

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

VERIDIANA TORRI TONETTO

**PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL:
POR QUE ESTAMOS NÓS FALANDO AINDA SOBRE ISSO?**

**Porto Alegre
2009**

VERIDIANA TORRI TONETTO

**PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL:
POR QUE ESTAMOS NÓS FALANDO AINDA SOBRE ISSO?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2009

VERIDIANA TORRI TONETTO

**PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL:
POR QUE ESTAMOS NÓS FALANDO AINDA SOBRE ISSO?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Comissão Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Barros Bellini
(Orientadora, PPGSS/PUCRS)

Prof^ª. Dr^ª. Gleny Terezinha Duro Guimarães
(PPGSS/PUCRS)

Prof^ª. Dr^ª. Marilene Maia
(UNISINOS)

*“Na dor eu sei a extensão da loucura que fiz
Eu que acordei cantando
Sem medo de ser infeliz”*

Vinicius de Moraes

Agradecimentos

O caminho foi longo e não sem sacrifícios... A alegria de percorrê-lo, porém, é o que há de mais presente, e de tudo – tácita – é o que ficará para sempre!

Agradeço a todos os professores e colegas do PPGSS pelo conhecimento, histórias, manhãs e tardes compartilhadas em torno do Serviço Social.

Agradeço à Professora Márcia Faustini, para quem eu gostaria que houvesse aqui um espaço luminoso, chamativo, enorme, para registrar o tamanho do “obrigada” que preciso dizer! Não há... Assim mesmo, dentro do meu coração ele existe e se manterá para sempre! Márcia, não me esquecerei da tua calma, do teu carinho, do teu respeito, das angústias divididas, das tuas preocupações, do teu trabalho! Obrigada por caminhar comigo por 2 anos! E obrigada por existir, fazendo deste um mundo melhor só por isso...

À professora Maria Isabel Barros Bellini, a quem agradeço por aceitar o desafio de me guiar neste processo, mostrando-me um caminho muito mais bonito e divertido do que eu imaginava encontrar. Belinha, és ímpar! Foi um prazer ser tua orientanda!

Rendo agradecimentos especiais também às professoras Marilene Maia e Gleny Guimarães, que aceitaram compor a comissão avaliadora e por contribuírem de maneira relevante no momento da qualificação.

Agradeço ainda a UNIFRA, aos colegas e alunos que foram estímulo e força para seguir o caminho. Em especial à colega, professora Rosilaine C. Guilherme, com quem dividi planos mirabolantes para driblar os bloqueios criativos e a angústia dos tempos de dissertação.

À família, o agradecimento é pouco e sempre será... Não há palavras... Foi uma caminhada nossa, de todos! Foi um feito coletivo! Obrigada pelo “indizível”, pelo imensurável!

Agradecimentos ainda àqueles que não me acompanharam na evolução “científica”, mas que acompanharam os meus dias de mau humor, os meus dias de angústia, as minhas conquistas, os meus bloqueios criativos, as minhas fugas, as minhas ausências... Àqueles que nem sabiam direito, mas que foram muito, muito importantes, lembrando-me que a vida não era só os livros, nem só as preocupações... Houve muitos domingos de manhã, muitos sábados à tarde e muitas sextas à noite... Muitas horas no MSN, muitos e-mails, muitos telefonemas... Muito obrigada! Não seria possível “segurar” sem essas “pequenas” demonstrações de carinho...

Meu carinho

Àqueles que só mesmo o meu carinho tenho para dar em troca, tamanha a contribuição nesta caminhada...

A minha mãe, guerreira incansável, que batalhou ao meu lado com a bravura que lhe é peculiar, e que aceitou ver sua filha caçula se transformar em colega de profissão em tão curto período. Meu carinho e eterno obrigado pelas consideráveis noites de sono que perturbei, pelas horas me ouvindo, por se dispor a aprender comigo e, principalmente, por confiar em mim, mesmo que doesse.

Ao meu pai, que no seu silêncio me dizia tanto! Meu carinho a ele que, além de exemplo de integridade, foi “Macgyver”, em minha vinda à capital.

Ao meu irmão, meu cúmplice, que me acompanhou, me auxiliou, me viu crescer, e não me deixou na mão nunca!

Ao Rilton, por fazer de Porto Alegre o “País de Alice”, compartilhando o tempo, as conquistas e os desafios.

À Titi, minha grande amiga, pois não importa onde o vento nos leve, ela será sempre parte das minhas conquistas.

RESUMO

Esta dissertação buscou apresentar reflexões acerca do Processo de Trabalho do Assistente Social, em particular no campo da Saúde Mental, considerando a trajetória histórica desta temática, da Política de Saúde no Brasil, e o trabalho do Assistente Social nesta área. Para tanto, comprometeu-se em revisitar teoricamente o histórico da atenção à saúde mental, a reforma psiquiátrica, ampliando ainda os conhecimentos ligados à reforma sanitária e a inserção do Assistente Social como um profissional em saúde, consolidando-se como integrante das equipes multidisciplinares em Saúde Mental. Tendo como referência o método dialético crítico, a pesquisa realizada foi do tipo qualitativa, onde foram entrevistados Assistentes Sociais e outros profissionais que integram as equipes em Saúde Mental, todos vinculados a serviços de atenção à Saúde Mental no município de Santa Maria/RS. A coleta de informações foi realizada por meio de questionários, e analisadas através de análise de conteúdo. A partir desta construção, focou-se em discorrer acerca do Processo de Trabalho do Assistente Social, considerando suas particularidades no campo da Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social, Processo de Trabalho, Saúde, Saúde Mental.

ABSTRACT

This dissertation searched to present reflections concerning the Process of Work of the Social Worker, in particular in the field of the Mental Health, considering the historical trajectory of this thematic one, the Health Politics in Brazil, and the work of the Social Work in this area. For in such a way, it was committed in theoretically revising the description of the attention to the mental health, the psychiatric reform, extending still on knowledge to the Sanitary Reform and the insertion of the Social Work as a professional in Health, consolidating itself as integrant of the teams to multidiscipline in Mental Health. Having as reference the critical dialectic method, the carried through research was of the qualitative type, where Social Workers and other professionals had been interviewed who integrate the teams in Mental Health, all the tied services of attention with the Mental Health in the city of Santa Maria/RS. The collection of informations was carried by forms, and had been analyzed through content analysis. From this construction, this work was focus in discoursing concerning the Process of Work of the Social Worker, considering its particularities in the field of the Mental Health.

KEY-WORDS: Social Work, Process of Work, Health, Mental Health.

SUMÁRIO

	Pg.
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O CAMINHO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: DO CONTROLE DE EPIDEMIAS À UNIVERSALIDADE.....	14
2.1 Da Saúde dos Portos às Portas Abertas do Sistema Único de Saúde.....	14
2.2 E Depois do SUS? (Quem está falando sobre isto?).....	19
3 “DE MÉDICO E LOUCO TODO MUNDO TEM UM POUCO!” INCLUSIVE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL.....	25
3.1 Loucura <i>versus</i> Saúde Mental: do mito à doença.....	25
3.2 Reforma psiquiátrica no Brasil: “Aurora dos Nossos Tempos”.....	29
4 ASSISTENTE SOCIAL E O “MUNDO GRANDE” DA SAÚDE.....	36
5 ASSISTENTE SOCIAL: UM PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL.....	43
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: CAMINHOS PERCORRIDOS.....	50
7 PROCESSO DE TRABALHO: POR QUE FALAMOS AINDA?.....	56
7.1 Com a Palavra os Profissionais.....	56
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	77

1 INTRODUÇÃO

Era meu primeiro dia na Associação, estava lá como estagiária, e ajudaria no planejamento de um evento. Já conhecia as pessoas que ali estavam dos próprios corredores do hospital, mas não sabia bem o que me esperava. Na chegada, recebi muitos abraços, e as pessoas pareciam realmente felizes em contar com a minha contribuição, pensei então que aquilo era reflexo do trabalho da Assistente Social que eu acompanhava e que era realmente excelente.

Sentei-me, e, logo ao meu lado, sentou um senhor alegre, faceiro que me perguntou se eu “era nova” ali. Respondi afirmativamente, e, por eu estar de “jaleco branco”, perguntou-me de que área eu era, deduzindo que eu trabalhava no hospital. Expliquei-lhe que era Estagiária do Serviço Social, imaginando que logo teria que explicar a função do Serviço Social, como era de costume em qualquer grupo, desde que iniciara o curso...

Minha surpresa se deu quando o senhor abriu um largo sorriso, dizendo: “Ah! Vai ser Assistente Social! Uma baita profissão!”. Novamente, precipitei em pensamentos que ele conhecia o trabalho da Assistente Social dali, e, com certeza, reconhecia nele um bom trabalho. Foi então que ele contou:

– “Sabe, há uns 18 anos atrás, tu devia ser bem pequena, eu descobri que eu tinha essa doença: era ‘bipo’” – sorriu. “Num surto, me fui caminhando faixa afora e pegando carona, sumi de casa, porque a minha esposa não me aguentava mais, e estava me afastando do meu filho também. Ela não entendia que isso era uma doença, achava que sei lá, eu tava ficando louco, não queria mais trabalhar... Pois então, caminhando e de carona, fui parar em Pernambuco!”

Enquanto ele falava, eu era um misto de descrédito e fascínio, ouvindo atenta o desenrolar da história, que bem podia ser verdadeira, na mesma proporção que poderia ser delírio.

– “Fiquei uns dias perdido lá, dormi na rua, fui pra casa de uma mulher, mas ela também não me quis. Tanto aconteceu que fui parar no hospício! Fiquei lá quase um ano, abaixo de remédio e cordas, até que a Assistente Social de lá veio falar comigo. Ela foi a única que me ouviu.”

Contendo minha admiração, observei-o prosseguir.

– “Ela foi quase uma detetive, porque eu não tinha documento, nem nada! E quando falei pro enfermeiro que fui parar lá caminhado e de carona, ele riu. Ela não. Ela acreditou em mim, e em dois meses conseguiu falar com a minha irmã aqui, e viu que eu não estava mentindo, nem estava louco. Foi por causa da Assistente Social de lá, que eu voltei, senão, estaria lá até hoje!” – exagerou. Mas logo retomou: – “Ah, não! Não estaria não! Porque agora, com a reforma, não tem mais hospício lá, não...” – encerrou rindo, enquanto se levantava para iniciar a reunião.

Este foi o momento em que fui apresentada à Reforma Psiquiátrica, confrontando meu preconceito em relação ao usuário, e reconhecendo o trabalho do Assistente Social imerso na ousada proposta de atuar no campo da Saúde Mental.

O tema aqui trabalhado se desenvolve em torno do Processo de Trabalho do Assistente Social em Saúde Mental, e se desenrola ao longo de capítulos que convergem apropriação teórica, reflexões constantes e curiosidades, manifestadas, principalmente, ao longo do processo de pesquisa.

A questão proposta no título norteia esta construção do início ao fim, incitando a seguinte reflexão: “Por que estamos nós falando ainda sobre Processo de Trabalho do Assistente Social?”. Esta proposição se assenta, particularmente, no campo da Saúde Mental, porém, não exclui reflexões mais aprofundadas em outros espaços sócio-ocupacionais.

Compreender a Saúde Mental e sua estrutura de atenção atual demanda o entendimento de toda uma caminhada histórica secular. O atendimento nos velhos manicômios, as velhas práticas de tratamento foram superadas, e, hoje, dão espaço à atenção respaldada numa política de diretrizes internacionais, e a uma Política de Saúde universal e descentralizada.

A estruturação dos serviços de atenção à Saúde Mental se estabelece, focada em atendimentos multifacetados, em espaços multi e interdisciplinares, em cujas equipes profissionais também está inserido o Assistente Social. Nestes espaços, o profissional é chamado a desenvolver um trabalho balizado por princípios que dizem das proposições da Reforma Psiquiátrica e, em maior amplitude, do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Processo de Trabalho do Assistente Social se desenvolve em Saúde Mental – tal qual em outros espaços – sob os princípios do projeto profissional hegemônico da profissão, e, da mesma forma, compromete-se com os princípios das políticas com as quais trabalha.

Sendo assim, além do profissional desenvolver seu Processo de Trabalho focado no projeto ético-político da profissão, também se envolve na construção de outros projetos, como é o caso da política de Saúde e de Saúde Mental.

*De eterno e belo há apenas o sonho.
Por que estamos nós falando ainda?
Ora isso mesmo é que eu ia
Perguntar a essas senhoras...
(A Fernando Pessoa – Álvaro de Campos)*

No fragmento acima, Fernando Pessoa escreve a si mesmo o poema denominado “A Fernando Pessoa”, utilizando seu heterônimo “Álvaro de Campos”. Sensacionalista, Campos escreve, depois de, fantasiosamente, “ler” o drama “O Marinheiro” em “Orfeu I”, de Pessoa, e, por fim, questiona: “*Por que estamos nós falando ainda?*”.

Pessoa reflete sua produção através de heterônimo, questionando-se acerca da própria obra. Trata-se de uma reflexão endógena, embora travestida de outro nome, de outro ser.

Também as nossas dúvidas sobre o Processo de Trabalho do Assistente Social são endógenas? Podemos nós mesmos, enquanto profissionais, questionarmos nossas rotinas, nossas práticas cotidianas, nosso Processo de Trabalho? Podemos! E, assim como Álvaro de Campos, devemos escrever a nós mesmos, afirmando que de “Eterno e belo há apenas o sonho”, e, por isso, é preciso, permanentemente, refletir nossos fazeres profissionais, em busca da implementação cotidiana do projeto profissional e da compreensão sobre o próprio processo de trabalho.

A pesquisa aqui disposta propõe esta reflexão, tencionando responder ao problema de pesquisa “**Quais as particularidades do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental?**”, tendo como objetivo principal “**Identificar as particularidades do trabalho do Assistente Social no campo da Saúde Mental, no intuito de contribuir com a qualificação e com o fortalecimento da identidade do profissional Assistente Social sob a perspectiva da reestruturação de atendimento em Saúde Mental.**”

Entendendo que este é um tema que necessita de permanente construção e discussão, parte-se de um questionamento que tem como plano de fundo o campo

da Saúde Mental, mas que abre portas para outros diálogos em diversos espaços sócio-ocupacionais do Assistente Social.

2 O CAMINHO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: DO CONTROLE DE EPIDEMIAS À UNIVERSALIDADE

Ao iniciar uma discussão acerca da política de saúde, considerando sua importância entre as políticas sociais públicas, faz-se necessária a apreensão de elementos conceituais que fundamentam as bases de organização da atenção à saúde em determinados momentos históricos. Tal compreensão permite identificar as particularidades desta política, manifestadas não só nos conceitos próprios, mas nas ações de saúde, na atualidade, e em nível histórico.

Este capítulo apresenta os acontecimentos que permearam a construção histórica da Política de Saúde no Brasil, abarcando desde as primeiras ações em Saúde, até as reflexões atuais sobre a reforma sanitária e a “reforma da reforma”¹, abordada ao final do capítulo.

2.1 Da Saúde dos Portos às Portas Abertas do Sistema Único de Saúde - SUS

No Brasil, as ações Públicas de Saúde têm início oficial com a criação da primeira organização nacional de Saúde Pública, em 1808, relativa à Saúde dos Portos. Segue, a partir daí, uma cronologia de ações, em sua maioria, sanitárias, tendo ênfase, por mais de século, em ações que priorizavam as questões de higienização, profilaxia, vacinação e controle de epidemias.

O período de industrialização, por volta da metade do século XVIII, contribuiu para a criação de alternativas de atenção à saúde, uma vez que o aumento da população urbana traz consigo inúmeras questões relativas à saúde, em grande parte, em decorrência da falta de infra-estrutura urbana, demandando por ações de saneamento, controle epidemiológico, e profilaxia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Segundo BRAVO, (2006, p.91):

¹ Termo utilizado por CAMPOS, em sua obra Reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1997.

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam se transformar em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos, que se concretizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A concepção de Saúde como “ausência de doença” se estendeu durante um grande período, influenciando, inclusive, a assistência médico previdenciária e ações de saúde pública em 1923, prestadas pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), e após, em 1933, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Além de vincular as ações de saúde à previdência, segundo Cavalcanti e Zucco (2006), esse entendimento incentivava ações pontuais, fragmentadas e imediatistas.

Em âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, conceitualmente define Saúde como “resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos” (BUSS e IGNARA, 1996, p. 5), no qual o modelo para sua efetivação é baseado em campos de ação como “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos sistemas e serviço de saúde (BUSS e IGNARA, 1996, p 7).”

Teoricamente, o debate avança no momento que a definição de Saúde passa a determinar outros fatores que estão além da questão biológica, e isto possibilita também incentivo à diversidade profissional na atenção à saúde. Esta é considerada uma ação embrionária no que diz respeito à necessária intervenção multiprofissional para a viabilização das políticas de saúde, ampliando a gama de profissionais que integram as equipes de saúde. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006). Entretanto, segundo Cavalcanti e Zucco (2006, p.68):

[...] essa visão *avançada* de saúde mantinha a doença sob a responsabilidade do médico, colocando os demais profissionais na condição de paramédicos. Propunha, ainda, um estado ideal de saúde compartimentado em áreas (mental, física e social), que estão relacionadas ao organismo, sem situá-lo na realidade social, econômica e política na qual estava inserido. Esse entendimento deu a diretriz para a estruturação

dos serviços e para a formação e atuação dos profissionais de saúde na segunda metade do século XX.

Em 1948, no Brasil, a criação do primeiro Conselho de Saúde é considerada marco inicial da saúde pública moderna. A saúde da população passa a ser entendida como importante função administrativa de governo, sob o entendimento de que “Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores serão as possibilidades econômicas de um país”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esta observação encontrava respaldo na época, visto que a expansão econômica era interesse nacional e, por conseguinte, “investir em saúde” – principalmente do trabalhador urbano – era corroborar com o crescimento econômico do país.

Neste período, a saúde, segue vinculada à previdência, compondo uma visão de seguro social para os trabalhadores formais, sobretudo, no pós 45.

No período da democracia populista (1946-1963) a expansão do sistema de seguro social vai fazer parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha. Fenômeno este que ficou conhecido como massificação de privilégios e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário. (FLEURY, 2008, p.42)

Em 1953, o Ministério da Saúde e Educação desmembra-se em dois órgãos distintos, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde que assume as ações do, a partir de então, extinto Departamento Nacional de Saúde (DNS). Todavia, esta divisão é mais burocratizada do que efetiva, visto que,

Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

O período 1964-74, que abrigou a repressão da ditadura militar, em muitas instâncias, também foi marcado pelo binômio saúde-previdência, vinculando a ele ações de *repressão-assistência*². Porém, tencionando aumentar o poder regulador sobre a sociedade, legitimar o regime e servir como mecanismo de acumulação do

² Termo utilizado pela autora. BRAVO, 2006, p. 93.

capital, amplia a política assistencial, modernizada pela máquina estatal, (BRAVO, 2006).

É interessante observar que as principais características do sistema de saúde brasileiro, no período de 1964 até 1974, eram o privilegiamento do setor privado pelo governo e a medicalização da saúde. [...] a lucratividade e o controle da força de trabalho, a ampliação da cobertura previdenciária e a articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. A política de saúde brasileira, mais uma vez, retratava sua comunhão com os princípios da política econômica e com o sistema político imposto ao país. (CAVALCANTI, ZUCCO, 2006, p.69)

A financeirização pela qual passou a saúde neste período, com o incentivo aos serviços privados, e as crescentes críticas à prestação de atendimentos médicos ao trabalhador pelo sistema previdenciário, geraram insatisfação popular e incentivaram denúncias. Neste momento, setores se organizaram para pleitear reformas na saúde, e estas manifestações ganham tônus nas décadas seguintes, na perspectiva de pressionar o estado por mudanças significativas na atenção à saúde.

A chegada dos anos 80 confere novas perspectivas ao país, principalmente, no cenário sócio-político. Neste período, a efervescência, ainda contida, do final da década de 70, ultrapassa as paredes dos movimentos sociais, universidades e organizações políticas clandestinas e ganha a rua que, na, época se configurava como o expoente máximo da democracia.

Concomitantes à trajetória brasileira, as discussões sobre saúde ganham importância na cena internacional, materializadas na Declaração de Alma-Ata (1978), e na Carta de Otawa (1986), documentos que reforçam o conceito ampliado de saúde, e a definem a como direito humano fundamental. A declaração de 78 traz ainda a importância do envolvimento de outros setores, considerados fundamentais na promoção da saúde, dentre eles, o econômico.

No Brasil, a história se delineava enquanto transição democrática e, na saúde, organizavam-se profissionais, sociedade civil, representantes de instituições e pesquisadores, protagonizando o Movimento Sanitário, indicando a necessidade de repensar a política nacional. O ápice das discussões foi a VIII Conferência

Nacional de Saúde (1986), que concentrou estes atores e as reivindicações que representavam.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p.96)

Contudo, a Conferência não apontou somente a questão da saúde discutindo apenas o setor; foi além, como completa BRAVO (2006, p.96): “referindo-se a sociedade como um todo, propondo não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.” O legado da Conferência é canalizado para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, iniciados em 1987, incorporando a questão da saúde na agenda, denotando a importância dos debates difundidos no evento.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) incorporou a visão do movimento sanitário no capítulo da seguridade social, garantido a saúde a todos os brasileiros, como direito social, e, nesta perspectiva, o acesso integral à saúde não é mais privilégio dos trabalhadores, ou de contribuintes. Além de citar questões diretas, a CF/88 prevê questões relativas ao financiamento público das três esferas de governo, participação da comunidade e regulamentando a participação da iniciativa privada de modo complementar. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006)

Regulamentado em 1990 pelas Leis Federais 8080/90 e 8.142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado importante conquista popular, uma vez que o texto constitucional apresenta muitos dos interesses batalhados pelo Movimento Sanitário. Dessa forma, considera-se que, sendo um movimento composto de representantes de várias instâncias da sociedade, apresentou à Assembléia Constituinte aqueles que seriam os interesses da sociedade brasileira. A garantia da saúde como direito social corrobora esses interesses, respaldada, inclusive, em debates internacionais de defesa de direitos humanos.

Uma política reformista, que incluiu a privatização do patrimônio do Estado, a reforma administrativa introduzindo práticas gerenciais

oriundas dos negócios privados e a retirada do Estado da provisão de serviços, foi fortemente indicada pelas agências internacionais como a solução capaz de devolver ao país os níveis de crescimento social e econômico alcançados no passado. É na esteira do discurso reformista, de cunho marcadamente neoliberal, ditado pela orientação ortodoxa na economia dos últimos anos, que se desenvolveram os debates acerca da necessidade de reorganização do modelo de seguridade. (FLEURY, 2008, p.49)

A garantia constitucional do direito à saúde, bem como outros direitos sociais, sofreu o impacto da década de 90, que trouxe à história brasileira o momento de ápice de uma crise financeira embrionada em décadas anteriores. Unidos a uma crise política expressa no *Impeachment* do então presidente Fernando Collor (1992), estes fatos, sem dúvida, ofuscaram as conquistas sociais de 88 e foram matérias de críticas, sendo consideradas, inclusive por Collor, como “um entrave à governabilidade”.

Este item encerra a caminhada da Política de Saúde Brasileira, fazendo, portanto, uma relação evolutiva desde as primeiras ações em saúde relativas às epidemias, até o momento onde a garantia do direito à Saúde passa a ser universal. O título do item “Da Saúde dos Portos às Portas Abertas do Sistema Único de Saúde – SUS” recupera, desta forma, uma trajetória de transformações que estão intimamente ligadas às transformações do próprio país e suas conquistas sociais.

2.2E Depois do SUS? (Quem está falando sobre isto?)

“A novidade veio dar à praia
Na qualidade rara de sereia
Metade, o busto de uma deusa maia
Metade, um grande rabo de baleia

A novidade era o máximo
Do paradoxo estendido na areia
Alguns a desejar seus beijos de deusa
Outros a desejar seu rabo pra ceia

E a novidade que seria um sonho
O milagre risonho da sereia
Virava um pesadelo tão medonho
Ali naquela praia, ali na areia

A novidade era a guerra
Entre o feliz poeta e o esfomeado
Estraçalhando uma sereia bonita
Despedaçando o sonho pra cada lado

Ó, mundo tão desigual
Tudo é tão desigual
De um lado este carnaval
Do outro a fome total”

A Novidade (Herbert Vianna , Bi Ribeiro, João Barone, Gilberto Gil)

Na década de 90, as conquistas e os avanços na garantia do Direito Constitucional à Saúde não encerraram as discussões acerca do Sistema Único de Saúde, tampouco, deixaram de mediatizar debates sobre a permanente construção do SUS nos anos seguintes. Desde 1988, constroem-se e são implementadas alternativas que visam à efetivação do Sistema, admitindo, portanto, sua característica de processo, ainda não estabelecido completamente.

Trazer a letra da música “A novidade”, no início deste capítulo, inferindo uma alusão entre o SUS e a “sereia” relatada na canção, é provocar para um pensamento de que os novos paradigmas trazidos por este Sistema Único de Saúde são permanentemente alvo de discussões e diferentes concepções acerca do seu desenvolvimento.

A construção do SUS é diária, tanto nas instâncias administrativas, como nas executivas (as ações rotineiras dos Serviços de Saúde). A compreensão de que este é um processo inacabado permite vislumbrar implementações constantes, por meio de políticas e programas, concedendo um caráter de movimento a toda esta construção. Entretanto, também incorpora críticas, levando-se em consideração os 20 anos de Constituição Federal e a necessidade, ainda hoje, de superar velhos modelos e antigas concepções em saúde.

A concepção do Sistema Único de Saúde teve em seus princípios doutrinários um forte componente relacionado ao conceito de promoção à saúde. O SUS caracteriza-se como um modelo descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade. Baseia-se na doutrina da universalidade, equidade e integralidades do atendimento, garantindo à população o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (MENEZES, p.21, 2008)

Segundo BUSS (1998), a participação social e o empoderamento são eixos do processo de construção de políticas de promoção da saúde. O autor completa dizendo que a população precisa estar no centro da tomada de decisão, mas que,

para isso, se faz necessário o acesso à educação e à informação. MENEGHEL (2008), por outro lado, complementa, dizendo que, desde o momento da implementação do SUS, houve um boicote por parte de “elites”, que a autora caracteriza como os principais interessados na manutenção de um modelo privado de atenção à saúde.

Ambos os autores abrem uma discussão convergente, porém, não aprofundada. Observa-se que BUSS enaltece a participação da população, no sentido de que essa esteja no centro das discussões sobre as políticas. Assume, indiretamente, que outro grupo gerencia a tomada de decisões, e que somente por meio do empoderamento (que por sua vez é associado à educação e à informação), a população integrará este movimento. Na mesma direção, MENEGHEL anuncia que não é recente a manifestação de grupos em favor de “outra” política de saúde, e os caracteriza como “Elite”, deixando claro que, desde o início, o SUS não é plenamente resultado de manifestação popular, pura, e desinteressada.

A divergência que a autora aponta aparece romanticamente na canção que abre esta discussão. Os objetivos se diferenciam tanto nos grupos que discutem o SUS, quanto os grupos que disputam “a novidade” na canção.

*A novidade era o máximo
Do paradoxo estendido na areia
Alguns a desejar seus beijos de deusa
Outros a desejar seu rabo pra ceia*

Porém, quando a canção menciona que “*A novidade era a guerra entre o feliz poeta e o esfomeado*”, pode-se imergir na discussão a seguir, protagonizada por CAMPOS (1997), de que esta “guerra” é benéfica para a construção do modelo que se busca enquanto sociedade. O autor aprofunda a discussão questionando o estado de avanço da reforma sanitária e da constituição do próprio Sistema Único de Saúde. Ele observa que a idéia de destinar o poder – da decisão, construção e implementação das políticas – a este ou aquele grupo de atores sociais, fere o princípio de que o próprio antagonismo dos grupos constrói resultados mais abrangentes. É o que diz a seguir:

Essa posição subestima a importância dos conflitos decorrentes das diferentes inserções dos atores sociais no processo de produção e de suas diversas relações com o poder e o aparelho do governo, mesmo quando há socialização total ou parcial, dos meios de produção.

Assim, não são consideradas como antagônicas situações que levam os sujeitos a adotar diferentes projetos políticos de organização da sociedade, como é o caso das diferenças entre cidade e campo, trabalhadores e usuários de um dado sistema, governantes e governados, médicos e outros profissionais da saúde, etc. (CAMPOS, 1997)

Para o autor, não há uma única direção ou um exclusivo caminho na construção de um sistema em favor de uma sociedade. Completa, ainda, que são estas divergências que podem tornar a escolha mais completa e abrangente, beneficiando uma gama maior da população.

Segundo NETTO (2006), os projetos societários são, necessariamente, projetos de classe, mesmo que se apresentem de outra forma (culturais, de gênero, étnicos, etc.), pois as transformações capitalistas não reduziram a ponderação de classes sociais e do seu antagonismo na dinâmica da sociedade.

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos *macroscópicos*, como propostas para o *conjunto* da sociedade. Somente eles apresentam esta característica – os outros projetos coletivos (por exemplo, os projetos profissionais [...]), não possuem este nível de amplitude e inclusividade. (NETTO, p.2, 2006)

Os projetos societários, amplos e renováveis, devem ser flexíveis, para incorporarem novas demandas e aspirações. Nessa direção, transformam-se e se renovam permeados pela conjuntura histórica e política. Projetos societários que competem, fazem parte de uma estrutura democrática, contudo, há que se observar se esta concorrência de projetos é livre, e não impulsionada por uma minoritária elite. Dessa forma, remonta-se a aproximações anteriormente feitas por MENEGHEL, quando dizia que há um boicote ao SUS, por parte de uma elite.

RIZZOTO (2000, p.126) também menciona um grupo majoritário de decisões, porém, sem caracterizá-lo. Ainda assim, é clara a relação deste grupo com a “elite”, mencionada por MENEGHEL, principalmente, no que tange à categoria “decisões”, como é apresentado a seguir:

Parece que o desprezo à vida só causa indignação àqueles que são as vítimas do desdém; os demais, aqueles que detêm o poder de decidir e influenciar, permanecem inabalados, sugerindo alternativas que contribuem

para a continuidade do “progresso econômico” com quaisquer custos, mesmo que estes se traduzam como consideráveis dramas humanos. Pode-se também ler nestas “recomendações”, que a promoção da saúde deve ser feita apenas dentro de certos limites, a morte não deveria ser evitada a qualquer custo. Um certo índice de mortalidade seria necessário para manter o equilíbrio, mesmo que de “baixo nível”, entre a quantidade de pessoas e o grau de desenvolvimento alcançado pelo país ou região.

Todos os autores, porém, reúnem-se sob a crítica ao neoliberalismo, identificando-o como um fenômeno que tem atribuído ao estado o papel de “vilão”, incorrendo numa simplificação ideológica de “colapso da área pública”, por meio de um “excesso” de políticas sociais. Neste sentido, os neoliberais compreendem as políticas públicas como favorecimentos, filantropias, benesses, e não como direitos. Este entendimento reforça a idéia de que ao Estado cabe apenas a sua regulamentação, sendo que sua efetivação ficaria a cargo da própria sociedade, através de ações de empresas e de grupos sociais.

Partindo deste debate, segundo CAMPOS (1997, p.42): “Há uma crise sem precedentes no campo da saúde, decorrente, em parte, de determinações mais gerais, de ordem econômica e política; mas também, em grande medida, devido às limitações da própria alternativa hegemônica.” Com isso, diz ainda que há, no Brasil, um modo hegemônico de produzir serviços médico-sanitários: o modo neoliberal. Este “modo” influencia outra observação, a de que o Hospital ainda é o centro do sistema de saúde brasileiro, o que permeia, diretamente, a organização dos processos de trabalho, a captação de pacientes, a relação dos serviços com os pacientes e as formas de financiamento. (CAMPOS, 1997)

Esta centralização de atendimentos no Hospital, e na figura do profissional Médico, atinge não só a estrutura de referência e contra-referência, como a própria organização profissional nestas instituições. Este processo determina que os outros profissionais sejam “paramédicos”, trabalhando em atividades de apoio importantes, todavia, passando para uma classificação secundária de importância.

Para tanto, pode-se comparar a análise de CAMPOS à terceira estrofe da canção que diz

*E a novidade que seria um sonho
O milagre risonho da sereia
Virava um pesadelo tão medonho
Ali naquela praia, ali na areia*

Para o autor, mesmo os avanços da Política de Saúde ligados às conquistas populares, não podem “cegar” as percepções de que o SUS ainda tem muito que avançar e, de preferência, para longe do modelo hospitalocêntrico.

Superar este paradigma é tarefa difícil, pois envolve práticas, ideologias e entendimentos enraizados em concepções duras que diariamente se reproduzem nos serviços de saúde. Campos (2005), porém, aponta que a mudança precisa ser “inventada”, e, usando este termo, afirma que:

[...] qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas. (CAMPOS, 2005, p.30)

Esta iniciativa, ou projeto, de que fala o autor, converge com as expectativas do projeto hegemônico dos Assistentes Sociais em sua permanente busca pela igualdade social, frente à ofensiva neoliberal. Esta identificação é própria de um projeto societário, como apresentou NETTO (2006), que prima pela verdadeira liberdade e democracia, seja na Saúde, ou em qualquer outra instância da vida social.

Neste capítulo, propôs-se entender a centralidade do hospital como serviço de atenção à saúde e abrir caminho para compressões acerca de sua centralidade, também no histórico recente de atenção à Saúde Mental. Ter clareza sobre as discussões permanentes e atuais sobre o SUS subsidia, igualmente, as discussões em torno da Reforma Psiquiátrica e o remodelamento na atenção à Saúde Mental. Aludir o projeto societário majoritário e elitista a este paradigma “hospitalocêntrico” é abrir portas para a compressão deste modelo inclusive na Saúde Mental, onde é amplamente discutido.

3. “DE MÉDICO E LOUCO TODO MUNDO TEM UM POUCO!” INCLUSIVE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL.

“Nada tenho que ver com a ciência;
mas, se tantos homens em quem supomos juízo
são reclusos por dementes,
quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”
Machado de Assis – O Alienista

Neste capítulo, são regatados os caminhos que a atenção à Saúde Mental percorreu, considerando a importância da historicidade na construção da atenção à Saúde Mental, visto que é um modelo que se faz e se refaz endogenamente.

No momento em que a medicina assume a atenção à Saúde Mental, a “Doença mental” passa a ser um “problema de saúde”, sendo então vinculado à atenção à Saúde, ainda que de forma bastante particular como é apresentado a seguir.

O dito popular presente no título deste capítulo poderia muito bem se relacionar com a obra “O alienista” de Machado de Assis, onde o próprio médico se interna na “casa para loucos”, após perceber que internara quase toda a cidade no tal asilo. Simão Bacamarte, personagem literário e médico nesta ficção, era médico, ou era louco? Segundo o dito popular, os dois, como todos nós.

3.1 Loucura *versus* Saúde Mental: do mito à doença

A história que precede as configurações recentes de atendimento em Saúde Mental é longa, e perfaz um caminho milenar. Entendê-la é pressuposto para compreender as atuais articulações na atenção à Saúde Mental, e perceber como, ao longo dos tempos, a loucura mítica e sobrenatural passou à doença que exigia cuidado e tratamento.

Por volta do Séc. VII, no Egito, já havia instituições que abrigavam insanos e pessoas com algum tipo de comprometimento que interferisse em sua capacidade de viver em sociedade. (PESSOTI, 1996). Porém, antes mesmo das instituições e da concepção de Saúde/Doença Mental, as mais variadas manifestações inadequadas ao conceito de “normalidade” eram definidas como “loucura”. Neste campo, estavam inclusas todas as manifestações referentes à alienação, insanidade, demência, alucinações, delírios e outros comportamentos estranhos à perfeita ordem.

Porque ainda não havia o entendimento de um “problema de saúde”, a loucura era concebida e “tratada” como um problema espiritual por instituições religiosas que atribuíam as manifestações a agentes que se instalavam no indivíduo: espíritos, demônios, “encostos” etc. Esta compreensão, segundo Foucault (2000), sugeria que a loucura era uma manifestação sobrenatural, o que a tornava dogmática, misteriosa e assustadora.

Na idade média, eram associados ao demônio e vistos como entes possuídos e, por isso, passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome ou, em casos extremos, queimados em fogueiras como hereges. Este tipo de tratamento se estendeu até o século XVIII. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Responsabilizando-se pelo cuidado com os loucos, as instituições religiosas assumiram os cuidados destes indivíduos, utilizando a apartação social como solução. Os loucos, bem como outros “indesejáveis” (ladrões, doentes, criminosos), eram retirados do convívio social e institucionalizados. Na Europa, ao fim da idade média, os primeiros espaços a serem utilizados para este fim foram os Leprosários (antigas construções que anteriormente abrigaram doentes com lepra, para evitar o contágio e a disseminação da doença). (Foucault, 2000)

A idéia de “apartar” socialmente o louco estava intimamente ligada à salvação espiritual do indivíduo, que, uma vez possuidor de influências malignas externas, encontrava a redenção na morte, que era acelerada pela falta de condições dispostas nas instituições que os abrigava. (Foucault, 2000) Sabe-se, também, que a maioria das estruturas asilares em questão eram construídas muito longe dos centros urbanos, dificultando o retorno em caso de fuga, e retirando os “indesejáveis” de perto da “sociedade sadia”.

Segundo ROSA (2002), o louco, além de ser improdutivo, causava transtornos, algazaras nas ruas, e, principalmente, medo, uma vez que a sociedade criou uma imagem violenta e agressiva acerca da loucura, não bastasse a alienação. Além disso, o louco, não sendo responsável de si, exigia ser tutelado. Como um ser alienado, não poderia ser responsabilizado por suas ações, não poderia trabalhar, produzir ou servir. Ainda, segundo a autora, a responsabilidade da loucura passa a

ser delegada à medicina; e, tornando o louco um “doente”, transforma-o em um ser medicalizado e administrável.

Já em 1847, na França, estabelecendo-se como a primeira especialidade médica, através do trabalho de Philippe Pinel, surge a psiquiatria.

A loucura tornou-se uma questão médica e passaria a ser vista como uma doença que poderia e deveria ser tratada. Surgiram a clínica, como local de internação, e os estudos sobre psiquiatria. Com essa nova estrutura coube aos enfermeiros os cuidados com os loucos. Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o desconhecido representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O isolamento do louco passa a ser chamado de “isolamento terapêutico”, ganhando idéia de “cura”. A família, neste momento, encontra-se em dois lados. Um, onde é ameaçada, sendo necessário poupá-la e protegê-la da alienação, outro, onde é considerada a chave desta alienação, ou seja, o fator agravante para a evolução da loucura (ROSA, 2002).

Diferente dos leprosários, que tinham características de apartação social, os manicômios eram considerados lugares de cura, de custódia e assistência. Isso se expressa em uma sentença de Esquirol, alienista, aluno e seguidor de Pinel: “*No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos*”. Nesse pressuposto, o isolamento em manicômios e hospícios era também justificado pela própria estrutura, construída especialmente para abrigar, tratar e estudar os loucos³.

Pioneiramente, em meados da década de 60, já no século XX, surge na Itália e nos Estados Unidos um movimento que recebe o nome de Desinstitucionalização, preconizando uma real *Reforma Psiquiátrica*.

Atualmente, entendemos por Reforma Psiquiátrica um processo complexo no qual quatro dimensões simultâneas se articulam e se retroalimentam.

³ Na literatura, a obra O ALIENISTA (1882), de Machado de Assis, aborda a problemática das internações indiscriminadas nos manicômios em favor da ciência. Na ficção, grande parte dos habitantes de uma pequena cidade, considerados “desajustados”, acabavam na “Casa Verde”, o manicômio do local, construído por Simão Bacamarte, o alienista, justificado pelo estudo dessas manifestações para o progresso da ciência.

Por um lado, pela dimensão epistemológica que opera uma revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental. Por outro, na construção e invenção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, tais como os centros de convivência, os núcleos e centros de atenção psicossocial, as cooperativas de trabalho, dentre outras. Na dimensão jurídico-política, temos a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária (irresponsabilidade civil, periculosidade, etc), e a transformação, na prática social e política, de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos. Finalmente, na dimensão cultural, um conjunto muito amplo de iniciativas vai estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões formadas (com a ajuda da psiquiatria) sobre a loucura. É a transformação do imaginário social sobre a loucura, não como lugar de morte, de ausência e de falta, mas como também de desejo e de vida. (AMARANTE, 2008)

A desinstitucionalização trouxe, através de leis que remodelam o atendimento psiquiátrico, a implementação e a criação de serviços que substituem a internação prolongada, incentivando espaços para os portadores de sofrimento psíquico desenvolverem a capacidade criativa, laborativa e a inserção social.

Trata-se, pois, a desinstitucionalização, de uma concepção baseada em princípios éticos e democráticos, segundo a qual as pessoas acometidas de transtornos mentais não têm apenas a identidade de doentes, incapazes e perigosos, mas de cidadãos, com múltiplas identidades sociais (pai, filho, trabalhador, consumidor, eleitor e muitas outras), com os direitos individuais, sociais e políticos iguais ao de qualquer brasileiro, além de direitos especiais de cuidado (FALEIROS, 2002, p.32).

Em seu projeto original, segundo ROTELLI (2001, p. 36), a desinstitucionalização se caracteriza por três aspectos:

a) *A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados.*

b) *A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais.*

c) *A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação do manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformações dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, 2001, p. 36).*

Para o autor, estes três aspectos evidenciam a possibilidade de eliminar a internação do conjunto de competências psiquiátricas, incentivando a construção de respostas totalmente substitutivas. E complementa dizendo que esta “reforma” não se dá com a “desconstrução/reconstrução”, de espaços, equipes etc., do contrário,

aponta a reciclagem destes mecanismos integrantes da dinâmica anterior, numa visão progressista de mudança gradativa e permanente.

3.1 Reforma psiquiátrica no Brasil: “Aurora dos Nossos Tempos”

*“Baby, compra o jornal vem ver o sol
Ele continua a brilhar, apesar de tanta barbaridade
Baby escuta o galo cantar, a aurora dos nossos tempos
Não é hora de chorar, amanheceu o pensamento!”
Barão Vermelho*

A Reforma Psiquiátrica foi considerada pelos membros do movimento desinstitucionalista uma avanço sem precedentes. No Brasil, esta história se descreve de forma peculiar, em virtude dos movimentos societários da década de 80, precedidos por um período repressor de ditadura militar. A “*A aurora dos nossos tempos*”, a que se remete a música, pode ser relacionada aqui a este despertar político social do movimento pela reforma, porém, pode-se considerar também que todo o período da década brasileira de 80 foi um alvorecer de amadurecimento social e político – “*amanheceu o pensamento*”.

Enquanto o movimento de Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização ganhava território internacional, por volta da década de 60, o Brasil enfrentava o início de um governo ditatorial, onde as mobilizações sociais eram fortemente oprimidas. O cenário político-social era tempestuoso e as manifestações severamente controladas, censuradas e, por vezes, punidas.

No final da década de 70 e início da década de 80, inicia-se, junto a muitos outros movimentos sociais, a luta de profissionais da saúde, e da própria sociedade civil, pela reforma sanitária. Paralelamente, os profissionais da saúde mental se unem em prol de uma reforma psiquiátrica, realizando, em 1987, as margens da aprovação da Constituição Brasileira de 1988, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como tema a discussão da Cidadania e Doença Mental. (VASCONCELOS, 2000)

No Brasil, a Política de Saúde Mental visa, principalmente, a desospitalização, e o conseqüente fortalecimento da rede intermediária entre

tratamento ambulatorial e internação hospitalar, através de iniciativas municipais e estaduais, enfatizando ainda as ações de reabilitação psicossocial dos pacientes. É importante entender que o termo “reabilitação” não representa aqui uma “volta”, um “habilitar-se novamente”, tampouco, uma atividade que envolve uma habilidade física; deve-se vê-la como:

[...] uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitem de cuidados igualmente complexos e delicados (PITTA, 2001, p. 21).

Na dimensão jurídico-política, a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, trata do remodelamento do atendimento ao Paciente Psiquiátrico, e demorou 11 anos para ser aprovada, desde a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado (1989). Isto, segundo Faleiros (2002), evidencia uma dificuldade em negociar sua política, uma vez que se apresentavam interesses antagônicos entre os defensores das internações em hospitais psiquiátricos e na sua manutenção, e os defensores da "psiquiatria democrática", com inclusão social e atendimento aberto para a saúde mental.

A partir da promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS. A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros. A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem. A reestruturação da assistência, principal pilar da Reforma, contava desde 1990 com a Declaração de Caracas, documento norteador das políticas de Saúde Mental. Os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde buscaram soluções efetivas para esta área, sustentados por vigoroso movimento social e com diretrizes pactuadas em duas conferências nacionais, de 1987 e 1992. A partir da promulgação da Lei e da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, o processo se acelera, mostrando vitalidade incontestável e resultados cada vez mais estimulantes. (ALVES, 2008)

Alguns serviços de atendimento à Saúde Mental já estavam reavaliando suas práticas e dinâmicas e promovendo mudanças, porém, foi mesmo a partir de 2001 que a nova Política de Saúde Mental ganhou visibilidade, e, gradativamente, vem se

solidificando. A promulgação da Lei Paulo Delgado configura um marco na Reforma Psiquiátrica Brasileira, e ratifica a orientação desinstitucionalista como projeto hegemônico em Saúde Mental.

O Estado do Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros nos movimentos pró-desinstitucionalização no País. Numa tentativa de consolidar a reforma psiquiátrica, surgiram, em meados de 1980, serviços alternativos, semelhantes aos atuais CAPS, introduzindo mudanças significativas no atendimento (na sua dinâmica e estrutura), do paciente em Saúde Mental, descaracterizando o isolamento e a exclusão social como alternativa de tratamento.

Outros Estados também mobilizados por estes ideais aprovaram suas leis que, em relação à Lei Federal, são mais completas e mais avançadas. Ainda no caso do Rio Grande do Sul, a Lei nº 9.716, de agosto de 1992, é notavelmente anterior à Lei Federal, o que deflagra a mobilização da sociedade e dos profissionais da área na luta pela reforma psiquiátrica.

A reestruturação de atendimento da saúde mental, motivada pelo movimento de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica, impulsionou a implementação de diferentes formas de atendimento ao portador de sofrimento psíquico. Entre elas, estão os residenciais terapêuticos, as cooperativas, os leitos em hospital geral (excluindo a idéia de hospitais psiquiátricos) e os Centros de Atenção Psicossocial. Este último – os CAPS – vem sendo implantados em todo o país, e é um dos serviços substitutivos mais implementados. Segundo o Ministério da Saúde (2008), são:

[...] serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. [...] É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental.

Estes serviços inauguram uma nova era de atenção à saúde mental, na qual a opressão, a verticalidade dos serviços, e a medicalização como centralidade, são

substituídas por um espaço onde interagir, além de um direito, é uma premissa. Nesse espaço, a idéia de que “atendimento bom é o realizado no hospital” sofre uma modificação significativa, ajudando a romper esta idéia secular. Nos CAPS, assim como em outros serviços de atendimentos especializado, são disponibilizados atendimentos e acompanhamentos diretos de vários profissionais, formando uma equipe de diferentes especialidades, todas contribuindo objetivamente para a atenção ao paciente.

Em 2006, no Brasil, havia 475 residenciais Terapêuticos em funcionamento, atendendo cerca de 2.500 pacientes. Segundo o Ministério da Saúde (2008):

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinados a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM n.o 106, de 11 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Os CAPS e as Residências Terapêuticas rompem com a idéia dos manicômios, de que as diversidades devem estar o mais longe possível das cidades, de forma que a população não as veja. Geralmente, esses “novos” serviços estão instalados em casas, dentro dos bairros, iguais às demais residências. Essa aproximação é benéfica para os usuários do CAPS, visto que não precisam se deslocar para longe com vistas a realizar seu atendimento, podendo conviver normalmente em um local que lhes é familiar, e colabora também na relação com a comunidade que pode conviver com os usuários, superando a idéia da “insanidade” e do “perigo”, comumente associada às pessoas com transtorno mental.

Atualmente, a centralidade dos CAPS no atendimento à saúde mental está disposta na figura a seguir.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

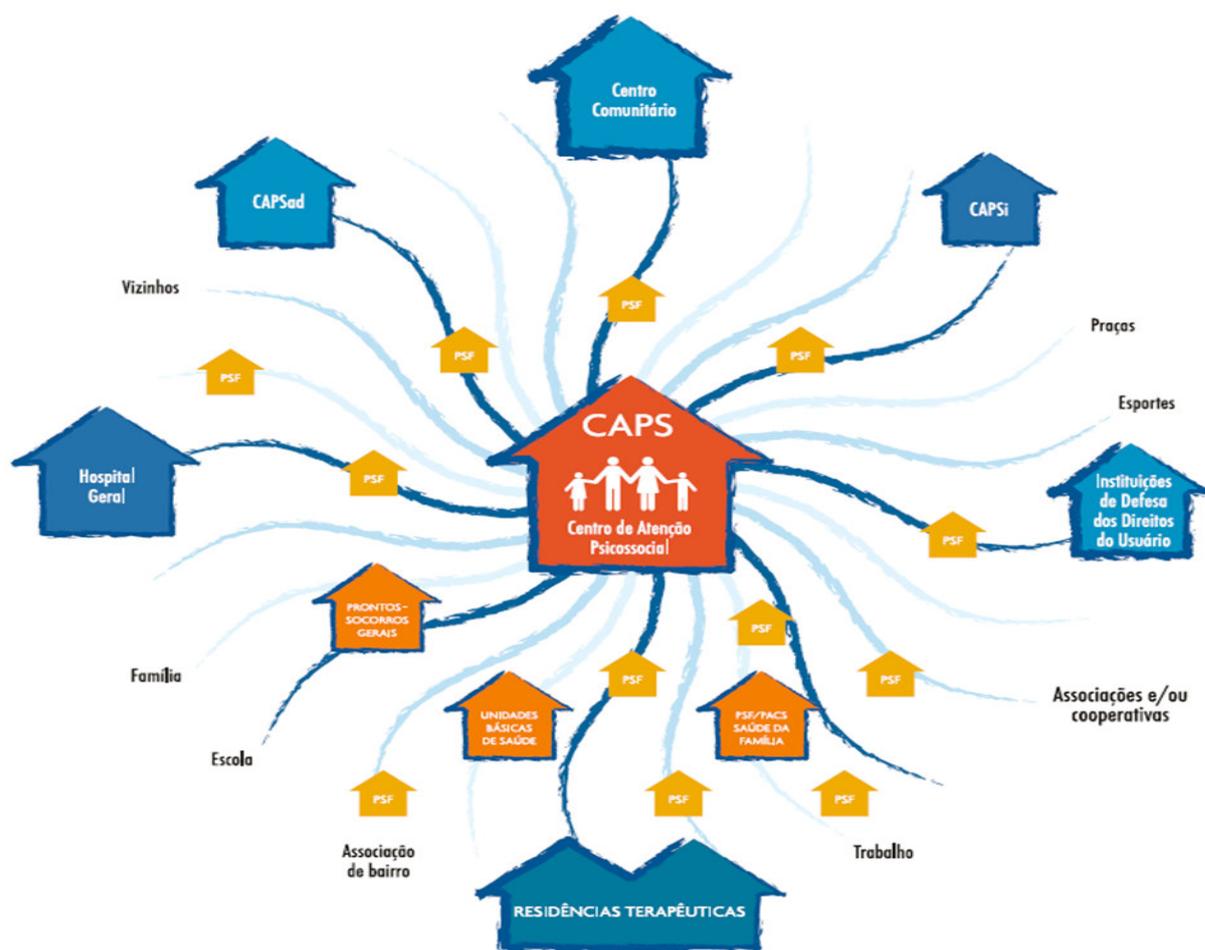


Figura 1. Rede de atenção à Saúde Mental
Fonte: Ministério da Saúde (2005)

Existem tipos diferentes de CAPS, com atendimentos e especialidades diferenciadas e voltadas a públicos específicos. Segundo o Ministério da Saúde, eles se classificam da seguinte forma:

Igualmente, fazem parte da denominada rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais-Dia, as Cooperativas de Trabalho e os Centros de Convivência. Contribuem, também, – e diretamente – para a implementação desses serviços, a redução de leitos psiquiátricos, compondo a Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica do SUS⁴. A nova organização estrutural, impulsionada pela reforma psiquiátrica,

⁴ O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) foi instituído em 2004, pela Portaria MS/GM n.º 52/04, visando uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria. Este programa foi discutido

baseada em serviços substitutivos às internações prolongadas, é realmente um avanço significativo no tratamento e cuidado em Saúde Mental. Contudo, a visão romântica da canção ao dizer “*Não é hora de chorar, amanheceu o pensamento*”, poderia incorrer em uma percepção acrítica acerca deste desenvolvimento, considerando apenas os avanços, e não as novas questões que ele apresenta aos seus atores.

O entendimento do CAPS, como articulador, organizador e aglutinador da rede, não é, por si só, um alvorecer “mágico” que encerre em si a chave para todas as problemáticas. Mesmo porque, a concepção Basagliana imprime à Reforma Psiquiátrica uma transformação endógena dos serviços, utilizando-se, muitas vezes, da mesma estrutura física disponível e dos mesmos profissionais. Ora, utilizar-se da mesma estrutura e dos mesmos recursos humanos promove o risco de arrastarem-se pesadas correntes das velhas práticas em saúde mental para novas estruturas. Esta crítica se assenta, portanto, na necessidade de ruptura com o modelo epistêmico de psiquiatria; com o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; com o princípio pineliano de isolamento terapêutico e com princípios de tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras.

Para que os CAPS, por exemplo, sejam serviços realmente novos, é preciso romper com a ordem ética, política e epistemológica, em relação à imagem representada pelos ambulatórios e hospitais. Retoma-se, aqui, portanto, uma discussão apresentada no item 2.2, sobre a centralidade do hospital como local de atenção à saúde.

A centralidade do hospital (psiquiátrico), como referência de tratamento em Saúde Mental, tem íntima ligação com o histórico deste campo. A centralidade de referência na figura médica também responde a uma trajetória de responsabilização do profissional pelo tratamento do “louco” – e, após o advento da medicina, “doente”. Contudo, além do caminho evolutivo da atenção à Saúde Mental, estas centralizações, como foram vistas, também estão ligadas às peculiares

amplamente com gestores estaduais e municipais de saúde e prestadores filantrópicos e privados, com o objetivo de formular uma proposta de reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, visando à redução de leitos e a melhoria da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos.

configurações da Saúde como um todo, e da instituição hospital como referência de tratamento e atenção.

Romper com os modelos hospitalocêntrico e ambulatorial é um desafio para a Saúde Mental no momento que pode ser considerado um entrave à real implementação de novos serviços descentralizados. Porém, há que se considerar as dimensões desta ruptura, ponderando a indelével marca que a instituição hospitalar tem na referência cotidiana de atenção em saúde. Primar pelo modelo de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde, e a implementação constante dos níveis de complexidade para o atendimento, também pode ser uma opção oportuna na superação de paradigmas em Saúde Mental.

4 ASSISTENTE SOCIAL E O “MUNDO GRANDE” DA SAÚDE

*Tu sabes como é grande o mundo.
Conheces os navios que levam petróleo e livros, carne e algodão.
Viste as diferentes cores dos homens,
as diferentes dores dos homens,
sabes como é difícil sofrer tudo isso, amontoar tudo isso
num só peito de homem... sem que ele estale.*

Mundo Grande - Carlos Drummond de Andrade

Este capítulo dedica-se à imersão na relação do Assistente Social e do Campo da Saúde. Aqui, propõe-se analisar como este profissional se inter-relaciona com a Saúde, considerando seu conceito ampliado e multidimensional.

A alusão ao poema de Drummond remete ao quão íntimo é o Assistente Social às questões que permeiam o cotidiano dos usuários atendidos nos mais diversos campos onde se imerge. Neste momento, fala-se em específico da saúde, em seu “mundo grande”, onde a profissão tem uma trajetória peculiar, por ser o campo que mais absorve Assistentes Sociais no Brasil.

Ver “*as diferentes dores dos homens*” e “*saber como é difícil sofrer tudo isso*”, também pode, aqui, remeter às elaborações e reelaborações que se demandam dos Assistentes Sociais em relação ao SUS. A tarefa diária neste campo não sobrepõe o caráter pró-positivo e crítico do profissional, muito pelo contrário, precisa ser combustível deste processo, a partir do conhecimento sobre este “mundo grande”, a que chamamos à Saúde, neste espaço.

Vista como um espaço de atenção multidimensional, a saúde é também um campo de atuação multiprofissional, onde diversas especialidades desenvolvem processos de trabalho em espaços comuns. O Assistente Social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, inclui-se neste meio, implementando sua ação, considerando suas particularidades.

Segundo Costa (2006, p.310):

[...] a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de

necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Isto indica ainda que é o cotidiano institucional que revela a existência de um conjunto de demandas que sugere a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde. (COSTA, 2006)

Esta perspectiva ratifica a necessidade do trabalho do Assistente Social em equipes de saúde, consubstanciada no processo de trabalho do profissional enquanto integrante de um processo de trabalho coletivo integrado, em favor de ações em saúde. Desta forma, pode-se incorrer na seguinte questão: É o Assistente Social um profissional da Saúde?

A questão possibilita algumas elucidações, uma vez que a formação do profissional não é unicamente voltada para a área da saúde, e sim multifacetada em virtude da imensa gama de possibilidades para a inserção profissional. Considerando a área de conhecimento, a formação básica em Serviço Social⁵ pertence à Área de Ciências Sociais Aplicadas, contudo, isso não limita a ação profissional nem as relações de trabalho com profissionais de diferentes áreas de formação. A maior prova está na própria área da Saúde, onde, segundo Costa (2006), o Assistente Social é a 4ª categoria profissional de nível superior na composição das equipes de saúde. Esta informação também vem ao encontro de que “a área da saúde é tomada como referência por ser um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes” (Bravo, 1996, p.13)

Historicamente, o Serviço está inserido na Saúde desde a sua gênese, de forma que vale apontar, inclusive, que a sua demanda inicial – quando o entendimento de “Serviço Social” profissional era embrionário e de concepção totalmente diferente à atualidade – o fez surgir sob o entendimento de uma “subprofissão” em relação à medicina. Desse modo, pode-se dizer que o surgimento da profissão, por si, é atrelado à área da saúde, porém, com as diversas

⁵ Entendida aqui como a Graduação em Serviço Social.

transformações societárias, inúmeras mudanças na prática profissional também foram instituídas.

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência européia e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde. (BRAVO e MATOS, 2006, p.2)

Já em âmbito contemporâneo, perceber o Assistente Social como um profissional da saúde (e não somente em saúde), remete a algumas percepções a serem consideradas, entre elas, a de sinergia com o campo, o que certamente é positivo do ponto de vista da integração e interação multiprofissional na composição das ações em saúde. Entretanto, esta imersão nas especificidades do campo pode exercer influência na qualificação profissional, uma vez que o Assistente Social pode, gradativamente, sobrepor os processos de trabalho coletivos sobre o seu próprio, podendo, inclusive, sobrepor os saberes específicos do coletivo ao seu projeto profissional⁶.

Para Bravo e Matos (2006, p.212):

O problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. [...] o problema não está no domínio das teorias que abordam o campo psi ou sobre as doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

Fatores como o conceito ampliado de saúde; a garantia da saúde como direito social a partir da CF/88; a conseqüente universalidade na atenção à saúde; a composição multiprofissional e interdisciplinar do atendimento em saúde, entre outros, ratificam a necessidade do trabalho do Assistente Social, sem ferir o projeto profissional que, em muito, se identifica com as ações em Saúde, e mesmo com a garantia da Saúde como direito social legitimado.

⁶ Não se afirma aqui que os saberes coletivos são contrários aos saberes particulares, nem lhe é atribuído grau de valor.

Transcendendo a discussão de que o Assistente Social é um profissional extremamente necessário às práticas em Saúde, é flagrante que, embora por formação básica, o Assistente Social não seja caracterizado como um profissional da saúde, por mérito, ele pode ser considerado um profissional da saúde quando integrante deste campo.

O trabalho do Assistente Social na saúde deve considerar, acima de tudo, o seu projeto profissional conjuntamente ao projeto da reforma sanitária, o que é claramente possível sem a necessidade de “invasão” de áreas. Esta postura de valorização das especificidades do Serviço Social, no entanto, não pode ignorar a proposta cada dia mais atual de formação generalista em saúde – que é cada vez mais visível nas capacitações e atualizações profissionais. E, sobre este ponto, certamente, o Assistente Social possui vantagem, pois sua formação básica já se imbuí desta característica, onde o Currículo Mínimo em Serviço Social⁷ garante a amplitude de conhecimento, versando sobre diferentes conteúdos que compõem uma formação generalista. Não obstante, habilitando o profissional à atuação em diferentes áreas, porém, pautado sob o mesmo projeto de profissão.

A consolidação do trabalho do Assistente Social na saúde pressupõe do mesmo um conhecimento adensado sobre políticas públicas, em particular a do SUS, e como elas são garantidas à população. Isto requer do profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde: de prevenção a tratamento, rede de atenção, estruturação do atendimento e, teoricamente, a trajetória de conquistas sociais brasileiras, entre elas a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988.

Em outras palavras, segundo Cavalcanti e Zucco (2006), o Assistente Social precisa ter domínio teórico e técnico sobre a política em que direciona sua atuação, todavia, isto não impulsionará, por si só, a efetivação dos princípios ético-políticos da profissão, presentes em seu projeto profissional. Para isso, o profissional dependerá

⁷ O currículo mínimo proposto pela ABEPSS resulta de um amplo processo de debate entre as Unidades de Ensino de Serviço Social brasileiras, com o apoio do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e da Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social – ENESSO, realizado desde 1994, com vistas à revisão do currículo implantado em 1984. Este processo culminou com a elaboração do documento base do currículo mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 08 de novembro de 1996, contido na proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social.

de sua clareza acerca das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, na garantia do acesso à política de saúde.

Segundo NETTO, (2006, p.4):

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Os projetos profissionais são frutos de construção coletiva de um grupo afim, porém, heterogêneo, no entendimento de que cada sujeito que o compõe é único e diferente. Para serem efetivos, devem ser hegemônicos dentro das bases da categoria, e, por conseguinte, representar o coletivo em sua maioria, pois, como apresenta Netto, mesmo dentro de uma única categoria, nunca haverá um único projeto.

Para o autor, um dos pontos mais importantes dos projetos profissionais é a sua ligação com um projeto societário convergente, em ideais semelhantes.

Da caracterização de projeto profissional acima apresentada, infere-se que ele envolve uma série de componentes distintos: uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas etc. São várias, portanto, as dimensões de um projeto profissional, que deve articulá-las coerentemente. (NETTO, 2006, p.7)

Mesmo que o projeto profissional dos Assistentes Sociais remonte datas do “século passado”, como se refere Netto (2006), ele é considerado um avanço da categoria dentro de uma crítica engendrada em suas próprias bases, na intenção de romper com o conservadorismo. Conforme o autor:

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitou o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo

profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes. É desnecessário dizer que esta repercussão não foi idílica: envolveu fortes polêmicas e diferenciações no corpo profissional – o que, por outra parte, é uma saudável implicação da luta de idéias. (NETTO, 2006, p.11)

Este processo de renovação do Serviço Social é concomitante dentro da Saúde, com outro processo também renovacionista: a reforma sanitária. Segundo BRAVO e MATOS (2006, p.7), embora ambos os movimentos tenham suas primeiras manifestações antes mesmo do período de abertura política, atingem a maturidade somente na década de 80. Este fato corrobora a ampla identificação do Assistente Social com a Saúde, seu maior campo de trabalho.

Ainda que estes processos sejam simultâneos, a crítica se constrói no entorno da desarticulação dos setores mais progressistas da profissão com a reforma sanitária. Soma-se a isto o fato de que tanto o projeto profissional do Serviço Social, quanto o projeto de reforma sanitária sofrem com a ofensiva neoliberal no início da década de 90, quando a estruturação de ambos os projetos ainda era incipiente. É nesta década que a estratégia de rearticulação do capital traz consigo a defesa de um Estado mínimo para o social, a precarização e a redução das conquistas trabalhistas, em nome da adaptação a um sistema que ganhava terreno mundialmente.

É sobre esta tensão – entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal – que vai se debruçar o Serviço Social. Por mais que, enquanto categoria, o Serviço Social ainda não tenha nessa década intervenção no movimento sanitário, há um reconhecimento interno na categoria da defesa estratégica do SUS. (MATOS, 2003, p.91)

A defesa do SUS é motivada pela concepção de políticas sociais, tecendo ligação com um projeto societário voltado ao fortalecimento do Estado e da real Democracia, e estes pontos convergentes foram produzidos de maneira coletiva antes mesmo da década de 80. Ainda assim, é de comum acordo de inúmeros autores que a década de 80 é tão importante à Reforma Sanitária, quanto à renovação do Serviço Social, mesmo quando observadas isoladamente.

A relação entre a reforma sanitária e o projeto profissional dos Assistentes Sociais,

aqui explicitada por diversas vezes, pode ser melhor observada quando apresentados seus princípios.

Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais	Princípios do Projeto de Reforma Sanitária
Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;	Universalidade: A defesa de que toda pessoa, independentemente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo	Descentralização: A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem, com isso, desobrigar os estados e o governo federal
Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;	Hierarquização: Que os serviços de saúde sejam estruturados, de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas.
Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida	Integralidade: A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre a assistência preventiva e a curativa.
Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática	Regionalização: Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças	Participação Popular: A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto, o exercício do controle social.
Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual	
Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero	
Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores	
Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional	
Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.	

Figura 3: Quadro comparativo dos Princípios do Código de Ética do Assistente Social e dos princípios da Reforma Sanitária.

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir das observações de MATOS, 2003.

5 ASSISTENTE SOCIAL: UM PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

*Eu vejo a vida mais clara e farta
Repleta de toda satisfação
Que se tem direito
Do firmamento ao chão
Tempos Modernos - Lulu Santos*

No Brasil, no período do final da ditadura militar, como em outros países, os trabalhadores da saúde mental reuniram-se para discutir acerca de modificações na abordagem clínica do tratamento psiquiátrico, reivindicando o fim de instituições asilares, manicomiais e hospitalocêntricas e a humanização do atendimento do paciente (VASCONCELOS, 2000). Estes movimentos não só demonstram o interesse perante a saúde mental, como mostram que muitos outros profissionais se envolvem no atendimento à pessoa com transtorno mental, e, entre estes profissionais, o Assistente Social.

O trabalho em equipe na saúde mental deixa de abarcar só o *status* “saúde” ou “doença” do paciente, e passa a acompanhar todo o desfecho do contexto histórico-social deste. Cada área trabalha dentro da sua especialidade, para fazer com que o tratamento seja mais eficiente e menos traumático. As abordagens específicas acabam por formar uma rede de atendimento direta, onde todos os problemas que permeiam e se entrelaçam em torno da pessoa com transtorno mental ganhem atenção qualificada, de forma a serem resolvidos ou minimizados, numa tentativa de amenizar todo o sofrimento do paciente, e não só o “controle” de “sua doença”.

Como mostra Vasconcelos (2000), é cada vez mais clara a necessidade de uma equipe, seja ela multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. Hoje, torna-se impossível, dentro dos novos moldes de atendimento, dar assistência à pessoa com transtorno mental, sem o trabalho permanente de outros profissionais, a saber, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, sem esquecer-se de mencionar os inúmeros técnicos administrativos, responsáveis pela organização dos serviços. Este atendimento multiprofissional está respaldado legalmente no art. 4º da Lei Federal nº 10.216, por exemplo, que diz:

§ 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.

A demanda pelo Serviço Social na Saúde Mental só vem corroborar as novas articulações desinstitucionalistas que lutam por uma mudança no atendimento às pessoas com transtorno mental. O Assistente Social se tornou indispensável nas equipes multidisciplinares que atendem a Saúde Mental, e desempenha atividades não só com o paciente, mas também com a família, profissionais da área, com a rede de atendimento e com a comunidade em geral.

Este profissional prima pela inserção social, tentando eliminar a convivência dos pacientes dos ambientes “zero de trocas sociais”⁸, mesmo que este ambiente não seja o hospital psiquiátrico. Estes locais podem ser a própria residência, ou mesmo um serviço de atendimento que ainda mantenha as velhas práticas institucionalistas. Segundo FALEIROS (2002, p.36):

Nesta proposta profissional os assistentes sociais têm um papel fundamental. Trata-se de romper o “dentro”, do hospital psiquiátrico, da casa, do quarto, da doença, inserindo os usuários no “fora”, na sua casa, na cidade, na sociedade, na vida cotidiana, nas trocas afetivas e sociais, no trabalho, no consumo, na informação, no lazer, na saúde. Fortalecendo suas redes primárias e secundárias, fragilizadas ou destruídas por internações, medos, preconceitos, incompreensões.

Além disso, a autora complementa dizendo que o trabalho do Assistente Social voltado aos pacientes com transtornos mentais se dá sob a perspectiva de trabalhar pela cidadania dos usuários, viabilizando-lhes o acesso à informação, aos direitos econômicos, sociais e políticos, para que se fortaleçam na busca da garantia de direitos, denunciando, também, os casos de violação (FALEIROS, 2002).

A atuação do serviço social não se limita a interagir somente dentro da equipe. Muitas vezes, o profissional realiza visitas domiciliares, entrevistas, encaminhamento a benefícios assistenciais e previdenciários e, ainda, encaminhamento à rede. Estes são exemplos de práticas que nem sempre estão ligadas a uma problemática interdisciplinar, embora o paciente seja atendido por

⁸ Expressão utilizada por FALEIROS (2002) e AMARANTE (2004), para descrever os ambientes onde o paciente é privado de contato social, ou mesmo de trocas significativas que impulsionem de forma benéfica o seu tratamento.

vários profissionais simultaneamente. São atividades geralmente atribuídas exclusivamente ao Assistente Social, que deve ter muita clareza para desempenhar seu trabalho, tendo conhecimento do objeto da profissão, seus instrumentos de trabalho e acerca do projeto ético político da profissão.

Para IAMAMOTO (2005, p.57), é preciso “apreender a ‘prática profissional’ como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho”, pois, segundo sua dimensão sócio história de representatividade, o trabalho “é uma atividade que tem necessária dimensão ética, como atividade direcionada a fins, que tem a ver com valores, com o dever ser, envolvendo uma dimensão de conhecimento e ético-moral.”(IAMAMOTO, p.61).

Desta forma, ainda segundo lamamoto (2005), qualquer processo de trabalho implica na transformação de uma matéria-prima, um objeto, onde o sujeito incide a ação, e, para isso, são necessários, ainda, instrumentos. Para o Assistente Social:

O objeto de trabalho, aqui considerado, é a questão social. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional [...]. Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto de trabalho profissional. (IAMAMOTO, 2005, p. 62)

E acerca dos instrumentos, a autora completa dizendo que

*A noção estrita de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o *conhecimento como um meio de trabalho*, sem o que esse trabalho especializado não consegue afetar sua atividade ou trabalho. As *bases teórico-metodológicas* são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam. [...] Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo de seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho. (IAMAMOTO, 2005, p.63)*

É preciso que o Assistente social tenha conhecimento sobre estes elementos, seja no campo da Saúde, da Saúde Mental especificamente, ou em qualquer outro, pois estes posicionamentos da categoria independem do campo de atuação, são constantes presentes no trabalho do Assistente Social. Caso contrário, o profissional realizará apenas uma prática burocratizada, desvinculada de sentido, colocando em risco qualquer sujeito que depender de suas ações, por não conhecer a fundo sua

centralidade, ou seja, a centralidade do seu trabalho (SANT'ANA, 2000). Estaria, nesse pressuposto, indo de encontro ao princípio fundamental do “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”, presente no Código de Ética dos Assistentes Sociais.

Segundo SANT'ANA (2000, p.82)

No cotidiano institucional, a aparente polivalência, expressa através de uma prática indiferenciada, é bastante freqüente. Os dados mais preocupantes dessa aparente polivalência, no entanto, são decorrentes da ação sem nenhum respaldo teórico, que tem como único referencial o senso comum ideologizado. Nesses casos, o desrespeito para com o usuário e sua estigmatização constituem a marca do atendimento.

A prática no campo da saúde mental remete, também, a quanto os trabalhadores podem se envolver em saberes seculares que acompanham o histórico desta temática. E, muitas vezes, podem reproduzir métodos há muito superados, por lhes parecerem mais corretos, familiares, ou mesmo pela falta de conhecimento acerca de novas práticas para com o paciente com transtornos psíquicos.

De forma geral, o Assistente Social se encontra mais distante desta reprodução de antigos saberes na saúde mental, pois sua função não é diagnosticar sintomas, tampouco receitar tratamentos. Mesmo assim, precisa estar certo de que se inscreve em processos de trabalho, e que sua contribuição profissional tem impacto efetivo nos resultados previstos, uma vez que, geralmente, é o profissional mais próximo da realidade do indivíduo, e ao qual a família julga ter acesso irrestrito, criando vínculos de referência dentro do espaço de tratamento.

A responsabilidade do Assistente Social é indiscutível, e refletir sobre a efetivação do seu trabalho nos serviços de atendimento à Saúde Mental contribui para sua qualificação.

O assistente social pode fazer muita coisa em Saúde Mental – assistência social, benefícios previdenciários, cuidado, oficinas, atuar terapeuticamente, ser técnico de referência, outras tarefas – desde que faça a conexão entre intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o problema, isto é, unindo o singular e o particular no universal, recolocando as demandas do mundo “psi” na sua própria referência profissional, sem

perder de vista os conteúdos políticos da Saúde mental e a perspectiva histórica e social de sua atuação. Ou seja, a melhor estratégia não é se colocar como um paramédico ou um técnico clínico, nem tentar se isolar numa pretensa especificidade “soci”, mas articular uma metodologia integrada dialeticamente. (BISNETO, 2005, p. 127)

Na maioria dos serviços, o Serviço Social é parte integrante dos atendimentos em Saúde Mental. Logicamente, como aqui explicitado, este campo apresenta uma “construção histórica” que permeia a atualidade, e baliza algumas intervenções. Assim mesmo, o Assistente social, que tem competências profissionais, com base nos saberes específicos, está apto a desenvolver um trabalho qualificado, e como se refere Bisneto (2005), consegue efetivar uma análise crítica da realidade em que se insere, ou na qual está inserido o usuário.

Segundo o referido autor, por vezes, o objeto de trabalho do Serviço Social se encontra “oculto”, pois o que está à tona é o “mundo psi”; e isto é capaz de causar um estranhamento da profissão à área. A partir daí, pode criar uma legião de assistentes sociais “psi”, que imergem na saúde mental, e “abraçam a causa” (uma causa que não lhe é própria), ou promover movimentos de reflexão contínuos, onde o profissional que consegue ter um olhar crítico sobre o seu campo de trabalho, consegue também ter clareza de como o objeto se manifesta, e o que na realidade, lhe demanda como objeto de trabalho. (BISNETO, 2005). Para isso, o Assistente Social recorre ao que lhe há de mais próprio: sua formação profissional.

Esta base formativa, juntamente com os conhecimentos adquiridos de uma capacitação continuada, deve ser acrescida das compreensões particulares do campo e dos saberes das demais áreas, porém, não sobrepostos ou substituídos por estes.

A construção do objeto profissional do trabalho do Assistente Social sobre as condicionalidades do campo em questão só é possível de ser realizada se tencionada com os saberes específicos da profissão, e, nessa mediação, construindo as particularidades do trabalho profissional nesta área.

A inserção do Assistente Social nos quadros profissionais de instituições de atendimento à Saúde Mental não é fenômeno recente. A aproximação do Serviço

Social, em sua gênese, com os saberes do mundo “psi”, podem denotar uma identificação da profissão com o campo da psiquiatria, dentro da área médica. É possível que isto justifique o que apresenta Bisneto (2007), ao dizer que, no início do século passado, foram os hospitais psiquiátricos uma das primeiras áreas de atuação do Assistente Social.

Em suas observações, o autor considera esta inserção profissional “precoce”, e menciona que os Assistentes Sociais, nos Estados Unidos, atuavam no reajustamento dos doentes mentais e da prevenção de recaídas. O Serviço Social restringia-se ao apoio terapêutico e atendia questões ligadas ao tratamento em si. (BISNETO, 2007)

No Brasil, o autor aponta que o modelo de atendimento é bastante diferente do Norte Americano, e como as próprias construções das políticas sociais públicas nacionais, a atenção à Saúde Mental, inicialmente, era voltada aos trabalhadores. A intenção, nesta área – como em muitas outras – era amenizar a relação capital x trabalho, por meio de intervenções focalistas e imediatistas, nas expressões da Questão Social. (IAMAMOTO, 2005).

Apesar de a literatura registrar o início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil como sendo 1946: [...] nos primeiros 30 anos de existência do Serviço Social no Brasil não havia muitos Assistentes Sociais Trabalhando na área Psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 60 (BISNETO, 2007, p.21)

Nos anos 70, no Brasil, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), exigiu a inserção do Assistente Social nos Hospitais psiquiátricos. Segundo Bisneto (2007), isso teria sido o marco da “inserção efetiva” do Assistente Social na área. Porém, a seguir, o próprio autor apontou que muitos estabelecimentos contratavam profissionais somente para cumprir com as exigências, e que, na verdade, estes Assistentes Sociais não realizavam ações legitimadas. Explica, ainda, que muitos eram contratados temporariamente, por baixíssimos salários, e para poucas horas diárias.

Bisneto admite que o Serviço Social foi demandado pelo Estado Ditatorial como executor terminal das políticas públicas, viabilizando o sistema manicomial.

Entretanto, considera um avanço que nesta época existissem profissionais (e faz referência especial aos médicos) que reforçavam a concepção de um atendimento mais humano na Assistência à Saúde, por meio de equipes multiprofissionais.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: CAMINHOS PERCORRIDOS

*Das Utopias
Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las.
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
M. Quintana*

Neste item, desenvolvem-se as etapas percorridas, tencionando uma compreensão detalhada dos movimentos que foram necessários para o delineamento deste estudo, bem como algumas reflexões que suscitaram em seu decorrer. Para tanto, apresenta-se os passos que permearam a investigação desenvolvida, particularizando as ações que a compõe.

Metodologia é, segundo Mynaio (1994, p. 16), “o Caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas”. É por meio dela que se planejam as ações a serem desenvolvidas, e, da mesma forma, ao fim, descreve-se os passos para a concretização dos resultados.

Uma pesquisa pode ter, entre outras características, a classificação de “pesquisa quantitativa” ou “pesquisa qualitativa”. O estudo aqui proposto se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, entendendo que, segundo Minayo (1994, p.22),

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser qualificada [...], a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Desta forma, centra-se no estudo da realidade, não através de dados numéricos, e sim de conteúdo apreendido durante o processo investigatório. Baseia-se no entendimento de que a quantificação não seria suficiente para explicar a realidade estudada e, tampouco, instrumentalizaria a investigação, a fim de atingir os objetivos propostos.

Quanto ao método a ser empregado, Gil (2002, p.26) o caracteriza como “o caminho para se chegar a determinado fim. E o método científico como o conjunto

de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”. Da mesma forma que a metodologia é o detalhamento do caminho percorrido em um estudo, o método é o que embasará e particularizará a análise dos resultados e as reflexões ocasionadas ao longo deste percurso. É através do método utilizado que esta metodologia ganha corpo, e se concretiza para ser delineada. O método teórico empregado neste estudo é o *método dialético-crítico*, descrito a seguir.

A pesquisa se utiliza do método dialético crítico, por entender que é o que mais se adapta e dá conta dos objetivos da investigação proposta. Na dialética, nenhum movimento é visto isoladamente, o que revela que os fatos todos são interligados possuindo uma interconexão. Para a dialética, o pensamento está sempre em movimento, e o fenômeno não é estático nem pode ser isolado para ser analisado em um plano possivelmente ideal, longe de tudo que possa influir sobre ele.

Segundo GOERK (2006, p 85)

O método dialético visa desvelar a vinculação entre a unidade e a totalidade, a historicidade e o movimento que engendra as contradições existentes nos fenômenos e processos sociais. Essas contradições surgem de forças opostas, que negam e transformam a realidade. As pesquisas embasadas no método dialético-crítico analisam o caráter conflituoso, dinâmico e contraditório da realidade.

Isto fica claro, ao conhecer as principais **categorias do método**, que são a **Totalidade, a Historicidade e a Contradição**. A totalidade está expressa nas relações com o real, que se somam e se movimentam, interligando-se.

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK, 1995, p. 42)

É com a totalidade que se estabelecem as relações entre o todo e as partes, não isolando os fenômenos, mas, a partir das relações com outros fenômenos que fazem parte do mesmo todo, interpretando-os. O isolamento para a análise, levaria este fenômeno a um espaço “neutro” de intervenções, o que na verdade não

acontece. A partir da categoria totalidade, é impossível existir um fenômeno isolado de outros fenômenos.

Outra categoria do método dialético é a Historicidade. É por meio desta categoria que se torna possível “ver através do que está posto”, e entender que, por trás do real, há um contexto. Por trás do fenômeno, como ele se apresenta, houve muitos outros movimentos, e é preciso considerá-los, pois que nada se desconstrói, o real é acúmulo. Um fenômeno não se desconstrói para o surgimento de outro, mas modifica, acumula; os movimentos, em hipótese alguma, se separam. (LEFEBVRE, 1991)

Por fim, a terceira categoria é a Contradição. Esta categoria não é um simples “não”, nem uma negação formal. A contradição é um “negar sem excluir”, é um “não”, porém, não como negação, mas admitindo que há outras possibilidades que podem ser agregadas. Segundo LEFEBVRE (1991, p.190), “O pensamento atravessa essas contradições e, depois, as relaciona, descobre a relação e a unidade e o movimento que as atravessa”.

Desta forma, a utilização deste método, vai ao encontro das concepções intencionadas por este trabalho, por ter o entendimento de que um fenômeno nunca é estático; onde a historicidade tem muita influência nas construções e relações com o real e com a contradição presente, na tentativa de não negar o que está posto de forma irresponsável, mas admitindo uma necessária construção de novos movimentos.

Seguindo o proposto para este estudo, buscou-se investigar o Processo de trabalho do Assistente Social em Saúde Mental, procurando problematizá-lo a partir da relação entre o projeto ético político profissional e preceitos da reforma psiquiátrica que referenciam o trabalho na área no tempo presente. Para tanto, utilizou-se das seguintes **Questões Norteadoras**:

a) Quais os desafios e potencialidades encontrados pelos Assistentes Sociais nos Serviços de Atendimento à Saúde Mental para desenvolvimento do Processo de Trabalho e Efetivação do Projeto Ético-Político do Serviço Social?

b) Quais os condicionantes que permeiam o cotidiano de trabalho do Assistente Social em serviços de atendimento à saúde mental, considerando a reestruturação prevista pela reforma psiquiátrica?

c) Quais são e como se apresentam as particularidades dos serviços de saúde mental, e como elas podem afetar o desenvolvimento do processo de trabalho do Serviço Social?

D) Como a formação profissional do Assistente Social contribui para o desenvolvimento do processo de trabalho e efetivação do projeto ético-político, nos serviços de atendimento à saúde mental?

Guiaram também este processo, os **objetivos específicos** que seguem:

a) Entender como se dá o processo de trabalho do Assistente Social nos serviços de atendimentos à Saúde Mental e a efetivação do projeto ético-político, para analisar seus desafios e potencialidades diante da reestruturação de atendimento em Saúde Mental, proposta pela Reforma Psiquiátrica.

b) Analisar o cotidiano de trabalho do Assistente Social em Saúde Mental, visando identificar possíveis condicionantes do processo de trabalho neste campo, e se estes se manifestam nos serviços de atendimento.

c) Apontar as particularidades que permeiam os serviços de atendimento à saúde mental, a fim de verificar como elas podem interferir no processo de trabalho do Assistente Social.

d) Analisar de que modo a formação profissional do Assistente Social pode subsidiar o desenvolvimento do processo de trabalho em serviços de atendimento à saúde mental, a fim de refletir que elementos podem ser trabalhados durante a formação.

A presente investigação foi realizada no primeiro semestre do ano de 2008, considerando-se a aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, em novembro de 2007. Essa trajetória se deu em função do Projeto de Pesquisa elaborado em 2006 ter “parado” no Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, onde a mesma seria realizada. Dado o impasse, em virtude da **destituição** do Comitê de Ética neste período, o projeto precisou ser readequado (tema, local, amostra, etc.), para ser urgentemente encaminhado a outro Comitê, e, a partir da nova roupagem, propôs-se, então, a

investigação que por ora se descreve.

A investigação aconteceu nos serviços de atendimento à Saúde Mental, de caráter público, da esfera municipal e federal, no município de Santa Maria/RS. Nestes espaços, que compreendem Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Saúde Mental e Unidade Psiquiátrica, foram entrevistados Assistentes Sociais e profissionais de diferentes formações, que desenvolvem seu trabalho juntamente com o Assistente Social.

Segundo GIL (2002, p. 121)

De modo geral, os levantamentos abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los em sua totalidade. Por essa razão, o mais freqüente é trabalhar com uma amostra, ou seja, uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Em virtude do pequeno número de serviços citados, é possível trabalhar com o universo de profissionais Assistente Sociais, num total de quatro sujeitos.

Ainda nestes serviços, foram entrevistados outros quatro profissionais, acerca da compreensão do Processo de Trabalho do Assistente Social, a partir, logicamente, da sua ótica de profissional integrante da rede de atendimento e interdependente de sua função ou formação.

Pesquisar junto aos sujeitos que interagem com o Assistente Social faz parte da proposta de cercar qualitativamente o fenômeno em questão, na perspectiva de melhor caracterizar como ele ocorre, identificando dificuldades e potencialidades no referido processo.

Os profissionais envolvidos foram *indicados* pelo Assistente Social, já que havia a necessidade de conhecimento mínimo sobre o Processo de Trabalho desses e de sua inter-relação com o Assistente Social.

Inicialmente, realizou-se um levantamento de todos os Serviços de Atendimento à Saúde Mental que incluem Assistentes Sociais em seu quadro funcional, na cidade de Santa Maria. Através de comunicação via telefone, foi possível identificar os Assistentes Sociais contatados, para que fossem informados acerca da pesquisa, e para obter os respectivos consentimentos (por meio do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE A) com vistas à efetivação da mesma.

Todos os Assistentes Sociais contatados aceitaram participar da pesquisa, comprometendo-se a indicar um profissional não-assistente social, para responder o outro instrumento.

Para realizar a coleta das informações, foram construídos dois instrumentos no modelo questionário (APÊNDICE B), objetivando a coleta de informações centradas em cada sujeito. Nessa direção, foi realizado um pré-teste com ambos os instrumentos, sendo que não houve alteração após tal procedimento. Ambos os pré-testes foram realizados com profissionais de características semelhantes aos pesquisados, porém, neste momento na análise, não foram utilizadas as informações coletadas.

De acordo com GIL (2002, p. 132), o pré-teste visa:

(a) Desenvolver os procedimentos de aplicação; (b) testar o vocabulário empregado nas questões; e (c) assegurar-se de que as questões ou as observações a serem feitas possibilitem medir as variáveis que se pretende medir.

Os questionários foram entregues aos Assistentes Sociais e aos Profissionais dos serviços, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e todos foram respondidos e devolvidos.

A opção por questionários surgiu após inúmeras tentativas sem sucesso, para a realização de entrevista com os profissionais, em virtude do tempo estipulado para a mesma, a partir de um pré-teste realizado anteriormente, que era de 45 minutos. Esse tempo se tornou inviável para os profissionais, e, dessa forma, a técnica de pesquisa teve de se adequar à realidade dos sujeitos.

As informações obtidas passaram por análise de conteúdo, como técnica para análise e interpretação das informações coletadas. Segundo Olabuenaga e Ispizú apud Moraes (1999, p. 9), a “Análise de Conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documento, que analisados

adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis.” Caracterizando esta técnica “a Análise de Conteúdo, em sua vertente qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico”. (Idem, 1999, p. 8).

Por meio desta técnica, tornou-se viável compilar as informações de fundo comum, categorizando-as a partir dos discursos apreendidos, a fim de identificar as particularidades tencionadas através dos objetivos da pesquisa.

7 PROCESSO DE TRABALHO: POR QUE FALAMOS AINDA?

Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Como que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.
Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.

Fernando Pessoa - Como é por dentro outra pessoa

Neste momento, como descreve Pessoa, os olhares se delinearão sobre a pesquisa realizada com Assistentes Sociais e demais profissionais em Saúde Mental, acerca do Processo de Trabalho do Assistente Social, dando voz às compreensões dos sujeitos entrevistados. *Falamos ainda*, pois é chegado o momento no qual é preciso contar o que foi visto durante o *caminho percorrido*, é preciso compartilhar estes olhares, analisar o que foi coletado e, a partir daí, construir reflexões.

Neste capítulo, são trabalhadas as análises realizadas a partir do material coletado. Vale mencionar que os profissionais entrevistados desenvolvem as atividades em diferentes serviços de atenção à Saúde Mental, e em diferentes níveis de complexidade, dentro da compreensão da Saúde. Fazem parte deste universo CAPS, CAPSad, Capsi, Unidade Psiquiátrica e Ambulatório de Saúde Mental, todos públicos, pertencentes às instâncias municipal e federal.

7.1 Com a Palavra os Profissionais

Os profissionais sujeitos desta pesquisa puderam discorrer livremente em torno das questões propostas no Instrumento (APÊNDICE B), e, desta forma, apresentaram valiosas contribuições à discussão que se ensaia. A relevância em mencionar a diversidade de serviços possibilita observar, ainda que de forma sutil, que os profissionais (Assistentes Sociais ou não) têm compreensões que são próprias da instituição onde trabalham. Isto é expresso nas rotinas nos espaços de trabalho que são diferenciadas, adequando-se ao tipo de serviço prestado em cada instituição.

Quando questionados acerca de sua rotina de trabalho na instituição, as seguintes falas são observadas:

“Entrevistas com famílias e usuários, encaminhamentos diversos, contatos e vinculação aos serviços da rede, participação na equipe multidisciplinar, etc..” (AS 2)

“fazendo triagens, trabalho com grupos terapêuticos junto com a enfermagem e a psicologia; visitas residenciais junto com a enfermagem; encaminhamentos diversos; orientações sócio-jurídicas; participação na comissão da saúde mental; questões judiciais e previdenciárias; organização de atividades e/ou eventos internos e externos; efetivação de vagas escolares para crianças; contatos internos e externos com profissionais atuantes nas áreas da saúde, educação, jurídico, assistência, habitação e outras políticas necessárias para a promoção social dos pacientes.” (AS 3)

Os fragmentos acima denotam que, independente do tipo de serviço, o volume de atividades é intenso, e isto desencadeia um acúmulo de tarefas que aguardam deliberação. As atividades perpassam desde o uso de instrumentais técnico-operativos, até atividade de gestão. Desta forma, outro Assistente Social observa:

“Aqui sempre tem muito que fazer, então, tentamos organizar dias específicos para atendimentos.” (AS 3)

Segundo lamamoto (2008), a condição pela qual transita o *trabalho* de maneira geral, na atualidade, privilegia a produção e os produtos, logo, o que permite a visibilidade dos profissionais é a produtividade. Sendo o produto do trabalho do Assistente Social imaterial, há uma dificuldade em assimilar o trabalho realizado como um trabalho que “produz”, pois, na verdade, não há um objeto concreto e palpável, ao final do Processo de trabalho. Para a autora:

As diferenciadas condições e relações sociais que envolvem esse trabalho redimensionam socialmente o significado das projeções profissionais, cuja viabilização é determinada por condicionantes que ultrapassam os indivíduos singulares, ao materializarem interesses dos sujeitos sociais contratantes. (lamamoto, 2008, p. 338)

Essas determinações são indissociáveis do processo de mercantilização da força de trabalho, culminando num fazer “alienado” e sobrecarregado, centrado na

aplicação massiva de técnicas e instrumentos, o que também pode ser observado nas falas acima.

A questão da sobrecarga de atividades não está indicada apenas nas falas dos Assistentes Sociais. Igualmente, aparece nas percepções de outros profissionais que integram as equipes multiprofissionais em Saúde Mental, como apresentado a seguir:

“Como há muitos encaminhamentos para o serviço social, às vezes, leva alguns dias para que ela possa nos dar retorno. Mas entendemos porque a demanda é bastante grande.” (Profi 2)

Ao lançar este olhar sobre as atividades cotidianas, particularmente as falas citadas, evidencia-se o arsenal instrumental, automaticamente ligado ao Processo de Trabalho. Segundo Almeida (2000), há que se ter cuidado, não permitindo, enquanto categoria, que a discussão acerca do Processo de Trabalho seja reduzida à compreensão das dificuldades em mobilizar e operacionalizar certo acervo técnico-instrumental. O autor sinaliza que isto instiga uma discussão superficial em que o Processo de Trabalho é analisado sob um prisma tecnicista.

Nesta mesma direção, Iamamoto (1992, p 104) aponta que:

O espaço profissional não deve ser visto apenas na ótica da demanda profissional já consolidada socialmente: trata-se de, tendo por base um distanciamento crítico do panorama ocupacional, apropriar-se das possibilidades teórico-práticas abertas à profissão pela própria dinâmica da realidade. Em outros termos: é preciso apreender as demandas potenciais gestadas historicamente, contribuindo assim para recriar o perfil profissional do assistente social, indicando e antecipando perspectivas, no nível da elaboração teórica, da pesquisa ou da intervenção profissional, perspectivas capazes de responder às exigências de um projeto profissional coletivamente construído e historicamente situado.

Estas observações da autora recorrem à premissa de uma atuação propositiva por parte do Assistente Social, seja ela em Saúde Mental, quanto em outros campos sócio-ocupacionais. A percepção do Assistente Social como um profissional executivo, e não pró-positivo, perpassa, ainda, outras falas, sejam dos Assistentes Sociais, quanto de outros profissionais:

“O Assistente Social é condicionado a resolver as situações sociais mais complicadas que as outras profissões não podem fazer, e com isso há cobrança para o trabalho social como fator predominante para a promoção social.” (AS 3)

“o Assistente Social aqui é o viabilizador de muitas ações que a equipe projeta, mas é ele que consegue efetivar.” (Profi 2)

O volume de tarefas desenvolvidas pelo Assistente Social, bem como uma compreensão do Processo de Trabalho focada apenas na aplicação técnico-instrumental, fundem-se a outros desafios desvelados nas falas dos Assistentes Sociais e Profissionais em Saúde Mental. Estes desafios, por vezes, são condicionantes profissionais e institucionais, particulares à Saúde Mental; outras vezes, são condicionantes amplos, possíveis de serem identificados em outros campos.

Pode-se observar, nos fragmentos a seguir, alguns desafios mencionados pelos Assistentes Sociais:

“Provar para a sociedade capitalista que uma pessoa com transtorno mental pode ter um lugar ao sol é como dar “um tiro no escuro”. O preconceito e o desinteresse por esta demanda ainda são o maior vilão nesse trabalho. Não podemos ignorar que aqui lidamos com pessoas emocionalmente instáveis e que nem sempre – realmente – podem oferecer segurança a si mesmas.” (AS 3)

“Trabalhar com saúde mental é complicado porque, às vezes, a própria pessoa não sabe que tem uma doença, cria um preconceito e não se trata. [...] o principal é a falta de autonomia em função da escassez de recursos, nos limita muito isso. Outra coisa é o preconceito que já disse antes, da própria família que não tem entendimento da doença, e do paciente que tem medo de ser discriminado porque faz tratamento no caps.” (AS 1)

“Juntos, temos sim, muitos desafios, de conseguir efetivar diariamente a política de saúde mental, de superar as fragilidades que envolvem os pacientes para um melhor atendimento, de estar sempre se aperfeiçoando e se capacitando em saúde, para sempre realizar um trabalho mais humanizado dentro da saúde mental, seguindo os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS.” (Profi 1)

Entre as principais categorias que surgiram no que concerne aos desafios encontrados, quatro dos cinco sujeitos mencionaram o “preconceito” como fator a ser superado. Da mesma forma, os cinco sujeitos se referem ao usuário, e, nas suas falas relatam situações onde este possui os próprios desafios, que se fundem e confundem com os desafios institucionais e dos profissionais.

Na ocasião, pode-se fazer menção ao 6º Princípio Fundamental do Código de Ética que diz: “*Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças*”. Muito embora os Assistentes Sociais não o cite diretamente, é possível perceber a presença deste norte nas falas dos sujeitos. De forma geral, os princípios são observados pelos profissionais que afirmam ter a prática perpassada pelos mesmos, cotidianamente.

Tenho presente que todos os princípios éticos fazem parte do meu dia-a-dia, e o exercício do Serviço Social se confunde com a aplicação e operacionalização de seus princípios. [...]

Assim como a compreensão do Processo de Trabalho requer ainda atenção, para não incorrer na reflexão apenas em torno dos instrumentais, também o projeto ético-político merece atenção, para não ser apreendido como simples acato ao Código de Ética Profissional, enquanto normatização imperativa.

Segundo Sant’ana (2000), todo projeto profissional possui duas dimensões: uma ética e uma política. À dimensão ética pertence as normatizações, entre elas, o código de ética. À dimensão política, o vínculo aos projetos societários maiores que envolvem o conjunto da sociedade. O Projeto Profissional, em alguns momentos, corre o risco de ser reduzido apenas ao Código de Ética, porém, para Netto apud Sant’ana (2000, p. 81), envolve ainda

As escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais – por isso mesmo, a contemporânea designação dos projetos profissionais como projetos ético-políticos revela toda a sua razão de ser: uma identificação ética só adquire efetividade histórica concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

A referência ao código de ética, embora algumas vezes permeada pelo entendimento de que nele é centrado o Projeto Ético-político, aparece por repetidas vezes nas falas dos Assistentes Sociais. De forma mais ampla, a observância da “Ética” também é notada quando os Assistentes Sociais falam sobre *Formação, Rotina de trabalho*, nas percepções sobre o *Projeto Ético-Político*. Entretanto, é unicamente na questão “**Gostarias de fazer algum comentário sobre o projeto ético-político profissional. Como você vê sua efetivação na prática?**”, em que todos

mencionam o código de ética, o projeto ético-político, ou a ética, de maneira mais ampla.

“Acho que o projeto ético-político está presente o tempo todo, quando levamos em conta os princípios do nosso código de ética, quando realizamos uma ação comprometida, responsável, e que vai ao encontro daquilo que a categoria decidiu como direção para os profissionais.” (AS 1)

“Creio que nossa prática está permeada e entrelaçada aos princípios éticos sem condições de visualizá-los separadamente.” (AS 2)

“O meu trabalho desenvolvido na saúde mental não difere do que diz o Projeto Ético Político Profissional. Trabalhei sempre levando em consideração a autopromoção, cidadania e direitos das pessoas.” (AS 3)

Observa-se, em especial no primeiro fragmento acima, o reconhecimento do Projeto profissional como uma direção à categoria, enquanto, nas conseguintes, percebe-se o envolvimento da dimensão ética na prática cotidiana, sendo impossível dissociá-la do fazer profissional do Assistente Social.

Curiosamente, nas falas dos profissionais não-assistentes sociais, em nenhum momento, a categoria “Ética” é citada. Este fato merece atenção, uma vez que nas falas dos Assistentes Sociais é uma das categorias mais citadas e desenvolvidas. Fica evidente o reconhecimento da importância do Assistente Social na Equipe Multidisciplinar (reforçada nas falas que seguem), por parte dos profissionais não-assistentes sociais, porém, sem qualquer menção à dimensão ética tão significativa ao Serviço Social.

“O assistente social é um profissional muito necessário às equipes multidisciplinares hoje. Até brinco que é ele que nos “traz pra realidade”, porque nós, da saúde, volta e meia nos fechamos no atendimento clínico, e o assistente social acaba nos trazendo informações externas, que as vezes são muito mais importantes no tratamento do que o próprio remédio.” (Profi 1)

“O Assistente Social aqui é o viabilizador de muitas ações que a equipe projeta, mas é ele que consegue efetivar. O assistente social também tem um conhecimento sobre as legislações, e benefícios, e articula isso o tempo todo no trabalho com a equipe e com os pacientes.” (Profi 2)

As compressões a partir do olhar de outros profissionais não desqualificam a observância da Ética por parte dos Assistentes Sociais, nem o grau de importância que lhe é conferido pelos mesmos. Segundo BARROCO (2001, p.67)

A Ética profissional é um modo particular de objetivação da vida ética. Suas particularidades se inscrevem na relação entre o conjunto complexo de necessidade que legitimam a profissão na divisão sócio técnica do trabalho, conferindo-lhe determinadas demandas, e suas respostas específicas.

Desta forma, pode-se concluir que o aparecimento constante da categoria Ética nas falas dos Assistentes Sociais, e o não aparecimento nas falas dos demais profissionais não deflagram conflito, nem denotam a não observância da ética por nenhum dos grupos. Ainda assim, configurou um fato bastante marcante, emergido na análise das informações coletadas.

Retomando o Campo da Saúde Mental como pano de fundo de toda a análise, seguem algumas falas dos Assistentes Sociais acerca da importância da Reforma Psiquiátrica no desenvolvimento do trabalho dos mesmos.

No dia-a-dia a reforma pode não aparecer, mas ela está presente na própria conquista do CAPS. Fora isso, a reforma respalda toda uma forma de atendimento diferente de antigamente, quando não se tinha um serviço bem estruturado para trabalhar com álcool e drogas, por exemplo. (AS 1)

Ela ajudou em algumas questões quanto à inserção do portador de sofrimento mental ao meio familiar e maior responsabilidade governamental para com esta demanda, assim como mudanças nos tipos de tratamento aplicado, por exemplo. (AS 3)

Trata-se de uma análise importante, uma vez que o processo de trabalho do Assistente Social no campo da Saúde Mental está intimamente ligado a implementação da Reforma Psiquiátrica. São mencionados pelos Assistentes Sociais pontos relevantes, ainda que centralizados na estrutura e no usuário somente.

A Reforma Psiquiátrica, como apreensão mais ampla, configura-se como o espaço que reconhece na atuação do Assistente Social uma demanda iminente, na integração às equipes de trabalho. Nesse ínterim, é determinante da própria definição do processo de trabalho do profissional nesta área.

Remete-se aqui, mais uma vez, o desenvolvimento do processo de trabalho, que IAMAMOTO observa não ser do Serviço Social, e sim do profissional

O pressuposto que orienta essa proposta é o que de que não existe um processo de trabalho do Serviço Social, visto que o trabalho é atividade de um sujeito vivo, enquanto realização de capacidades, faculdades e possibilidades do sujeito trabalhador. Existe sim, um trabalho do assistente social e processo de trabalho nos quais se envolve na condição de trabalhador especializado. (2008, p. 429)

Partindo desta observação, é possível dizer que o campo sócio-ocupacional e as condições que o perpassam e o constroem são determinantes para o desenvolvimento do processo de trabalho do profissional. O que o particulariza são suas competências e atribuições profissionais e o seu significado social.

Desta forma, a amplitude da Reforma Psiquiátrica influencia diretamente o trabalho do Assistente Social e os processos de trabalho nos quais se insere, sendo esta uma categoria de suma importância neste espaço sócio-ocupacional ainda pouco explorada. Esta relação poderia ser mais aprofundada, uma vez que os princípios da reforma psiquiátrica convergem com os ideais do projeto profissional dos Assistentes Sociais, não se constituindo um entrave a efetivação concomitante de ambos.

Diante do que propõe esta análise, é possível perceber categorias emergidas das falas dos sujeitos, convergente com as categorias que se apresentou teoricamente. A **ética**, enquanto composição de um **projeto profissional**; o **processo de trabalho do Assistente Social**; e a **Reforma Psiquiátrica**, que norteia o fazer profissional no campo da Saúde Mental.

A partir destas percepções, retoma-se ao objetivo principal desta investigação de **Identificar as particularidades do trabalho do Assistente Social no campo da Saúde Mental**. Neste caso, pode-se identificar como particularidades, a partir das falas dos sujeitos, **a observância da ética profissional**, constante nos discursos analisados; **o acúmulo de tarefas rotineiras**, presente tanto nas falas dos Assistentes Sociais, quanto dos outros profissionais, e a **importância na composição de equipes multidisciplinares**, novamente indicadas por todos os sujeitos.

Estas particularidades, no entanto, poderiam facilmente ser observadas em outros campos, já que não constituem especificidades do campo da Saúde Mental. Dessa forma, no que concerne ao **paciente da Saúde Mental**, pontos específicos ligados a este campo sócio-ocupacional podem ser identificados como os desafios apontados pelos Assistentes Sociais: o desafio à **superação do preconceito**, remetendo a uma exclusão que remonta o histórico de atendimento a este tipo de problemática. Além disso, a própria **efetivação da Política de Saúde Mental** é considerada um desafio pelos Assistentes Sociais, e, a partir das falas analisadas, incorpora-se como desafio a própria **compressão da amplitude da Reforma Psiquiátrica** e sua contribuição à atuação profissional do Assistente Social.

Observa-se que entre as **particularidades do processo de trabalho do Assistente Social em Saúde Mental**, convergentes na falas dos sujeitos, a maioria está ligada a **desafios**. Os discursos se encontram em pontos que dizem das superações necessárias em relação a pontos bastante específicos da Saúde Mental.

Por ocasião desta análise, é possível enlaçar categorias teóricas e empíricas, à luz de categorias dialético-críticas, num movimento de complementação; onde fica evidente a força de um histórico secular de atenção à Saúde Mental, na estruturação atual dos serviços deste campo e dos processos de trabalho que se desenvolvem em seu entorno.

As particularidades apontadas na análise remetem a uma construção dialética que, na contradição, se constrói, considerando a totalidade dos processos e a evolução ao qual são submetidos. Encerra-se, pois, um *período de análise*, com base nesta pesquisa, sem arrematar os caminhos para novas e subsequentes questões, em outros períodos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória celebrada neste trabalho abriu horizontes de discussão e de reflexão acerca de um tema que está presente em nossas vidas profissionais, porém, por vezes, inviabilizado em meio a rotinas complexas.

Falar sobre o Processo de trabalho do Assistente Social é um desafio, mas também um prazer, pois falamos de algo que nos pertence, que nos é próprio. Ao iniciar esta dissertação, uma questão provocativa foi lançada: “Por que estamos nós falando ainda sobre isso?”, referindo-se ao Processo de trabalho. Ora, falamos porque no campo teórico-prático a construção é permanente, e entremeada de desafios que precisam ser entendidos e discutidos, para, então, serem superados.

O campo da Saúde Mental configurou o plano de fundo para esta investigação e, nesse sentido, foi necessário apresentar sua construção histórica, dos primórdios à atualidade, precipitando de que forma os profissionais desenvolvem o fazer profissional neste espaço.

Também a Política de Saúde precisou ser compreendida, uma vez que acolhe uma gama de Assistentes Sociais atuando nas mais diversas instâncias. Foi necessário entender os processos de construção, tanto da política de Saúde, quanto de Saúde Mental, percebendo que isto remete à própria caminhada do Serviço Social no país. A recuperação destes históricos também diz muito acerca das lutas em que se inseriram os Assistentes Sociais, considerando o movimento histórico e político do Brasil.

Compreender o processo de trabalho inserido no campo da saúde mental, necessariamente evoca o conhecimento deste resgate histórico, não só pelo movimento dialético de compreensão da realidade, mas para trazer à tona enlaces que permeiam não apenas a Saúde Mental, mas a Saúde como um todo, como é o caso da centralidade dos atendimentos nas instituições hospitalares.

Partindo do resgate histórico, a culminância desta pesquisa se dá no olhar sobre o Processo de Trabalho do Assistente Social, cujos resultados foram aqui

expostos. A discussão sobre processo de trabalho aqui é provocada pelo próprio questionamento inicial: “por falamos AINDA?”. E os resultados são compatíveis com esse questionamento, mostrando que não há esgotamento à questão; que é sempre importante conhecer por meio dos sujeitos que executam o processo de trabalho.

Dar voz ao profissional, sujeito da investigação, foi ter uma “licença” para conhecer suas percepções cotidianas, seu trabalho, suas dúvidas e os desafios com os quais diariamente convive. Tornar alguns destes profissionais como sujeitos desta pesquisa instiga também à reflexão, inferindo um espaço em que os mesmos avaliem seu Processo de Trabalho, reflitam, e possam construir um ponto de partida para o enfrentamento dos desafios que mencionaram – e que não são poucos. A intenção de conhecer as particularidades do Processo de Trabalho do Assistente Social em Saúde Mental abriu horizontes à compreensão do processo de trabalho como um todo, e, a partir daí, reconhecer neste espaço sócio-ocupacional suas especificidades.

Observa-se, assim, que o espaço da pesquisa, da análise dos resultados, da construção da dissertação, enquanto fruto de um processo de qualificação profissional, possibilita a fala a diversos atores, ao longo do caminho percorrido: ganha voz o pesquisador e ganha voz o sujeito, por conseguinte, ganha voz a categoria, que pode construir permanentes discussões.

As análises nunca são encerradas, na mesma medida em que os destinos jamais são suficientes. Logo, esta dissertação, que se propôs a refletir acerca do Processo de Trabalho do Assistente Social, pretende abrir novos caminhos a outros destinos, para exercitar outros olhares sobre as percepções que permeiam o nosso fazer profissional.

Continuemos falando! Enviemos a nós, enquanto categoria, questões, a exemplo de Fernando Pessoa, que se questiona sobre sua própria construção. Evidenciemos, nesse pressuposto, a dimensão propositiva e crítica de que fala nosso Projeto profissional, construindo e reconstruindo reflexões, lembrando sempre que *“De eterno e belo, há apenas o sonho”*, de resto tudo se transforma em busca

de utopias, e, daí, novas questões que incitarão pesquisas por outras respostas e novos sonhos são construídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ney Luiz T. Considerações para o Exame do Processo de Trabalho do Serviço Social In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, Março de 2000.

ALVES, Domingos Sávio N. Reforma Psiquiátrica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Memória da loucura**. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>>. Acesso em 22 set. de 2008

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica: Cuidar sim. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Memória da loucura**. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>>. Acesso em 22 set. de 2008

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental. 1990-2004**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Memória da loucura**. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>>. Acesso em 24 mar. de 2008

BISNETO, José Augusto. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 82, Julho de 2005.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Serviço social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Serviço social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAZ, Marcelo O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 78, Junho de 2004.

BUSS, P. M.; IGNARA, R. M. Promoção da Saúde: um novo paradigma mundial para a saúde. In: **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundswall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, p. 5-10.

BUSS, P. M.. **A verdadeira face da crise da saúde pública é a desigualdade.** Rio de Janeiro: Tema, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde.** São Paulo, Hucitec, 1997.

_____. **Considerações Sobre a Arte e a Ciência da Mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.** In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a Mudança na Saúde.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAVALCANTI, Ludmila Fontanelle; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Política de Saúde e Serviço Social.** In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontanelle (Org.). **Serviço Social e Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CFESS. **Coletânea de Leis.** CFESS: Brasília. 2001

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais** In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

FALEIROS, Eva T. S. **Serviço Social e Saúde Mental.** In: **Revista Inscrita.** Brasília: CFESS, nº VIII, Maio de 2002.

FLEURY, Sonia. **Gestão Social para Resultados em Saúde com Enfoque em Direito Sanitário.** Curso virtual de tutores. INDES, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

GIL, Antonio C. **Como Elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOERK, Caroline. **Processos de trabalho na economia popular solidária: uma forma diferenciada de organização do trabalho coletivo no Rio Pardo.** Dissertação de Mestrado. PUCRS. Faculdade de Serviço Social. Porto Alegre, 2006.

IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

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

_____. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetice: Capital financeiro, trabalho e questão social.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

KOSIK, Karel. **A dialética do concreto.** São Paulo: Paz e Terra, 1995.

LEFEBVRE, H. **Lógica Formal e Lógica Dialética**. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M.. **Técnicas de Pesquisas: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, Maurílio Castro de. O Debate do Serviço Social na Saúde Mental nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 74, Julho de 2003.

MELLO, Marcelo Feijó de. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENEGHEL, Stela Nazareth. **Epidemiologia: exercícios e anotações**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/Escola de Saúde Pública, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. In: **Educação**. Porto Alegre: [s. ed.], nº 37, Março de 1999.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RIZZOTO, Maria Lucia F.. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos90: um projeto de desmonte do SUS**. UNICAMP. Campinas, SP: [s.n.], 2000. Tese de Doutorado.

ROSA, Lúcia. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 71, Setembro de 2002.

ROTELLI, Franco. et al. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANT'ANA, Raquel. S.. O desafio da Implantação do projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, Março de 2000.

VASCONCELOS, Eduardo M. (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO, LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., RG n°....., abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade, e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa realizada pela mestranda do programa de pós-graduação em Serviço Social da PUC/RS, VERIDIANA TORRI TONETTO, orientada pela prof. Dra. MARIA ISABEL BELLINI; autorizando o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data. Fui informado(a) do objetivo da pesquisa que consiste em “O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: CONDICIONANTES E PARTICULARIDADES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL”. As entrevistas serão gravadas e transcritas, se assim eu consentir, pelo pesquisador, retirando quaisquer informações identificatórias. As entrevistas terão a duração máxima de uma hora, e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação neste estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo.

Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia.

Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas junto às pesquisadoras, pelo fone 51 3320 3539 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano – fone 55 3220 1200

Santa Maria, de de 2008.

Entrevistado(a)

Pesquisadora mestranda Veridiana Torri Tonetto.

Pesquisadora orientadora Prof^ª Dr^ª Maria Isabel Bellini.

APÊNDICE B: Questionários enviados aos Assistentes Sociais e demais profissionais

AOS ASSISTENTES SOCIAIS:

- 1) Há quanto tempo trabalha neste Serviço?
- 2) Já trabalhou em Saúde Mental anteriormente? Em que tipo de serviço? Quanto tempo?
- 3) Qual a importância do trabalho do Assistente Social neste serviço de atendimento à saúde mental?
- 4) Qual a importância da Reforma Psiquiátrica para o teu trabalho?
- 5) Como você desenvolve o seu trabalho (ou processo de trabalho) aqui dentro do serviço? Descreva sua rotina:
- 6) Como e em que sentido sua formação o(a) embasa para realizar o seu trabalho dentro deste tipo de serviço?
- 7) Você costuma usar referências teóricas para fundamentar a sua ação? Do serviço Social ou de outras áreas - quais?
- 8) Você acha que o processo de trabalho do Assistente Sociais na saúde mental, é diferente do processo de trabalho do Assistente Social em outro campo? Por quê?
- 9) Ao pensar em seu dia a dia de trabalho - quais as maiores influências que ele sofre. (condicionamentos)
- 10) *Vamos falar um pouco do Projeto ético-político profissional.*
 - 10.1) Que princípios éticos, você percebe que permeiam seu trabalho profissional?
 - 10.2) Como você percebe que se manifesta a dimensão política no seu trabalho?
 - 10.3) Gostarias de fazer algum comentário sobre o projeto ético político profissional. Como você vê sua efetivação na prática?
- 11) O que da sua experiência profissional você entende que poderia ser remetida à formação em Serviço Social?
- 12) Quais os desafios que você encontra no seu dia a dia profissional?

AOS OUTROS PROFISSIONAIS:

- 1) Há quanto tempo trabalha neste Serviço?
- 2) Já trabalhou em Saúde Mental anteriormente? Em que tipo de serviço? Quanto tempo?
- 3) Você acha importante o trabalho do Assistente social na Saúde Mental? Por que e em que sentido?
- 4) Você trabalha conjuntamente com o Serviço Social? Em caso afirmativo: em quais situações (citar algumas)? Como desenvolvem este trabalho?
- 5) Em que situações você lembra de recorrer ao profissional do Serviço Social?
- 6) Como você entende a contribuição do trabalho do Assistente Social neste serviço, visto que, em nível de graduação, ele não tem uma formação específica na área da saúde. Será que isto tem alguma influencia em seu trabalho?
- 7) Quais os desafios que você encontra no trabalho em equipe (em específico com o Serviço Social)?

ANEXOS

ANEXO A: Quadro de classificação dos CAPS.

TIPO	POPULAÇÃO	TURNO	RECURSOS HUMANOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
CAPSI	Entre 20.000 e 70.000	2 turnos: 8h às 18h 5 dias da semana	01 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental 01 enfermeiro 03 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 04 profissionais de nível médio	*Atendimento individual *Atendimento em grupos *Atendimento em oficinas *Visitas domiciliares *Atendimento à família *Atividades comunitárias *01 turno-01 refeição *02 turnos-02 refeições
CAPSII	Entre 70.000e 200.000	2 turnos: 8h às 18h 5 dias da semana 3º turno até 21h	01 psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 06 profissionais de nível médio	*Atendimento individual Atendimento em grupos *Atendimento em oficinas *Visitas domiciliares *Atendimento à família *Atividades comunitárias *01 turno-01 refeição *02 turnos-02 refeições
CAPSI	Acima de 200.000	24hs diariamente, inclusive feriados e fins de semana	02 psiquiatras 01 enfermeiro com formação em saúde mental 05 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 08 profissionais de nível médio	*IDEM CAPS I *Acolhimento noturno contínuo, máximo 05 leitos, repouso e/ou observação. *24h – 04 refeições *Tempo máximo - 07 dias corridos ou 10 intercalados.
CAPSi	Acima de 200.000	2 turnos: 8h às 18h 5 dias da	01 psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental	*IDEM CAPS I *Desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com

		semana 3º turno até 21hs	01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 05 profissionais de nível médio	as áreas de assistência social, educação e justiça.
CAPSad	Acima de 100.000	2 turnos: 8h às 18h 5 dias da semana 3º turno até 21h	01 psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 01 clínico 04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 06 profissionais de nível médio	*IDEM CAPS I *02 a 04 leitos para desintoxicação e repouso.

Fonte: Saúde Mental/RS (2008)