito fundamental que deve compor o entendimento da equipe.

Uma outra categoria identificada ao longo da pesquisa e que se coloca como importante na apreensão dos elementos que configuram demandas aos assistentes sociais nos Caps diz respeito à *capacitação/ formação profissional*, posta em debate.

“É necessário ter uma capacitação para atuar nessa área, pois ajuda a entender melhor, ampliar o olhar para o problema, ajuda para intervir melhor”.

(Qual a capacitação para atuar nessa área?)

“É necessário ter uma capacitação para atuar nessa área e infelizmente isso não tem acontecido, estamos aprendendo com a prática, muitas vezes errando, e absurdos têm acontecido em virtude dessa falta de capacitação. A equipe tem utilizado como estratégia a realização de grupos científicos, que se reúnem duas vezes no mês para estudar sobre as doenças, e estamos pensando na possibilidade de mandar um ofício para a Universidade propondo um curso sobre as doenças”.

(Qual a capacitação para atuar nessa área?)

“Deveria ter de seis em seis meses, é muito necessário. A capacitação deveria ser muito nesse sentido da legislação, reforma psiquiátrica também, porque no dia-a-dia fica difícil. No início foi difícil de se adaptar ao transtorno psiquiátrico, principalmente devido à falta de informação e capacitação no que diz respeito aos Caps”.

(Qual a capacitação para atuar nessa área?)

“Temos encontrado uma ausência total de suporte e capacitação para a equipe e os profissionais mais recentes. Tentamos suprir essas necessidades através de iniciativas pessoais. A realidade dos funcionários de nível médio é ainda mais crítica, pois estes são excluídos totalmente das poucas capacitações promovidas (...) quando alguma capacitação é promovida o número de participantes é muito limitado (ex.: Curso de Capacitação em Caps, promovido pela Secretaria Estadual – limitado para 3 pessoas representantes de cada Caps) (...) outra coisa urgente é a necessidade de supervisão para as equipes dos Caps; nós encaminhamos à Coordenação Municipal um Projeto de Capacitação, e seria interessante ter um suporte da Universidade através da promoção de cursos pela categoria, sobre saúde mental.

(Qual a capacitação para atuar nessa área?)

Acerca de alguns elementos acima mencionados, sobressai o fato de que a ausência de capacitação para atuar em saúde mental tem sido um dos grandes ‘nós’ presentes na realidade dos Caps, fazendo parte de um cenário geral que compreende não apenas os assistentes sociais, mas o conjunto dos demais profissionais que atuam nesses serviços. Esse é um dado muito importante, uma vez que a tônica trazida pela lógica dos serviços substitutivos concernentes às idéias do movimento da reforma psiquiátrica traz em si a introdução de novos conceitos e parâmetros em saúde mental, e se isso não estiver bem claro no entendimento e compreensão dos profissionais que fazem parte da equipe de trabalho dos Caps, corre-se o risco de reproduzir nessas instituições toda a lógica trazida pelos manicômios e pelo tratamento hospitalar.

É fundamental que o conjunto dos profissionais que trabalham nos serviços substitutivos de saúde mental, e aqui nos referimos especialmente aos Caps, tenham acesso a todo o arcabouço legal que estrutura e define a nova forma de atendimento proposto a esses serviços e que as particularidades trazidas pelas diferentes formações profissionais possam contribuir conjuntamente no desenvolvimento do projeto terapêutico de cada usuário, proporcionando o acesso desse usuário à efetivação de sua cidadania.

Observa-se que, em virtude da forte influência dos saberes psiquiátricos e psicológicos nesta área da saúde mental, muitas vezes o assistente social não se reconhece no espaço de atuação desta política, desconhecendo muitas vezes o seu papel na instituição, como demonstrou um dos dados abaixo expresso.

“Essa foi minha grande dúvida quando eu cheguei na instituição; então eu tive o apoio de uma psicóloga mais antiga na instituição para encontrar / descobrir meu papel. Ela trouxe um texto sobre o Serviço Social na saúde mental e me entregou; através dele eu descobri que poderia atuar no setor previdenciário; orientando, encaminhando etc. (...)”
(Qual o papel do Serviço Social na instituição?)

O preconceito que perpassa a doença mental muitas vezes se reflete no desconhecimento da própria política de saúde mental, o que traz sérias implicações para o desenvolvimento da prática profissional, impedindo o reconhecimento de novas demandas postas pelo novo modelo de atendimento, contribuindo muitas vezes com a reprodução da cultura manicomial nesses serviços.

Acreditamos que uma clara compreensão acerca do papel dos Caps, da forma como se estrutura o atendimento ao portador de transtorno mental, das particularidades inerentes a cada usuário em termos de sua patologia e condições de vida, dentre outros aspectos também importantes nele inseridos, coloca para os assistentes sociais uma posição estratégica dentro desses serviços, não configurando sua prática como uma intervenção terapêutica, mas sim sociopolítica, ou seja, situando as condições de vida dos usuários dentro dos processos econômicos, sociais, políticos e culturais que perpassam as relações sociais nas quais esses se inserem.

A partir da reflexão dos dados apresentados, pensamos que os diferentes elementos aqui identificados demonstram que a compreensão das demandas postas aos assistentes

sociais nos Caps só é possível a partir da reflexão e do conhecimento acerca do contexto social, político, cultural e econômico em que se insere a política de saúde mental, através do qual se gestam as condições para compreender o papel e as ações dos assistentes sociais nas instituições substitutivas.

Verifica-se que ao longo desse processo grandes mudanças foram postas nas formas de lidar com a loucura, até o seu reconhecimento pelo Estado através das políticas sociais. A problemática trazida pela loucura vai de um extremo, que tem como base o isolamento, ao outro, que tem como base o reconhecimento do portador de transtornos mentais como sujeito de direitos, cujo tratamento se volta para a inserção social deste na família e na sociedade.

As mudanças que configuram as bases desse novo olhar sobre a loucura encontram seu cerne num conjunto de discussões e reflexões trazidos por movimentos sociopolíticos nacionais e internacionais (os quais já foram citados, mas aqui cabe destacar o movimento da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial, dentre outros) que propõe ações que contribuiram na construção de um novo modelo de atendimento aos portadores de transtornos mentais. Reconhecemos que diante do atual quadro econômico e político expresso na precarização do trabalho e na redução do papel do Estado há um enorme aumento das dificuldades e disparidades de construção de condições adequadas de inserção social deste na sociedade. Por outro lado, não podemos deixar de reconhecer o portador de transtorno mental como sujeito de direitos, cujas necessidades precisam ser atendidas através das políticas sociais. Compreendemos que o atendimento dessas necessidades é o mínimo que pode ser feito dentro dessa ordem, tendo em vista a desigualdade econômica, social e política fruto da exploração do trabalho, que está na raiz do conjunto das relações inseridas na sociedade capitalista em que vivemos. Entretanto, não podemos negar que o reconhecimento desse portador de transtorno mental como sujeito de direito seja uma grande conquista, tendo

em vista o conjunto de privações por ele vivenciado ao longo da abordagem dada à loucura no processo histórico.

Inserido no conjunto de transformação do reconhecimento da problemática da loucura encontram-se as demandas sociais postas ao Estado no atendimento aos portadores de transtornos mentais, e diretamente relacionadas ao atendimento destas demandas encontram-se as instituições e as diferentes categorias profissionais que buscam responder a essas necessidades.

Dentre as diversas categorias profissionais cabe-nos aqui destacar os assistentes sociais. O olhar inerente a este profissional extrapola a problemática individual de cada usuário, inserindo-a num contexto mais amplo que situe as dificuldades postas à saúde mental e à reforma psiquiátrica dentro do cenário econômico, político, social, cultural, tendo em seu cerne o capitalismo e a exploração do trabalho, dos quais decorrem uma série de dificuldades que impossibilitam o acesso igualitário e a garantia dos direitos sociais a todos sem distinção.

O novo contexto no qual se insere a política de saúde mental traz a necessidade de uma articulação com a rede de atendimento que ultrapasse o âmbito dos muros da instituição, voltando-se para os demais recursos disponíveis, sejam eles: os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), os recursos sanitários (serviços de saúde), os recursos sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer, enfim, todos aqueles que potencializam as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial do portador de transtornos mentais.

Estando o assistente social inserido nesse contexto trazido pelos Caps, posto como um dos integrantes da equipe técnica que atua nesses serviços e dadas as particularidades inerentes a sua formação profissional, abre-se um amplo leque de possibilidades para o desenvolvimento de ações profissionais que ultrapassem uma mera prática conservadora,

reprodutora das atividades costumeiras do cotidiano de trabalho. O Serviço Social, ao articular sua atividade profissional junto aos demais recursos disponíveis em outras instâncias, pode ampliar os espaços de reconhecimento das necessidades postas pela realidade dos usuários, buscando legitimá-los e reconhecê-los como construção de cidadania e reconhecimento deste como sujeito de direito.

Reconhecemos as limitações muitas vezes presentes no cotidiano do desenvolvimento dos serviços, as quais se inserem num cenário político, econômico e social que precariza as condições de acesso e qualidade dos serviços ofertados, dificultando as articulações junto à rede de atendimento, e que o assistente social no seu cotidiano é o profissional que mais sente essas dificuldades, sofrendo os reflexos diretos dessas condições de desinvestimento e precarização. Entretanto, algumas potencialidades se colocam rumo ao questionamento e enfrentamento dessa situação.

O mercado profissional hoje está apresentando uma série de tensões que podem ser encaradas como desafios de uma prática criativa, competente, crítica e compromissada com a democracia e cidadania que vêm sendo contempladas no projeto ético-político do Serviço Social.

Diante das possibilidades de trabalho que são demandadas ao assistente social no campo da saúde mental, podemos constatar que hoje o projeto profissional do Serviço Social vem exigindo da categoria uma enorme variedade de ações profissionais que não se restringe àquelas que são efetivadas costumeiramente por esses profissionais no campo da saúde mental. Dentre as novas requisições que estão sendo exigidas aos assistentes sociais, podemos citar: desenvolvimento de projetos de caráter educativo/reflexivo, individual e grupal, que possibilitem trabalhar aspectos relacionados ao sofrimento psíquico e aos rebatimentos na vida individual e coletiva (questões relacionadas ao trabalho, à convivência familiar, à convivência comunitária, questões institucionais, questões culturais e religiosas,

condições sociais etc.); articulação com toda forma de movimento social e organização popular, entendendo que é através da participação popular que se constroem alternativas para uma sociedade mais justa (conselhos de saúde, movimento nacional da luta antimanicomial, associações de usuários e familiares, cooperativas etc.); acompanhamento dos usuários e familiares numa perspectiva de reflexão crítica, ampliando espaços de luta pela garantia de seus direitos sociais, identificando e trabalhando os seus potenciais, levantando os recursos individuais e coletivos que possam fortalecê-los no enfrentamento das questões apresentadas; atividades de recepção de clientela, de caráter interdisciplinar, viabilizando um atendimento integral ao usuário, corroborando o compromisso ético com a democratização do espaço institucional; desenvolvimento de trabalhos em equipe, a partir da visão de totalidade das questões sociais, exercitando quotidianamente o trabalho interdisciplinar, possibilitando o diálogo e a troca de referenciais teórico-práticos; desenvolvimento de projetos de pesquisa: como instrumento de avaliação institucional da assistência prestada e demandas da população usuária; articulação com a rede de saúde mental: conhecimento do potencial de cada área/instituição, estabelecendo parcerias e convênios, ampliando a rede de suporte social e estreitando as relações entre o Caps e o Programa de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde através do desenvolvimento de atividades junto à comunidade onde se situa o Caps, visando a divulgação das ações desenvolvidas pelo serviço e a compreensão de uma nova concepção de doença mental, combatendo o preconceito; dentre outras.

Nesse sentido, o atual contexto da política de saúde mental coloca novas possibilidades para os assistentes sociais, devendo estes terem como base o desenvolvimento de uma prática investigativa que seja problematizadora do real, pois as alternativas para uma intervenção profissional crítica e competente só podem surgir a partir de uma análise crítica da realidade, ou seja, a partir de uma investigação concreta feita através de situações concretas.

Considerações finais

A compreensão acerca das demandas postas pela saúde mental aos assistentes sociais nos remete a uma realidade bem mais ampla no entendimento dos diferentes aspectos que a compõem. Por isso, ao longo deste estudo procuramos expor a trajetória histórica, social, econômica, política, cultural, que compõe os elementos intrínsecos à saúde mental e que perpassam essas demandas.

A reflexão sobre a saúde mental e suas demandas profissionais para o Serviço Social pressupõe uma compreensão acerca de como estas se inserem num contexto capitalista de produção, bem como a influência do modo de produção capitalista e suas relações sociais na gênese da profissão, influenciando nas respostas dadas pelos assistentes sociais ao longo dos diferentes momentos conjunturais. O Serviço Social enquanto profissão se insere na divisão capitalista do trabalho, dedicando-se à viabilização de serviços sociais destinados à população através da intervenção de ações de políticas sociais, no atendimento às necessidades sociais postas pela população num contexto de reprodução da força de trabalho. Ao atuar na prestação dos serviços sociais vinculados às diversas políticas sociais, atende aos fragmentos da questão social, que tem no adoecimento mental uma de suas expressões.

No início, década de 1940 (marco sob o qual situamos a primeira inserção do assistente social na política de saúde mental no Brasil), o Serviço Social era chamado para auxiliar os médicos no desenvolvimento das ações do movimento higienista, no atendimento às expressões da questão social, configuradas pelas providências de auxílios financeiros e acesso a recursos sociais disponíveis no momento, bem como a inserção familiar, num cenário de instituição da ordem inerente à moral burguesa. As determinações históricas, econômicas e políticas desse período demandavam um tipo de atuação de caráter moralizador e estruturador da ordem.

No período conjuntural da ditadura militar no Brasil o cenário muda e a realidade põe novas determinações, gerando outras demandas ao Serviço Social, que agora atua diretamente junto aos trabalhadores e sua família na manutenção de uma força de trabalho que atende aos interesses do capital. O espaço de atuação junto às políticas sociais torna-se legítimo ao Serviço Social e este é chamado para executá-las na saúde mental, pois é nesse cenário que as políticas sociais tornam-se fundamentais num contexto de amenização das expressões da questão social, num palco de luta política entre trabalhadores e capitalistas.

No cenário atual, marcado pelas iniciativas da reforma psiquiátrica, o novo reconhecimento dado ao portador de transtorno mental como sujeito de direito coloca o assistente social num novo contexto que o aproxima das bandeiras de luta também defendidas pelo Projeto Ético-Político da profissão, expresso no reconhecimento da liberdade como valor central, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, eliminação do preconceito, dentre várias outras. Esse novo contexto, perpassado pelas lutas sociais no campo político (Reforma Sanitária, Luta Antimanicomial, Conferência de Caracas etc.), abre novos espaços de atuação para os assistentes sociais, tendo como base novas perspectivas de atendimento (referenciadas através dos Caps e demais serviços substitutivos) e respostas no lidar com os portadores de transtornos mentais, pondo assim novas demandas aos profissionais que atuam nessas instituições.

Verifica-se ao longo deste processo que algumas demandas postas ao Serviço Social ao longo de sua trajetória na saúde mental o acompanham desde a sua origem, pois elas são inerentes à atuação deste profissional independentemente da área em que os assistentes sociais atuem, pois são históricas e fazem parte de sua natureza reguladora das relações sociais (trabalho com a família, caráter educativo da profissão, articulação com demais serviços, acesso a recursos sociais etc.). Entretanto, cada processo histórico-social coloca novas demandas ao Serviço Social, já que as relações sociais que constituem a base da atuação desta

profissão são constantemente mutáveis e dinâmicas, pois vivemos numa realidade social perpassada por diferentes determinações sociais, políticas, econômicas, culturais, num contexto de interesses contraditórios que interfere nas relações sociais e coloca novas requisições que precisam ser apreendidas.

No atual contexto da política de saúde mental no Brasil, o portador de transtornos mentais é reconhecido como sujeito de direitos, num processo de construção de sua cidadania que proporciona a sua inserção social junto à família, no trabalho, na sociedade, através de um conjunto de relações sociais e institucionais que possibilitam este reconhecimento. No entanto, a efetivação desta inserção social do portador de transtorno mental encontra-se permeada por uma série de limites postos pelo atual cenário econômico, político e social. A ausência de recursos e de articulação com as demais instituições na construção das redes sociais de atendimento às demandas dos usuários tem sido um dos grandes desafios colocados. Diante desta realidade é preciso fortalecer a organização e estimular a participação dos movimentos sociais através de canais de mobilização, expressos através de associações de moradores, movimento da luta antimanicomial, associação de usuários e familiares, participação em conselhos de políticas, denúncias junto ao Ministério Público etc., em favor do reconhecimento dos direitos assegurados pela legislação e pelo fortalecimento da cidadania. Muitas vezes o preconceito e o desconhecimento das possibilidades postas ao Serviço Social na saúde mental fazem com que os assistentes sociais acabem reproduzindo práticas conservadoras, deixando de compreender e reconhecer as demandas a eles postas pela realidade dos portadores de transtornos mentais, inserida num contexto maior das relações sociais perpassadas por um cenário contraditório.

Os assistentes sociais têm sido requisitados para atuar tanto nos hospitais quanto nas instituições representativas do novo modelo de atenção em saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica, expressa através dos Caps. Entretanto tem-se verificado uma grande

ampliação no mercado de trabalho dos assistentes sociais voltada para os serviços substitutivos em saúde mental. A expansão deste modelo de atendimento dá-se num contexto marcado pela precarização das políticas sociais na atualidade, fruto de um modelo econômico neoliberal que ao privilegiar as relações econômicas internacionais gera a redução de investimentos e recursos voltados para as diferentes políticas sociais, limitando a construção de espaços de garantias de direitos.

Um longo caminho ainda precisa ser percorrido, pois esta sociedade não atende aos interesses dos cidadãos de forma justa e igualitária, mas se olharmos para trás veremos que um grande passo já foi dado em prol da cidadania do louco. Não podemos negar que houve avanços nas formas de concepção e tratamento da loucura. O reconhecimento do hoje portador de transtorno mental como sujeito de direito, cuja assistência no atendimento de suas necessidades de saúde não limita seus passos ao âmbito de um hospital, em substituição a um modelo excludente e isolador que destitui o indivíduo de sua liberdade física e mental, é sem dúvida um grande progresso. Mas este reconhecimento não nos impede de vislumbrar novos horizontes, muito pelo contrário, ele alimenta nossos anseios pela busca e construção de novos espaços que atendam às necessidades de todos os indivíduos em sua integralidade.

O reconhecimento dos portadores de transtornos mentais como sujeitos de direito rumo à construção efetiva da reforma psiquiátrica, através de uma nova compreensão e concepção de loucura, é perpassado por sua inserção num conjunto de processos históricos, sociais, políticos, econômicos, culturais, integrantes de um contexto amplo das diferentes determinações de sua problemática, construindo novos canais de construção social que possam reconhecê-los e incluí-los em novos espaços, através do estímulo e da participação nos movimentos sociais que lutam pela ampliação e reconhecimento dos espaços dos portadores de transtornos mentais na sociedade, possibilitando o resgate de sua cidadania, e neste sentido a contribuição do Serviço Social será fundamental na construção desse processo.

Os assistentes sociais precisam reconhecer que eles possuem um espaço legítimo na saúde mental, pois apesar dos saberes psi constituírem a base mais consolidada nesta área, são os elementos sociopolíticos que permeiam a base desses novos serviços, e que é preciso um olhar amplo, que extrapole os aspectos biológicos, patológicos e psicológicos desses usuários. O novo modelo de atenção em saúde mental extrapola o modelo biomédico de saúde, construindo e ampliando uma nova abordagem, voltada a um modelo de saúde cuja concepção perpassa o conjunto da vida de seus usuários (considerando suas condições de alimentação, moradia, lazer etc.), incorporando em seu quadro vários profissionais que certamente contribuíram para a construção dessa nova base.

A construção deste trabalho permitiu demonstrar que a saúde mental se constitui num espaço legítimo de atuação do Serviço Social, cujo reconhecimento das demandas postas à profissão ao longo da política de saúde mental, situando-a num contexto que apreenda suas principais determinações sociais, políticas, culturais e econômicas, pode ampliar os espaços de reconhecimento destas no atendimento às necessidades sociais explicitadas pelos usuários da saúde mental. Devido à abertura de novos espaços de atuação nessa área, cada vez mais se exige do assistente social um conhecimento acerca da construção da política de saúde mental e dos diferentes elementos que a perpassam (concepção de loucura, concepção das diferentes abordagens em saúde mental, conhecimento sobre os transtornos, bases da reforma e os diferentes movimentos de luta em prol da reforma psiquiátrica, legislação em saúde mental etc.), possibilitando assim sua efetiva contribuição na construção e ampliação de novos espaços reconhecedores e garantidores dos usuários da saúde mental como sujeitos de direitos.

Referências

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. – 5. ed. – São Paulo: Cortez, Campinas, Unicamp, 1998;

BERTOLETE, José Manoel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

BISNETO, José Augusto V.S. **Análise Institucional do Serviço Social em Saúde Mental**. 2001. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

_____. **A inserção do Serviço Social na saúde mental nos anos 1970**. In: Congresso Brasileiro de Serviço Social, 10. , 2001b, Rio de Janeiro.

_____. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 82, ano XXVI, Jul.2005. São Paulo: Cortez, p.110-130.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 10.216, de 6 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde Mental 1990-2002**. 3.ed. revista e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987.

CALHEIROS, Eliel P. ; SOARES, Marilene da R.; LEITE, Marta M. C. **Serviço Social da Casa de Saúde e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 1976.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GREGOLIN, Maria do Rosário. **Foucault e Pêcheux na construção da análise do discurso: diálogos e duelos**. São Carlos: Claraluz, 2004.

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

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 12. ed. São Paulo:Cortez, CELATS,1998.

IANNI, Octávio. **A Idéia de Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich; prólogo de José Paulo Netto. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Cortez, 1998.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Krothe.3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1998.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 9.ed. São Paulo: Cortez,2005.

MELO, Thaís K. G. B. de ; SILVA, Wedja M^a R. A. da. ; BASTOS, Vânia M^a P. **Saúde Mental e Serviço Social: reflexões a partir do mercado de trabalho do assistente social em Alagoas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2002.

MELO, Thaís K. G. B. de ; SILVA, Wedja M^a R. A. da. **O Resgate da Saúde Mental no Brasil: aspectos históricos, políticos e sociais**. Maceió, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão e Controle Social e Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Saúde Mental**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar-texto.cfm> > Acesso em:07jun.2004.

MONTAÑO, Carlos. **La naturaleza Del Servicio social. U ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción.** Tradutora: Alejandra Pastorini. São Paulo: Cortez, 1998.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos.**São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal.** São Paulo: Cortez, 1993.

_____ **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3. ed. Ampl., São Paulo: Cortez, 2001.

_____ **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001a.

OPAS/OMS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001:** Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Organization, 2001. Impresso no Brasil.

PELLIZZARO, Inês; CARDOSO, Vanessa Raquel. Direito à saúde mental e a política de saúde mental nos países do mercosul. SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (Orgs.) **Dilemas do mercosul: reforma do estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social.** Florianópolis: Lagoa Editora, 2004.

PERCIANO, Autajanes A. et al. **Serviço Social na promoção da saúde mental da família.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)- Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 1975.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2.ed.São Paulo: Hucitec, 2001.

PRÉDES, Rosa (Org.). **Mercado de trabalho do serviço social: fiscalização e exercício profissional**. Maceió: Edufal, 2002.

RABELO, Antônio Reinaldo et al. **Um manual para o Caps**. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In. TUNDIS, Silvério & COSTA, Nilson (Org.). **Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil**. 7.ed. Petrópolis:Vozes, 2001.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental**. In: Revista Serviço Social & Sociedade, n° 71, ano XXIII, especial de 2002. São Paulo: Cortez, p.p. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

RUSSO, Jane. **O Mundo Psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

SECRETARIA EXECUTIVA DO ESTADO DE ALAGOAS. **Projeto de Assistência a Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br>>. Acesso em: 15 jun.2006.

SILVA FILHO, João F.da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In. TUNDIS, Silvério & COSTA, Nilson (Org.). **Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil**. 7.ed. Petrópolis:Vozes, 2001.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. In: **Temporalis**, Ano. 2, N.4 (jul/dez.2001). Brasília: ABEPSS, GRAFLINR, 2001,128p.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. In revista Serviço Social & Sociedade, nº 54, ano XVIII, julho de 1997. São Paulo: Cortez, p.p.132-157.

APÊNDICE – Roteiro da Entrevista

Bloco 1 - Perguntas mais direcionadas a problemática geral

- 1-O que você entende por loucura/ transtorno mental?
- 2-Existem alguns fatores que se relacionam com essa problemática da loucura? Quais?

Bloco 2 – Perguntas direcionadas ao serviço como um todo

- 1-Qual é o papel de um Caps?
- 2-Tem conhecimento da legislação em saúde mental? (e sobre o assistente social nela)
- 3-O que você entende por Reforma Psiquiátrica?
- 4-O Serviço Social existe no Caps desde quando? Como se deu a sua construção no serviço?

Bloco 3- Perguntas direcionadas ao Serviço Social

- 1-Que demandas a doença mental gera para o Serviço Social?
- 2-Como os assistentes sociais respondem a essas demandas?
- 3-Qual é o papel do Serviço Social na instituição?
- 4-O Serviço Social tem seu espaço específico/ definido na instituição?
- 5-A equipe e os usuários reconhecem esse espaço?
- 6-Em que a ação do Serviço Social contribui para o serviço e para a vida do usuário?
- 7-Que contribuição o Serviço Social dá no redirecionamento desse novo modelo substitutivo?
- 8-Que fatores dificultam o trabalho do Serviço Social na instituição?
- 9- Que fatores dificultam a política de saúde mental no município?
- 10-O Serviço Social articula sua prática com outras instituições e/ou outras políticas públicas?
- 11-Como é planejada/ pensada a prática do Serviço Social na instituição?
(Quem pensa a ação do S.S. é o assistente social, a coordenação da secretaria, a direção, é de forma conjunta, etc).
- 12- Quem são seus parceiros na instituição?
- 14-Qual a capacitação para atuar nessa área?