



**Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER**

INGRID ALENCAR DE CARVALHO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
uma análise da produção do conhecimento**

**Brasília - DF
2015**

INGRID ALENCAR DE CARVALHO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
uma análise da produção do conhecimento**

**Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de Serviço
Social – SER da Universidade de Brasília –
UnB, como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social, sob
a orientação do Prof. Dr. Reginaldo
Guiraldelli.**

**Brasília – DF
2015**

INGRID ALENCAR DE CARVALHO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
uma análise da produção do conhecimento**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli
Professor Orientador – SER/UnB

Prof.^a Dr.^a Angela Vieira Neves
Examinadora Interna - SER/UnB

Ms. Janisse de Oliveira Carvalho - Doutoranda em Política Social
Examinadora Interna – SER/UnB

Brasília – DF, 02 de Julho de 2015.

Dedico os méritos deste trabalho aos meus
companheiros de jornada: Berenice Silva
Alencar De Carvalho, Higor Alencar De
Carvalho e Stan Aragão de Carvalho.
E a todas as famílias com histórico de
transtorno mental.

Agradecimentos

Manifesto minha gratidão, primeiramente aos meus pais que com muito esforço me possibilitaram a permanência nessa Universidade, que embora gratuita, exigiu muito financeiramente de nós. Se não fosse por vocês, pela forma como sempre apoiaram os meus estudos e encorajaram os meus sonhos, nada disso estaria se concretizando.

Sempre ouvi que a Universidade Pública não era alternativa para alunos advindos de escola pública, no entanto, essas duas pessoinhas, Stan e Berê, meus preciosos pais, acreditavam em mim de uma forma que nem eu mesma acreditava, não imaginava que esse sonho de passar no vestibular de uma Universidade Pública fosse possível, no entanto aqui estou eu, em período de conclusão de curso na Universidade de Brasília, graças ao incondicional apoio deles.

Em segundo lugar, com extrema importância na minha jornada de vida, intelectual e acadêmica, agradeço ao meu irmão Higor, que sempre me encheu os olhos com sua retórica intelectual, eu sempre quis ter propriedade assim como ele, de discutir política, fugindo sempre do senso comum, buscando novas alternativas para construção de ideais. Você plantou a sementinha da sabedoria em meu peito hermano, sempre será meu referencial de vanguarda e inteligência. Obrigada por de alguma forma ter direcionado minhas predileções.

Agradeço ao meu companheiro Vinicius, por sempre me apoiar nas horas difíceis, me encorajar, quando os finais de semestres pareciam o fim do mundo, me levar e buscar na Universidade, me impulsionando sempre a lutar pelos meus objetivos e não desistir. Meu bem, o seu apoio em todo o processo universitário e até aqui certamente foi fundamental, sou imensamente grata, palavras não são suficientes. Gostaria de agradecer ao meu avô Jonas, que sempre me ajudou financeiramente com os estudos e em muitos aspectos da minha vida, todas as inscrições de vestibulares foi ele o patrocinador.

Minha gratidão sem fim vai para as pessoas que estiveram ao meu lado durante o curso, no dia-a-dia, minhas amigas pra vida inteira: Árina, ou melhor, Arineta, que me ensinou com tanta sutileza e naturalidade a dar o melhor de si para o mundo em nossa volta, uma pessoa incrível; Jéssica Bosi que sempre esteve comigo em muitos momentos da minha vida, me orientando nas mais diversas esferas, compartilhando comigo muitos momentos, não sei mensurar a proporção do

meu amor por ti amiga; Marilene Freitas, que além da irradiante alegria que emana me ensinou através de sua experiência de vida que nunca devemos deixar as circunstâncias limitarem o nosso produto final, amiga você é peça fundamental na minha história, te tenho como referencial de vitória e perseverança. Marina Coelho que com seu jeito singelo e calmo, muito me identifico, e sempre estivemos juntas nos trabalhos acadêmicos durante toda a graduação, inclusive me ajudou muito no processo de monografia, sempre me encantando com tanta responsabilidade e dedicação, nossos laços se fortalecem cada dia mais e desejo que essa sintonia tão fraternal esteja sempre conosco; Jéssica Bevilaqua que sempre evidencia minhas qualidades e potencialidades, apontando o melhor de mim, obrigada por tudo amiga, por fim, minha amiga Andreia Pádua que me acompanha desde os estudos para o vestibular, seu apoio sempre foi e sempre será fundamental meu bem.

Agradeço também ao meu Orientador Reginaldo Guiraldelli por toda paciência, empenho, dedicação, disponibilidade e comprometimento com o meu trabalho, nutro um imenso respeito por este professor, me inspira enquanto profissional, sem ele esse trabalho não seria possível.

Por fim, minha incondicional gratidão a essa Universidade e ao Departamento de Serviço Social que mudaram muitos dos meus posicionamentos, e concepções, reafirmaram a minha concepção de projeto de sociedade que sempre acreditei, e que hoje construo no meu dia-a-dia e sei que o farei através da minha profissão com muita propriedade, pois sou fruto dessa formação tão comprometida com a equidade social e a legitimação de direitos em todos os níveis. Toda a vivência na Universidade de Brasília foi incrível, as viagens para congressos, todas as expressões de cultura e conhecimento que tive oportunidade de me aproximar aqui, somam a pessoa que eu sou hoje. Meus sinceros agradecimentos.

"A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente."

O Alienista (Machado de Assis)

Resumo

Este estudo objetiva analisar as produções acadêmico-científicas do Serviço Social na área da saúde mental, visando identificar qual a incidência, visibilidade e relevância dessa temática no âmbito da categoria profissional. Para atender os propósitos desta investigação, a análise se circunscreveu na produção baseada em publicações de destacados eventos do Serviço Social, de forma a compreender como a discussão da saúde mental tem sido tratada e abordada pelos assistentes sociais. Assim, foram analisados os trabalhos completos voltados para o debate da saúde mental, publicados nos anais e apresentados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS dos anos de 2004, 2007 e 2013 e no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS, dos anos de 2008, 2010, 2012 e 2014. A seleção dos trabalhos completos analisados nesses eventos da categoria profissional foi feita por meio dos campos de busca em CD-ROM dos respectivos eventos. As palavras-chave utilizadas para filtrar os trabalhos de saúde mental foram: “saúde mental”, “transtorno mental”, “reforma psiquiátrica”, “louco”, “loucura”, “luta antimanicomial” e “sofrimento psíquico”. Por fim, vale dizer que a respectiva pesquisa também busca, com base na análise realizada, apresentar a inserção e contribuição do Serviço Social na área da saúde, com ênfase para a saúde mental em distintos momentos históricos.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; produção do conhecimento.

Lista de Tabelas e Gráficos

TABELA 1. TEMA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS CBAS ANALISADOS.....	50
TABELA 2. TEMA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS ENPESS ANALISADOS.....	50
TABELA 3. LEVANTAMENTO DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO SERVIÇO SOCIAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO CBAS E ENPESS – DECÊNIO 2004-2014.....	51
GRÁFICO 1. CONCENTRAÇÃO REGIONAL DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL NO CBAS E ENPESS – DECÊNIO 2004-2014.....	52
GRÁFICO 2. CONCENTRAÇÃO ESTADUAL DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL NO CBAS E ENPESS – DECÊNIO 2004-2014	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABESS – Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEAS - Centro de Estudos e Ação Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

ENESSO – Executiva Nacional de Estudantes do Serviço Social

ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

GAS – Grupo de Ação Social

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

JOC – Juventude operária Católica

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

PEP – Projeto Ético Político

PPP – Participação Público Privado

REME – Movimento de Renovação Médica

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1. SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS E SIGNIFICADO SOCIAL.....	16
1.1. Questão Social: base de fundação da profissão.....	16
1.2. Movimento de Reconceituação, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: movimentos convergentes?	22
1.3. Serviço Social na contemporaneidade e o projeto ético-político.....	30
CAPÍTULO 2. O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE E O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	33
2.1. Saúde Mental e Serviço Social no Brasil	42
CAPÍTULO 3. O ESTADO DA ARTE SOBRE SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO SOCIAL.....	48
3.1. As categorias de análise.....	49
3.1.1 Serviço Social, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.....	53
3.1.2 Saúde Mental, Estado e Política Social.....	56
3.1.3 Saúde Mental, Família e Cidadania.....	58
3.1.4 Saúde Mental, Trabalho e Saúde do Trabalhador.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXO.....	69

INTRODUÇÃO

Quando um sistema de determinada área de atuação é negado e questionado, é sinal que a realidade institucional está rodeada de contradições no saber teórico e na realidade prática. No caso da crise do sistema psiquiátrico, foi possível identificar elementos incoerentes no fenômeno da doença e cura. Percebeu-se que nesse fenômeno “doença-saúde” a compreensão se ampliou e foi possível compreender que esse processo está completamente arraigado e é determinado também pelo sistema social-político-econômico (BASAGLIA, 1985).

Nesse sentido, a psiquiatria passou por um processo de mudanças, que foi impulsionado por movimentos de luta da psiquiatria democrática “com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p. 50).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento histórico de reconfiguração crítica e prática, do modelo da psiquiatria clássica. No Brasil, no período de redemocratização do país no fim dos anos 1970, a reforma teve seu início, tendo como direcionamento principal, a crítica ao saber unívoco das instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 1995, p. 87).

Com os questionamentos dos campos de luta pró-reformulação do sistema psiquiátrico, avanços significativos foram se estabelecendo para atenção à saúde mental, com um direcionamento pautado na atenção psicossocial. Amarante (2007, p. 83) afirma que,

Nesse contexto, a crise que apresentam as pessoas em situação de transtorno mental no entendimento da saúde mental e atenção psicossocial é entendida como uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com os outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por esse motivo trata-se de um processo social

A saúde mental é um direito¹ fundamental do cidadão e no Brasil está prevista constitucionalmente, amparada por lei, com acesso gratuito e fácil adesão a diversificados serviços públicos de atenção e auxílio, de forma a assegurar ao indivíduo amenidade mental, inteireza psíquica e plenitude nos processos de vida,

¹ Ver “Cartilha Direito a Saúde Mental”, iniciativa do Ministério Público, que contém em anexo a lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

em âmbito intelectual e emocional. A articulação entre os indivíduos, a comunidade e a sociedade como um todo fortalece a construção dessa política.

Tendo a Lei Federal 10.216/01 como referência na prestação de assistência à saúde mental, a questão do transtorno é abordada em sua totalidade, ou seja, a atuação se aplica em âmbito psicossocial, de forma que entende a saúde mental inserida nos processos das relações sociais. Nesse contexto de reformulação da assistência à saúde mental, o espaço de intervenção profissional se amplia por meio das equipes multiprofissionais, sendo imprescindível nessas equipes a presença de Assistentes Sociais.

A Saúde Mental e sua vinculação com o Serviço Social no Brasil é oriunda da esfera previdenciária. O Serviço Social ingressa nessa área como uma profissão que dá respostas críticas às múltiplas expressões da “questão social”, com posicionamento contra-hegemônico diante da estrutura social vigente. Nesse cenário, exige-se do profissional estreitamento analítico entre a sociedade capitalista contemporânea e a política de saúde mental, de forma a pensar e propor alternativas de ação que não reproduza o *status quo* e concepções preconceituosas e discriminatórias.

Diante do exposto, esse trabalho de conclusão de curso surge a partir da aproximação com a saúde mental durante o período de estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, realizado no Instituto de Saúde mental de Brasília - DF. A partir da vivência acadêmica houve uma provocação reflexiva de verificar como vem se configurando essa aproximação do Serviço Social com a área da saúde mental.

Para concretizar esse estudo, foi feita uma pesquisa exploratória, que verificou os trabalhos publicados nos principais eventos de produção intelectual da categoria profissional, que foram: o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS, que é um congresso trienal, e, o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS, que é um encontro bienal. Os eventos têm características particulares, tendo o CBAS uma notável presença de relatos de experiência, pois, conta com uma participação significativa de profissionais em exercício nas diversas áreas de atuação, já que é um Congresso de Assistentes Sociais. Já o ENPESS, por ser um evento voltado para a pesquisa, tem uma presença significativa de pesquisadores e docentes da área. Assim, com naturezas distintas, a análise possibilitou conhecer aproximadamente pesquisas acadêmicas sobre saúde mental

no Serviço Social e também experiências profissionais em diversos espaços de atuação.

Foram analisados os trabalhos publicados sobre Saúde Mental no CBAS e ENPESS no decênio² de 2004-2014. No CBAS de 2004, realizado em Fortaleza-CE, foram identificados 31 trabalhos sobre Saúde Mental; no CBAS de 2007 realizado em Foz do Iguaçu-PR foram encontrados 17 trabalhos; no ENPESS de 2008 realizado em São Luís-MA, 08 trabalhos; no ENPESS de 2010 realizado no Rio de Janeiro-RJ, 21 trabalhos; no ENPESS de 2012 realizado em Juiz de Fora-MG, 14 trabalhos; no CBAS de 2013 realizado em Águas de Lindóia-SP, 19 trabalhos e por fim no ENPESS de 2014 realizado em Natal-RN, foram identificados 10 trabalhos sobre saúde mental, totalizando 120 trabalhos nestes 10 anos de produção acadêmico-científica.

O presente estudo se materializou em três capítulos. O capítulo 1, que se intitula “Serviço Social: Fundamentos e Significado Social”, objetiva expor como surge o Serviço Social brasileiro, retratando aspectos sócio-históricos da profissão no país. Apresenta o processo de configuração do objeto de intervenção da profissão, a questão social, retoma os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos que culminaram em um projeto profissional condizente e comprometido em atuar nas expressões da questão social, visando sua mediação e superação. O capítulo ainda busca apresentar as convergências entre o Movimento de Reconceituação da profissão, o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica.

O Capítulo 2, “O Serviço Social na área da Saúde e o Assistente Social como profissional da Saúde” estabelece um sentido de continuidade em relação ao primeiro capítulo, no sentido de reiterar a importância da construção de um projeto ético-político sólido, atrelado ao movimento da sociedade e aos movimentos sociais, tais como, o Movimento de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica, alicerçando o exercício profissional nos determinantes sociais da saúde e nos parâmetros de atuação da saúde elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social. Na atual conjuntura é possível reconhecer a importância, significado e contribuição do Serviço Social na área da saúde como um todo e, em particular, da saúde mental.

² A produção do conhecimento em Saúde Mental do CBAS de 2010 realizado em Brasília-DF e do ENPESS de 2006, realizado em Recife-PE, incluso nesse recorte temporal, não foi analisada devido à dificuldade de acesso ao material.

Por fim, o Capítulo 3, que tem como título “O Estado da Arte sobre saúde mental no serviço social”, analisa as produções sobre Saúde Mental identificadas nos sete eventos (3 CBAS e 4 ENPESS) no decênio 2004-2014. Para analisar as abordagens dos conteúdos dos trabalhos coletados, foi necessário separar os trabalhos por categorias de análises, que são as seguintes: 1) Serviço Social, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica; 2) Saúde Mental, Estado e Política Social; 3) Saúde Mental, Família e Cidadania; e 4) Saúde Mental, Trabalho e Saúde do Trabalhador. Dos trabalhos distribuídos nas quatro categorias de análise, 20% foram selecionados para uma análise mais aprofundada, de modo a compreender quais são as abordagens apropriadas pelo Serviço Social na produção do conhecimento em Saúde Mental.

CAPÍTULO 1. SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS E SIGNIFICADO SOCIAL

1.1. Questão Social: base de fundação da profissão

A questão social pode ser compreendida como o conjunto das desigualdades sociais oriundas do sistema capitalista e suas expressões não se separam da reprodução das relações sociais³ entre as classes sociais que sustentam esse sistema. Nessa perspectiva, com base em uma análise societária estruturada na luta de classes e em interesses antagônicos postos na relação capital *versus* trabalho, a questão social pode ser identificada também, como destaca Yazbek (2009), na resistência e na disputa política.

Conforme assinala Iamamoto e Carvalho (2009, p. 77) é com a ascensão do capitalismo industrial e a constituição do proletariado, e, por conseguinte, com a concretização da luta de classes, que se passa a dar visibilidade a demandas antes esquecidas ou não existentes.

Os trabalhadores passam a ter consciência que há uma necessidade do Estado intervir não só nas relações trabalhistas, mas em uma série de necessidades sociais e humanas. Nesse momento de expressão e conscientização política por parte do proletariado, que transita da segunda metade do século XIX e início do século XX, o Estado se vê pressionado a cumprir seus deveres para atender as reivindicações dos trabalhadores, que se manifestam como evidências da questão social.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2009, p. 77),

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais engendradas nesse processo determinam novas *necessidades sociais* e *novos impasses* que passam a exigir *profissionais especialmente qualificados* para o seu atendimento, segundo os parâmetros de “racionalidade” e “eficiência” inerentes à sociedade capitalista.

Portanto, esse processo constante e ininterrupto do desenvolvimento das relações sociais capitalistas cria possibilidades das classes sociais se reproduzirem, mas ao mesmo tempo cria também as mazelas dessa sociedade. A forma como o sistema capitalista se organiza, se estrutura e se movimenta, se dá de forma contraditória, produzindo profundas desigualdades sociais, tendo em vista que a

³ Entende-se por desenvolvimento das relações sociais, com base na tradição marxista, a totalidade das dinâmicas que compõe a vida social, sejam elas materiais ou subjetivas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009).

produção da riqueza ocorre de forma coletiva, porém sua apropriação permanece privada.

É no bojo da emergência da questão social e de uma articulação entre interesses do Estado, da classe dominante e da Igreja Católica que surge o Serviço Social no Brasil. Nesse sentido, a profissão se origina para atender interesses demandados pela tríade: Estado, classe dominante e Igreja. O início da profissão teve como protagonista a ação empresarial e com maior ênfase de atuação a iniciativa religiosa.

Vale lembrar que o Serviço Social é uma profissão que reflete as determinações de uma sociedade, precisando ser compreendida com base na organização social, na divisão de classes, na relação Estado-sociedade, dentre outros aspectos que circundam a vida social.

Com base nas reflexões de Yazbek (2009), há uma dualidade de dimensões do trabalho do assistente social que denomina de objetivas e subjetivas. Objetivas no sentido da compreensão sócio-histórica da profissão, e subjetivas no sentido do significado que o profissional dará ao direcionamento social do seu fazer profissional. Portanto, é imprescindível que haja uma unidade do fazer profissional por meio de um projeto profissional que atenda aos interesses de seus usuários.

Ainda no que se refere ao surgimento do Serviço Social no Brasil, é importante destacar que em meados da década de 1920, na região sudeste, a Associação das Senhoras Brasileiras e a Liga das Senhoras católicas, instituições de cunho assistencial, que eram compostas por nomes da elite brasileira, já estavam superando arcaicas prestações de obras de caridade. Por possuírem grande influência social, o produto de suas obras assistenciais já conseguia arrecadar fundos significativos, o que lhes davam melhores resultados, pois já tinham um melhor planejamento.

Essas instituições são resultado da intervenção da Igreja Católica que tinham uma ação de cunho preventivo, e nesse momento não buscavam só remediar as mazelas, mas trabalhavam para evitá-las. Porém estas ações ainda eram bastante focalizadas, voltadas mais especificamente para crianças e mulheres (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009).

É nesse contexto histórico que o Serviço Social brasileiro emerge e a partir das iniciativas destas instituições de cunho religioso que as práticas profissionais vão sendo constituídas. Com a transição do apostolado laico para o apostolado

social no seio da Ação Social Católica, se organizam coletivos como: Juventude Operária Católica – JOC, Juventude Estudantil Católica, Juventude independente Católica, Juventude Universitária Católica e Juventude Feminina Católica que futuramente culminarão para a concretização do Serviço Social. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009)

Nesse período de muitas transições no que diz respeito à prestação de assistência, cria-se o Centro de Estudos e Ação Social - CEAS em São Paulo, que nasce da necessidade de uma Formação Técnica Especializada para a prestação de Assistência.

Esse Centro de estudos surge em 1932 e foi considerado uma expressão embrionária do Serviço Social no Brasil. Foi uma necessidade tanto da Ação social como da Igreja Católica para dar efetividade e rendimento às obras filantrópicas. (IAMAMOTO; CARVALHO 2009, p. 178)

No decorrer do primeiro curso do CEAS as participantes desejavam realizar uma ação social visando o bem estar da sociedade. Além disso, o curso fez as participantes se instigarem para entender os problemas sociais da atualidade. Muito embora o curso tivesse o interesse em uniformizar a prática social a partir do pressuposto de mudanças políticas e sociais, ainda estava intimamente arraigadas as bases da doutrina social da igreja católica, sendo um facilitador do apostolado laico.

Segundo Iamamoto (IAMAMOTO; CARVALHO 2009, p. 170) uma das primeiras iniciativas do curso foi pensar em uma Ação social para intervir junto aos proletariados com o intuito de “abolir” as ideias subversivas desse seguimento. Outra ênfase foi destinada à reparação do comportamento das mulheres nas fábricas.

A partir disso, os centros operários visavam “educar” as operárias numa perspectiva de tutelar essas mulheres, para “a verdadeira função” da mulher na sociedade, de como elas deveriam proceder diante as explorações da classe trabalhadora, em uma perspectiva um tanto moralista do papel da mulher, e também, um tanto funcionalista, com o objetivo de manter a ordem vigente (IAMAMOTO; CARVALHO 2009, p. 173).

Posteriormente, com o desenvolvimento desses centros, no ano de 1936, é fundada a primeira escola de Serviço Social de São Paulo. No final da década de 1930 o CEAS assina contrato com o Departamento de Serviço Social do Estado para a organização de centros familiares.

Na mesma década já havia sido criada a lei nº 2.497 de 24/12/1935, que estabelece o departamento de Assistência Social do Estado de São Paulo. Embora esse serviço social primário na década de 1930 já contasse com uma significativa parceria estatal, o governo intencionalmente subordinava suas demandas à ação privada que em grande maioria era de iniciativa católica.

O CEAS começa a promover cursos técnicos mais específicos para atuar na área de auxiliar social. Tais cursos surgiam conforme as demandas do próprio Estado, quando se vinculava com demandas específicas, por exemplo, nos centros familiares, os cursos intensivos eram direcionados no âmbito do lar, com disciplinas de cunho domésticos e pedagógicas, e assim sucessivamente conforme a área de atuação.

O grande objetivo do CEAS era difundir a doutrina e as ações da igreja católica. O centro desenvolvia cursos de legislação trabalhista, filosofia, moral, encíclicas papais, que tinham orientação antiliberal e antissocialista. Nesse momento, a questão social é entendida através da perspectiva social da igreja, vista como questão moral dos indivíduos, dissociada do contexto social e político em que estavam inseridos os trabalhadores. A concepção de questão social se baseava numa perspectiva conservadora, individualista, psicologizante e moralizadora (YAZBEK, 2009).

As parcerias com o CEAS eram diversas, e custeavam muitas bolsas para quem desejasse estudar e conseqüentemente atuar na perspectiva das ações sociais. Os grandes facilitadores eram o próprio Estado, instituições vinculadas a ele, os institutos de caixas e pensões, a Legião Brasileira de Assistência, dentre outros.

Esse crescente processo de profissionalização possibilita mudanças de entendimento sobre o Serviço Social, identificando os profissionais não mais como indivíduos comprometidos com a caridade, embora ainda houvesse conteúdo doutrinário na formação, mas estavam sendo incorporados através da qualificação progressiva e a inserção na divisão sócio-técnica do trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO 2009, p. 179).

Ainda na Região Sudeste do país, o Rio de Janeiro recebe especial destaque por ser a capital federal da época, e ter serviços básicos de infraestrutura muito bem estabelecidos, como também, prestação de assistência com presença do Estado. Portanto, em contraponto com a cidade de São Paulo a intervenção de instituições

públicas nesta última é ainda maior. A presença das iniciativas religiosas é grande no final da década de 1930.

Em 1937 surge o Instituto de Educação Familiar e Social que tinha em sua composição Escolas de Serviço Social e Escolas de Educação Familiar, que eram uma iniciativa do grupo de Ação Social – GAS. No âmbito dessas iniciativas estão entidades, coletivos e as personalidades mais importantes do movimento católico laico. Cabe lembrar inclusive que alguns desses cursos foram ministrados por diplomadas na Europa com formação vinculada à igreja. A ação Social no Rio de Janeiro era composta pela alta elite da sociedade, inclusive por representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

O debate que surgia nesse período é o de que a iniciativa de cunho caritativo das obras era pouco eficaz, pois não conseguiam atender de fato os anseios da sociedade. Desde então, o debate enfatizando a especialização foi bastante pertinente, começando a se entender a necessidade de especialização como pré-requisito para a atuação nas obras assistenciais, não apenas como requisito específico para obras que tinham vínculo com as instituições parceiras da igreja católica, mas também com o Estado e as empresas. As escolas de especialização começam a surgir nesse momento, mas poucos profissionais realmente concluíam a formação. Até o final da década de 1940, o número de diplomados no curso de Serviço Social chegava a pouco mais de 300 pessoas (IAMAMOTO; CARVALHO 2009, p.184 - 187).

Foi na década de 1940 que ocorreu de forma mais intensificada o contato com o Serviço Social norte-americano, que preconizava a dimensão técnica, com propostas de intervenção baseadas na matriz de pensamento positivista.

Nesse período, o Estado, com o intuito de regulação dos processos econômicos e sociais, começa a atender as demandas dos trabalhadores através de instituições sociais do Estado, muito mais para favorecer o processo de industrialização, e colocar em prática o reconhecimento institucional da cidadania por meio das leis sindicais, trabalhistas e sociais. Nesse sentido, o Estado passa a atender, nas suas proporções, tanto os interesses dos setores dominantes (capitalistas), quanto os interesses oriundos da classe trabalhadora.

Nesse contexto, o Estado eleva sua demanda pelo profissional de Serviço Social, de forma a manutenção das relações sociais vigentes. A partir disso, há um fortalecimento e ampliação das bases sociais do processo de formação profissional,

assumindo um papel na execução e operacionalização das políticas sociais advindas do Estado (YAZBEK, 2009).

Com essa aproximação do Estado com o Serviço Social, se exige uma maior profissionalização e se amplia o campo de intervenção conforme as novas expressões da questão social que vão surgindo. No entanto, nesse período, as intervenções profissionais, fortemente influenciadas pela realidade da época, tinham tendências paternalistas, repressivas e benemerentes, marcadas por fragmentações. Elas também estavam fortemente vinculadas aos interesses econômicos estatais de forma a reiterar a fragilidade das classes menos favorecidas (YAZBEK, 2009).

Neste período, o Serviço Social tinha a influência da teoria social conservadora, de cunho positivista, como método de aproximação do real. A teoria social positivista se caracteriza por uma dimensão instrumental, imediatista e manipuladora, não considerando os contextos que as demandas estão inseridas, mas somente os fatos isoladamente. Esse método funcionalista que a profissão incorporou, estava mais voltado para a renovação dos instrumentos e técnicas de análise na perspectiva do ajustamento social (YAZBEK, 2009).

Este referencial teórico foi questionado pela categoria a partir da década de 1960 no momento de expansão do capital, em que a América Latina está submetida a uma subordinação extremamente excludente. Todo esse processo desestabiliza a instância social, política, cultural e econômica da realidade.

A profissão incorpora inquietações no que tange ao Serviço Social tradicional, através de um movimento que instiga reforma nas dimensões teóricas, metodológicas, operativas, ideológicas, técnicas, ética e políticas da profissão. Esse movimento impõe aos assistentes sociais latino-americanos reavaliar o projeto profissional, de forma que o mesmo abarque as demandas das classes subalternas.

De acordo com Yazbek (2009), o movimento tem suas particularidades conforme a realidade de cada país latino-americano. No entanto, existe em comum a aproximação à teoria social marxista. Embora seja uma adesão extremamente conturbada, esse processo é extremamente relevante para a profissão e ficou conhecido como Movimento de Reconceituação da profissão, que será analisado a seguir.

1.2 Movimento de Reconceituação, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: movimentos convergentes?

Segundo (NETTO, 2009a) nos anos 1960 houve uma avalanche de golpes de Estado, direcionados pela hegemonia norte-americana com patrocínio dos imperialistas da época. Tais golpes de Estado atingiram intensamente os países considerados como de “terceiro mundo”. Assim, pode-se dizer que a América Latina teve muitos prejuízos nesse processo ditatorial, pois nesses países cresciam os grupos que desenvolviam diversos movimentos de libertação nacional e social, que obviamente não consentiam com o posicionamento político-ideológico dos dirigentes ditadores.

Os objetivos dessas ações eram três, segundo Netto (2009a, p. 16),

[...] adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países ao novo quadro do inter-relacionamento econômico capitalista, marcado por um ritmo e uma profundidade maiores da internacionalização do capital; golpear e imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a essa reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, enfim, dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo.

Esse fenômeno ditatorial é entendido pelo autor como autocracia burguesa, por se tratar de um governo de poder absoluto, que olhava apenas para os interesses da classe dominante. Para o autor, esse processo histórico confluiu em um primeiro momento com o Serviço Social no sentido de legitimar e manter ações conservadoras que permeavam a profissão no seu contexto tradicional, com políticas sociais localizadas, compensatórias e pouco eficazes. Fato relevante é que a autocracia burguesa contrapunha o Serviço Social no nível prático e de formação profissional, pois o regime autoritário não tinha proximidade com os elementos norteadores da profissão.

Nessa reorganização do Estado e com as mudanças sociais concretas em curso na época, que se configuraram em inúmeras expressões da questão social, a categoria necessitava agir conforme seus pressupostos práticos e de formação profissional. Nesse sentido, a profissão necessitava se reformular, pois não estava condizente, do ponto de vista formativo e da ação profissional, com os processos do desenvolvimento das forças produtivas no que tange às demandas sociais advindas da classe trabalhadora (NETTO, 2009a).

Netto (2009a, p. 127) expõe que,

A apreciação do processo do Serviço Social no marco da autocracia burguesa indica que os movimentos da dinâmica profissional fizeram mais que responder funcionalmente às demandas e aos condicionalismos que aquela lhe colocava.

Esse momento vivenciado pela profissão fez o Serviço Social desenvolver potencialidades que se incorporaram em características que a profissão trouxe consigo para a década de 1980, pós-ditadura. Até então não haviam posicionamentos políticos concretos, nem mesmo diretrizes teóricas assumidas como norteadoras próprias da profissão.

Esse processo reverberou num ganho significativo com a iniciativa da laicização da profissão, que aconteceu de forma progressiva. Esse é um fato importante, se expressando com a iniciativa de romper os vínculos com as práticas tradicionais, e esse fato caracteriza-se como elemento da renovação da profissão sob a autocracia burguesa (NETTO, 2009a).

Na autocracia burguesa as iniciativas de renovação da profissão e redimensionamento da formação não ultrapassavam os limites que o regime impunha, pois os avanços no sentido de superar as práticas e metodologias tradicionais eram aniquilados por esse sistema. Embora nesse momento tentava-se construir no âmbito universitário um novo projeto para profissão, toda essa reconstrução se passava no cenário de uma universidade sob regime militar e por isso, tais iniciativas não ultrapassavam o limite estabelecido pelo sistema vigente (NETTO, 2009a).

Essa pauta colocada pelo Serviço Social da tentativa de reformular a profissão, de renovar suas metodologias, teorias, ideologias e técnicas é oriunda da vanguarda profissional que culminou no embate com o regime autocrático por meio dos movimentos estudantis e sociais.

O processo de renovação do Serviço Social é amplo e tange na configuração da profissão como um todo, em nível intelectual e teórico, prático e metodológico. É uma parte da história profissional que se caracteriza por um pluralismo de perspectivas sobre a profissão. Nesse momento, a categoria estava se descobrindo, se repensando, e se apropriando do debate das ciências sociais não apenas como receptores, mas também, como consumidores da mesma, pois nesse momento a profissão está se analisando criticamente, sendo seu próprio objeto de pesquisa (NETTO, 2009a).

Os foros da categoria, congressos e fóruns, foram espaços dessa discussão da renovação profissional e podem ser citados os Congressos Brasileiros de Serviço Social de 1947; 1961; 1965 e os seis Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1974; 1976; 1979; 1982; 1985 e 1989. As entidades profissionais se reformulavam para realização dos congressos que cada vez mais tinham diversas polêmicas contemporâneas em torno da profissão (NETTO, 2009a).

A Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social – ABESS, que posteriormente se tornou Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (e em seguida, se tornou Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS) e o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social foram entidades promotoras de diversos eventos que debatiam a temática da renovação profissional. Este último recebe especial destaque por seus “seminários de teorização” e debates metodológicos (Araxá em 1967; Teresópolis em 1970; Sumaré em 1978 e Alto da Boa Vista de 1984) que tiveram impactos importantes para a configuração atual da profissão (NETTO, 2009a).

Nesse ínterim, a profissão se distancia de seu caráter superficial e consensual, se configurando em um cenário divergente de posições e colocações no que tange a natureza, função, objeto, objetivos e prática do Serviço Social. Isso se dá pela pluralidade de matrizes teórico-metodológicas alternativas que rompem com concepções de homogeneidade de visões e práticas profissionais (NETTO, 2009a).

É importante ressaltar que esse passo dado pelo Serviço Social colocado como a renovação da profissão não é um desvinculamento completo com o tradicionalismo, mas é possível reconhecer a evolução profissional. Tal entendimento é confirmado por Netto (2009a, p. 136) quando diz que:

A dialética entre o Serviço Social no país antes e durante/depois do ciclo autocrático não é nem a ruptura íntegra, nem a mesmice pleonástica: é um processo muito complexo em que rompimentos se entrecruzam e se superpõe a continuidades e reiteraões; é uma tensão entre vetores de transformação e permanência – e todos permanecem, em medida desigual e metamorfoseados, na resultante em que, indubitavelmente, predomina o novo.

É importante dizer que a autocracia burguesa cria suportes histórico-sociais para o desvinculamento do Serviço Social tradicional que foi ilegitimamente incorporado pela profissão através de práticas unilaterais e focalizadas. Todavia esse rompimento aconteceria de uma forma ou de outra, tendo em vista a crise e o quadro econômico-social do final da década de 1950 e seus desdobramentos nas

expressões da questão social, que exigiriam um novo posicionamento do Serviço Social. No entanto, a autocracia burguesa conferiu um caráter particular a esse processo. (NETTO, 2009a)

Com isso, a perspectiva da intenção de ruptura sai dos limites da discussão universitária para o âmbito prático da questão apenas quando a classe trabalhadora é reinserida e entendida na dinâmica da luta de classes, retomando sua militância política no momento da redemocratização do país na década de 1980. A intenção de ruptura foi uma tendência que necessitava de abertura política para ser posta em prática e com o período democrático tal proposta avançaria para a concretude (NETTO, 2009a).

A década de 1980 foi marcada por muitas mobilizações políticas. Nesse contexto havia o debate de renovação do Serviço Social e também de áreas como a Saúde Coletiva, por exemplo. As profissões estavam se incorporando de temáticas novas como a relação do Estado com as políticas sociais, tendo como suporte a teoria marxista. O movimento sanitário que foi se consolidando desde meados dos anos 1970, avançava com a consolidação de propostas que estreitam a relação com o setor público, sendo fortemente marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde na capital do país em 1986 (BRAVO; MATOS 2009).

Nessa mesma década temos a constituição de 1988, que dispõe de forma progressista sobre a proteção social, em que a Saúde, Assistência Social e Previdência Social integram a Seguridade Social. A saúde é tratada como um direito de todos e dever do Estado. Essa conquista foi alvo de disputas, pois havia entidades que defendiam a privatização da saúde e entidades como a Plenária Nacional de Saúde que era ativista da Reforma Sanitária, e que defendia a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social, que diz respeito à participação da sociedade civil na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. Essa conquista só se tornou possível pelas mobilizações e reivindicações assertivas do movimento pró Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS 2009).

Segundo Paim (2009, p. 29),

[...] pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a ideia, a

proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva.

A Reforma Sanitária brasileira foi um conjunto de práticas de cunho social, econômico, político, ideológico, que aconteceram na transição do regime ditatorial para a democratização, e que culminou num contexto de crise hegemônica. Defendia a democratização do Estado e sociedade. Pode ser identificada e analisada a partir de um ponto de concretude: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e também com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988 e conjuntura pós-88 (Paim, 2009).

O Serviço Social nesse momento da Reforma Sanitária, não estava inserido diretamente para legitimar os pressupostos desse movimento, embora seu projeto profissional seja completamente condizente com os pressupostos da reforma. Naquele momento, a profissão estava focada no processo de reformulação teórico-metodológica (BRAVO; MATOS 2009).

Na década de 1990 o ordenamento político do país passa a assumir um cariz neoliberal, característica que contrapunha tanto o projeto profissional do Serviço Social quanto o da Reforma Sanitária, gerando retrocessos no que se refere às conquistas estabelecidas na Carta Magna de 1988.

No que diz respeito à saúde, a diretriz neoliberal tinha dois projetos em disputa, o projeto privatista ou mercantil, e o projeto da Reforma Sanitária. Nesse contexto dual se exigia do Serviço Social diferentes posicionamentos frente às demandas. O primeiro projeto marcado por características de ação benemerente, fiscalizatória e assistencialista, e o segundo exigindo do profissional analisar a política de saúde em âmbito universalista, com atendimento humanizado, interdisciplinar e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS 2009).

Aproximadamente na década de 1970, ativistas da luta da Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental - MTSM, formado por trabalhadores do movimento sanitário, foram os impulsionadores de uma nova proposta para saúde mental, que se consolidou na Reforma Psiquiátrica. Entretanto esse movimento foi se codificando por movimentos de variados campos de luta, se configurando em um movimento de denúncia aos maus tratos e péssimas condições

dos manicômios e da forma como a saúde mental vinha se organizando (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para tratar do tema da Saúde Mental é necessário resgatar os estigmas que rodeiam a pessoa com transtorno mental desde os primórdios da humanidade. Existem estigmas arraigados à loucura desde as sociedades menos desenvolvidas até os dias de hoje. A loucura de acordo com Zgiet (2009, p. 178)

[...] Assumiu também um caráter de desvio moral quando da ascensão do trabalho num contexto de industrialização. Ou seja, o louco passou a ser visto como “vagabundo”, inútil para a reprodução do capital e, portanto, apto ao afastamento e a reclusão. O manicômio teria esse papel de controle das pessoas com transtorno mental e de livrar a sociedade do convívio com elas.

Nesse contexto é possível perceber que o preconceito com a pessoa com algum transtorno mental está arraigado na história. A sociedade se enquadra dentro de um fundamentalismo funcionalista, que se expressa na forma de uma sociedade coercitiva, com normatizações pré-estabelecidas, excludentes no sentido de não admitir o diferente, as adversidades e limitações, constituindo um modelo ideal de sociedade e indivíduo, em que sempre haverá uma dualidade de certo e errado, bom e mau, doente e saudável.

O transtorno mental sob essa ótica é algo que desestrutura a forma de organização social posta. Esta característica de ordem influencia diretamente as relações sociais da pessoa com transtorno mental, se configurando nas formas de exclusão social, seja no mercado de trabalho, na vida cotidiana, na comunidade e até mesmo no âmbito familiar. Essas pessoas são vistas como sem “utilidade” social, não contribuindo para a produção e reprodução do capital e assim, surgem ideologicamente todos os estigmas que rodeiam a saúde mental, atrelados ao ideário de utilidade social.

Por um longo período, o modelo manicomial era tido como tratamento unânime no tratamento em saúde mental. Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, utilizava de métodos, tais como testes em manicômios, para a “cura” dos doentes mentais em busca da normalização do comportamento dessas pessoas, embora assim excluísse toda sociabilidade desses indivíduos (ZGIET, 2009).

Uma luta pertinente e permanente da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao processo de desinstitucionalização, que se configura na própria reforma, que visa de forma humanitária o melhoramento do sistema de saúde mental, por meio da

redução de leitos e a ampliação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Amarante (2013, p.87),

Para efeito da referida investigação está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamento apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e as instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

Além disso, a reforma objetiva mudar o foco de intervenção em saúde mental, e não separá-la de quem a possui, de forma a tratar o indivíduo. O cuidado deve ser para a pessoa, e não ter como foco de intervenção a própria doença, considerando o sofrimento e as dificuldades do indivíduo diante do diagnóstico de determinado transtorno mental.

Nesse processo, começam a aparecer as primeiras iniciativas instituídas para a mudança da assistência nessa área. Acontece em 1987 o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental - MTSM em São Paulo, que teve como pauta de luta o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano houve no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental seguida da criação do primeiro Centro de Assistência Psicossocial - CAPS no Brasil na cidade de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Neste período de reformas foram criados na cidade de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, que funcionavam 24 horas. Isso se tornou um ponto importante na Reforma Psiquiátrica, pois concretizava a ideia de um novo modelo de atenção à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com a Constituição de 1988 é previsto um sistema de saúde próximo do que posteriormente se consolidaria como Sistema Único de Saúde – SUS. Tal realidade expressava uma significativa conquista que se deu por meio das lutas dos movimentos sociais. Tal sistema prevê a articulação entre a gestão federal, estadual e municipal, tendo como base o controle social, exercido por meio dos Conselhos de Saúde.

O SUS teve papel fundamental para a intervenção em saúde mental, conforme as lutas impostas pela militância da reforma psiquiátrica, e com a

articulação de redes no que tange ao trabalho multidisciplinar, imprescindível na atuação da Saúde Mental, estabelecendo de certa forma que o profissional da psiquiatria saísse do âmbito de atuação voltado restritamente a sua categoria profissional abrindo espaço para outras abordagens de intervenção.

Em meados de 1989 foi apresentado o projeto de lei da reforma psiquiátrica pelo deputado Paulo Delgado. Embora a Lei 10.216/01 disponha sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, esta lei foi acusada por militantes da Luta Antimanicomial de deixar brechas para criação de instituições psiquiátricas, com o risco de retrocesso diante dos ganhos para a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo Delgado (1992, p. 29),

A reforma psiquiátrica reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas – bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os “direitos” do doente mental, sua “cidadania”. Por trazer à cena, como sujeitos (cidadãos), aqueles que são seus clientes, a dimensão dominante da Reforma, deixa de ser técnico-administrativa, para constituir-se em enigma teórico. Um imprevisível político.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, segundo Delgado (1992, p. 44), também se configura como um “processo político e social”, um movimento de forças e instituições sociais de todos os níveis em âmbitos diversos, como:

[...] as disciplinas universitárias, o imaginário social, a opinião pública, o mercado de serviços de saúde, as corporações profissionais, neoformações corporativas – como grupos de famílias de pacientes -, governos municipais, estaduais e federal, partidos políticos e outras.

Esse é um processo que contribui em vários níveis para possibilitar de fato as propostas de garantia de cidadania, e com isso se observa que a reforma é permanente, não sendo um momento histórico cessado. É preciso que esteja incansavelmente em construção para que suas iniciativas continuem sendo possibilitadas.

Diante do exposto, é possível identificar pontos convergentes entre os processos históricos apresentados. Tanto o processo de Reconceituação do Serviço Social, quanto o processo de Reforma Sanitária assim como também a Reforma Psiquiátrica, são movimentos que acontecem progressivamente, que datam os seus ápices do mesmo momento histórico-social, da ditadura até a redemocratização do país, se caracterizando pelo árduo e combativo trabalho militante, identificados por projetos societários similares. Nesse sentido, de alguma forma, tais movimentos se

incorporam uns aos outros, e são movimentos contínuos que estão em permanente construção.

Tais incorporações e convergências se dão pelas semelhanças entre as pautas de lutas e reivindicações. No que compete ao Serviço Social, o seu projeto societário abarca as demandas de luta tanto da Reforma Sanitária quanto da Reforma Psiquiátrica. E as duas reformas conversam entre si. Uma é produto da outra, as concepções e intenções de ambas reverberam no projeto ético político do Serviço Social, que será tratado no próximo tópico.

1.3. O Serviço Social na contemporaneidade e o projeto ético-político

O Serviço Social contemporâneo no Brasil é fruto de uma renovação acadêmica e profissional engajada em defesa dos direitos da classe trabalhadora, tendo compromisso com a legitimação da democracia, liberdade, igualdade, justiça social, acesso a meios que possibilitem a produção dos meios de vida, e cidadania no sentido de atender as necessidades reais e próximas da realidade, abarcando todos os indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2009a).

Essa renovação crítica da profissão foi produto da queda da ditadura militar, e conseqüentemente produto da Redemocratização do país através da promulgação da Constituição de 1988, das lutas sociais, principalmente do movimento dos trabalhadores, e diversos movimentos de resistência. Com isso, a profissão emergiu com a nova roupagem que pretendia romper os laços do tradicionalismo. Dessa forma, a categoria teve significativas alterações como já exposto no conteúdo deste capítulo, que exigiram mudanças em diversos âmbitos, como exemplo no ensino, na pesquisa, na regulamentação da profissão e em âmbito operacional (IAMAMOTO, 2009a).

Com todas essas características e requisições de uma nova postura profissional, o Serviço Social construiu um projeto profissional direcionado pela teoria social marxista, que se pauta na perspectiva da emancipação humana, tendo como fundamento a realidade social, sua dinâmica, movimento e contradições. Essa postura profissional se torna concreta com o conjunto das regulamentações da categoria, como, por exemplo, o Código de Ética do Assistente Social de 1993; a Lei de Regulamentação da Profissão também de 1993 e as Diretrizes Curriculares elaboradas pela ABEPSS em 1996 (IAMAMOTO, 2009a).

O espaço de trabalho para o assistente social na contemporaneidade se insere tanto na esfera estatal quanto privada, como também em entidades da sociedade civil sem fins lucrativos, na prestação de assessoria para organizações e também em movimentos sociais. Nesses espaços os assistentes sociais atuam na formulação, planejamento e execução de políticas públicas, nas áreas de educação, saúde, previdência, assistência social, habitação, meio ambiente, entre outras, respaldados na linha de defesa e legitimação dos direitos dos cidadãos. No espaço público o profissional pode atuar no poder judiciário, executivo e legislativo, dentre outros, sendo que cada um dos espaços de trabalho são dotados de particularidades específicas. Além do mais, tais espaços ocupacionais condicionam o caráter do trabalho realizado, voltado ou não a lucratividade do capital (IAMAMOTO, 2009a).

Segundo (Iamamoto, 2009a, p. 06),

Nesses espaços ocupacionais esses profissionais realizam assessorias, consultorias e supervisão técnica; contribuem na formulação, gestão e avaliação de políticas, programas e projetos sociais; atuam na instrução de processos sociais, sentenças e decisões, especialmente no campo sociojurídico; realizam estudos socioeconômicos e orientação social a indivíduos, grupos e famílias, predominantemente das classes subalternas; impulsionam a mobilização social desses segmentos e realizam práticas educativas; formulam e desenvolvem projetos de pesquisa e de atuação técnica, além de exercer funções de magistério, direção e supervisão acadêmica. Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais. Afirma o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais.

O Serviço Social chega a esse período, sintonizado com um projeto societário e suas ações se concretizam calcadas em reflexões críticas, orientadas para a defesa da democracia, da justiça, da igualdade e da liberdade. Como afirma (NETTO, 2009b, p. 143) “[...] a concorrência entre diferentes projetos societários é um fenômeno próprio da democracia política”.

No Serviço Social, as entidades ligadas à categoria se vinculam ao projeto ético-político, o que possibilita perpassar tal discussão pelos estudantes, profissionais, professores, sindicatos, dentre outros sujeitos individuais e coletivos. No caso do Serviço Social brasileiro, as entidades são politicamente engajadas e atuantes. No Brasil, tal organização engloba o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social); ABEPSS

(Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social); a ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes do Serviço Social), assim como os sindicatos e diversas associações de assistentes sociais (NETTO, 2009b).

Não se pode excluir um fato quando se trata do debate dos projetos profissionais, que é o princípio do pluralismo, no que diz respeito ao posicionamento, adesão de vertentes teóricas e expectativas diversas dentro de uma categoria profissional, o que configura uma unidade heterogênea. Entretanto, o projeto hegemônico de profissionais de uma categoria pressupõe um pacto entre os profissionais no que diz respeito a aspectos imperativos, que são caracterizados como compulsórios e obrigatórios a todos. Mas ainda assim existem divergências.

Segundo Netto (2009b, p. 148),

[...] os elementos éticos de um projeto profissional não se limitam a normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem/ ademais, opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação de projetos profissionais como *ético-políticos* revela toda sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

Entretanto, os projetos profissionais da atualidade quando assumem o caráter ético-político se explicam pela própria colocação, pelo próprio termo. Porém a “ética” do termo só se materializa quando unida a um direcionamento político de profissão. No caso do Serviço Social, esse direcionamento político foi ganhando forma com a desvinculação com o conservadorismo profissional, adequação às novas demandas advindas do processo de rompimento com a ditadura militar e especializações no âmbito acadêmico com a interlocução com as ciências sociais que deu subsídios para criticidade no contexto profissional das modalidades prático-interventivas (NETTO, 2009b).

Podemos acrescentar também, as reformulações do código de ética em 1993, com a mudança de nomenclatura nos princípios do código para assim reconhecer a linguagem de gênero com a substituição do termo “opção sexual” por “orientação sexual”, legitimando o entendimento político dos movimentos sociais e entidades que atuam na defesa da liberdade da expressão sexual, além de outras ações, pois o projeto ético político do Serviço Social está aberto para incorporar as diversas pautas sociais que ainda estão por vir e serem construídas e debatidas coletivamente.

CAPÍTULO 2. O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE E O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Historicamente, a seguridade social é um sistema de proteção social em disputa e negociações na ordem burguesa. Consolidou-se como um direito por meio da luta dos trabalhadores. Ela emerge com base no reconhecimento das degradantes condições de trabalho e se expande a partir do segundo pós-guerra, se inserindo na pauta dos direitos sociais (MOTA, 2009).

Os sistemas de proteção social foram implementados por meio de ações sociais para indivíduos, que por algum motivo não podiam sobreviver de seu próprio trabalho, como também para cobrir riscos no âmbito laboral, invalidez para o trabalho, velhice, etc. (MOTA, 2009).

No que se refere à Seguridade Social brasileira, reconhecida na Constituição Federal de 1988, assegurando o tripé Previdência Social, Saúde e Assistência Social como direitos de cidadania e dever do Estado, podemos inferir, de acordo com a Lei Nº. 8.212 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências, que,

Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. A Seguridade Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; e) equidade na forma de participação no custeio; f) diversidade da base de financiamento; g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

No título II da mesma legislação, que se restringe especificamente a política de saúde, o Art. 2º expõe que:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Parágrafo único. As atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: a) acesso universal e igualitário; b) provimento das ações e serviços através de rede regionalizada e hierarquizada, integrados em sistema único; c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; d) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; e) participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde; f) participação da iniciativa privada na assistência à saúde, obedecidos os preceitos constitucionais.

A concepção de Seguridade Social, tratada na Constituição Federal de 1988, como dever do Estado, de cunho universalista, entendida como direito social, traz o “estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais” (CFESS, 2010, p.17) representa a significativa conquista da incansável luta por proteção social da classe trabalhadora. É a institucionalização dos direitos sociais no Brasil, advindos das transformações sociopolíticas.

Percebe-se que foram nas tensas relações entre capital e trabalho que se desenvolveram os sistemas de proteção social. Foi no processo de desenvolvimento econômico capitalista que foram necessárias novas estratégias de mediação entre o Estado, a sociedade e o mercado, sendo preciso reconfigurar a seguridade social para adequá-la às metamorfoses do capital (MOTA, 2009).

Essas adequações se expressam nas chamadas reformas, que são incentivos de organizações internacionais presentes no país, no processo de mundialização do capital, e trazem tendências de políticas focalizadas, direcionadas às parcelas mais empobrecidas. Tais políticas perdem o caráter universalista, pois necessitam de condicionalidades (MOTA, 2009).

No momento histórico econômico da mundialização do capital, o mercado passa a ter importante papel como regulador das relações sociais, pois o Estado está completamente subordinado a ele. Nesse momento as expressões da questão social se desencadeiam em todos os níveis, atingindo coletivamente os sujeitos. Dessa forma, os desdobramentos da questão social potencializam a organização desses indivíduos, o que dá caráter político à luta contra essas expressões de desigualdades, com questionamento para a construção de um novo projeto societário (IAMAMOTO, 2009b).

Contudo, o Estado, no interior desse processo, direciona as suas ações reformistas, na realidade, num contexto de contrarreforma, em que as políticas sociais se apresentam em um contexto de privatização, focalização e descentralização. O gasto público é direcionado prioritariamente ao grande capital financeiro, deixando a economia política do trabalho em segundo plano. As inovações tecnológicas aparecem cada vez mais intensas. A globalização é um processo constante, e nesse sentido, novas atribuições são exigidas aos Assistentes Sociais. É nesse cenário que o mercado de trabalho se reconfigura para o

profissional do Serviço Social, e seus preceitos crítico-ideológicos são extremamente importantes para nortear sua atuação (IAMAMOTO, 2009b).

No país, nos primeiros anos do século XXI verificou-se que, 78,16% dos profissionais da categoria trabalhavam em instituições públicas do Estado, sendo que 40,97% atuavam em municípios, 24% em nível estadual e 13,19% em nível federal. No terceiro setor se inseriam 6,81% dos profissionais, atuando principalmente com demandas advindas da “responsabilidade social” (IAMAMOTO, 2009b).

Com base nestes dados, observa-se que o profissional de Serviço Social está inserido tanto na esfera pública quanto na esfera privada, e sua intervenção profissional se dá entre as demandas dos usuários e o acesso aos serviços sociais. Assim, por intermédio desse profissional, o Estado se insere nos espaços íntimos onde se passam os conflitos próprios das relações sociais. Porém, o assistente social, como agente do Estado, pode se posicionar de maneiras distintas nesse processo, ou pode assumir um papel de invasor da privacidade da população usuária, de maneira autoritária e burocrática como uma extensão da coercitividade estatal, ou pode criar uma ponte ao acesso das famílias aos recursos e serviços, como aponta lamamoto (2009b).

Característica acentuada nesse processo são as crescentes parcerias comunitárias que emergem em nível acelerado através das Organizações não governamentais – ONGs, e também há uma tendência nessa reformulação que exigem a “auto-sustentabilidade” comunitária, o que distancia as políticas sociais da intervenção estritamente estatal (MOTA, 2009).

A economia liberal dentro do contexto dos rearranjos do sistema de proteção social coloca desafios na atuação do Assistente Social na área da saúde. No entanto, é necessário que o profissional faça um exercício de compreender a sua atuação como um processo inserido em um contexto histórico que direciona o seu fazer profissional, tendo em vista que a categoria se propõe a ressignificar constantemente a sua atuação conforme os direcionamentos políticos congruentes com seu projeto ético-político na área da saúde.

Por isso, o debate do Serviço Social na área da saúde está relacionado ao movimento de reforma sanitária, assim como também ao projeto ético-político profissional, no entanto, conforme expõe (BRAVO; MATOS, 2009), há um desafio em conciliar esses pressupostos no fazer profissional.

Na área da saúde, o assistente social deve primar pela incorporação das novas demandas profissionais, fazendo a devida articulação com o projeto ético-político profissional e com a Reforma Sanitária. É sob a luz desses dois projetos que o profissional dará respostas legítimas para as requisições dos usuários. O profissional deve articular suas ações também com as demais iniciativas congruentes com o SUS (Sistema Único de Saúde), no sentido de formular estratégias para a efetividade dos direitos sociais voltados para a política de saúde (BRAVO; MATOS, 2009).

Os referidos autores ainda apontam que o código de ética profissional apresenta nos seus princípios fundamentais: II, V, IX e X diretrizes para a atuação na área da saúde. Segundo o Código de ética profissional (2011) esses princípios tratam da,

- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; [...]
- V. 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; [...]
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; [...]

Nesse contexto, uma atuação competente e crítico-reflexiva do Serviço Social na área da saúde, deve estar articulada e em sintonia com o movimento dos trabalhadores e de usuários que estejam ativos pela real efetivação do SUS. Deve facilitar o acesso de qualquer indivíduo aos serviços de saúde, de forma que a atuação profissional não seja submetida às propostas governamentais que não estejam de acordo com a proposta do SUS, que considera a saúde como um direito, conforme os pressupostos da reforma sanitária; deve construir e promover espaços para os profissionais da saúde e para população, de maneira que tenham participação nas decisões a serem tomadas nessa área e atentar-se nas investigações na área da saúde, como também gerir programas e projetos de educação permanente nesta área, com vistas à melhoria contínua na prestação de serviços e acesso à saúde como direito (BRAVO; MATOS, 2009).

Com a entrada do governo do partido dos trabalhadores a partir do ano de 2003, muitos sujeitos políticos militantes sanitaristas criaram grandes expectativas em relação à pauta da reforma sanitária brasileira, pois, o governo eleito trouxe

expectativas de mudanças, tendo em vista que apresentava possibilidade de alterações no que tange as políticas sociais. Entretanto, rapidamente, no ano de 2005 foi criado o Fórum da Reforma Sanitária, mas que mostrava contradições no direcionamento político. Aparecem nesse momento discrepantes projetos de Reforma Sanitária (SILVA, 2014).

Em 2010, fato significativo foi a criação da Frente Nacional Contra a privatização da Saúde (FNCPS), movimento sanitarista, que luta por um projeto político emancipatório, objetivando resistir contra os processos de privatização, e atua no sentido de legitimar o SUS de forma universalista, público e estatal, da mesma forma como foi conquistado, conforme as lutas e mobilizações da década de 1980. O FNCPS visa combater a proposta política do fórum da reforma sanitária.

Na contemporaneidade, a Reforma Sanitária brasileira se contrasta com a reforma sanitária dos anos 1980, pois atualmente assumiu uma lógica de se adequar ao crescimento econômico e desenvolvimento social, afastando-se da legítima política de saúde, que tem seus moldes originais que presam por um “projeto político-emancipatório, ou seja, civilizatório e de lutas popular-democráticas”. Essa nova proposta de Reforma Sanitária pauta-se por uma intervenção um tanto focalizada, fortalecendo na verdade o processo de contrarreforma (SILVA, 2014, p. 160).

Cabe ressaltar que a FNCPS foi criada durante o seminário: “20 anos de SUS: Lutas Sociais contra a Privatização e em defesa da saúde Pública Estatal” no Rio de Janeiro. Este evento foi organizado por várias entidades, tais como: o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região, e pelos projetos Saúde, Democracia e Serviço Social: Lutas Sociais e Gestão Democrática; Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais e Políticas Públicas de Saúde. O coletivo permanece com a mesma estratégia da Reforma sanitária brasileira dos anos 1980 que se opõe à regulação da saúde pela esfera privada e defende a saúde pública estatal (SILVA, 2014).

As bandeiras de luta da FNCPS, segundo Silva (2014, p.164), são:

- 1) contra a inconstitucionalidade da lei que cria as Organizações Sociais;
- 2) em defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade;
- 3) pela gestão e serviços públicos de qualidade;
- 4) defesa de investimento de recursos públicos no setor público;
- 5) pela efetivação do Controle Social;
- 6) defesa de concursos públicos e a carreira pública no Serviço Público;
- 7) oposição à precarização do trabalho e;
- 8) contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços – (OS), Organização de Sociedades Cíveis

de Interesse Público (Oscip), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), e/ou outras formas de parceria público-privada (PPP), consideradas novos modelos de gestão.

O modelo de atenção à saúde, como o conquistado pelo movimento sanitarista da década de 1980, foi um espaço de atuação propício para o Serviço Social, e, além disso, é altamente viável do ponto de vista da ressignificação profissional, pois esse modelo de saúde pauta-se em uma dimensão ampliada da política, como universal, e como direito, entendendo o processo saúde-doença no contexto dos determinantes sociais. “A adesão ao novo paradigma é que vai permitir aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a projetar à política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão” (Mioto; Nogueira 2009, p. 222).

Atualmente, no Brasil, o Serviço Social é um dos integrantes das diversas profissões da saúde, legitimado tanto em âmbito legal, quanto nas suas intervenções profissionais, tendo em vista que a atenção à saúde nessa reformulação incorpora a dimensão social e a proteção social à saúde, que estão intimamente ligadas ao fazer profissional do assistente social (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Outro fato que torna esse direcionamento profissional legítimo é o tratamento dessa temática da saúde em sua ampliação, no entendimento dos determinantes sociais, na perspectiva de serem tratados na literatura do Sistema Nacional de Saúde, de maneira que o fazer profissional do Assistente Social nessa área não se distancie da teoria, e assim acentue a necessidade do movimento constante na busca da “organização do conhecimento” no que se refere à intervenção profissional em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 223).

Os pressupostos para a ação profissional do Assistente Social em saúde giram em torno de três diretrizes: as necessidades sociais em saúde, que se expressam constantemente no decorrer dos processos históricos, e conforme os projetos societários vigentes; o direito à saúde, que depende do direcionamento das políticas públicas, que estão estruturadas na dual contradição entre os interesses estatais e os interesses da sociedade, e dependem ainda da operacionalização dos serviços de saúde, que envolvem gestão, planejamento, avaliação, além do controle social em saúde; a produção de saúde que se expressa através de um contexto que envolve as transformações sociais, econômicas e políticas nas ações de vigilância, e

práticas em saúde, aproximando as ações teórico-metodológicas do projeto ético-político profissional, direcionando-os para uma ação que abrace a participação social, prime pela universalidade e integralidade de suas ações (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

É importante ressaltar que o social na área da saúde tem se ampliado em outras profissões, através de ações sócio-assistenciais estatais de nível nacional. Dessa maneira, assumem uma tendência de desqualificação, pois essas ações possuem um formato que terminam em si. Porém, a atenção social em saúde necessita de intervenção técnica e especializada, para que a saúde não se contraponha ao seu real intuito, de uma política universalista, pois ações como essas dão um caráter reducionista à política de saúde. Portanto é necessária a incorporação crítica do social na saúde em nível constante (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). No movimento sanitário brasileiro, a incorporação crítica foi à luz do marxismo, e trouxe inúmeras inovações na construção de um conceito amplo e plural em relação ao conceito de saúde-doença.

A aproximação do Serviço Social com as ciências sociais é ponto convergente com o movimento sanitário brasileiro, como também sua adesão à teoria da determinação social na saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). Tal aproximação conseguiu trazer para a atenção em saúde outra visão, que entende o processo saúde-doença não apenas como fator biológico, mas, como também, resultado dos processos de vida, das relações sociais, materiais e espirituais (BRONZO; FLEURY-TEIXEIRA, 2010).

É por meio da aproximação e vinculação com a teoria crítica da determinação social da saúde, que o Serviço Social fortalece as bases da intervenção profissional. Dessa maneira, a profissão reconhece que a ação profissional apenas é legitimada através da apropriação crítica dos processos determinantes da saúde, e assim se colocam em conformidade com a reforma sanitária, que além das dimensões política e operativa, defende a dimensão teórica.

Portanto, as ações profissionais nessa ótica se estabelecem na atenção à saúde na perspectiva da integralidade, universalidade e participação social, como instrumentalização profissional nos espaços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

As ações profissionais são nada menos que os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos colocados em prática. Isso significa que estas ações são praticadas no contexto dos projetos societários existentes e divergentes, sendo

que a intervenção profissional faz uma mediação entre os paradoxos desses projetos (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Nesse sentido, visando unificar e fortalecer o trabalho do Assistente Social na saúde, de forma que houvesse conformidade da ação profissional com o projeto ético-político profissional e na linha dos pressupostos da Reforma Sanitária, o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS publicou em 2010 os “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde” (CFESS, 2010).

Essas diretrizes/parâmetros da ação profissional foram construídas democraticamente com respaldo da categoria de assistentes sociais, sendo acrescentadas na versão final do documento, sínteses e comentários de debates que aconteceram em relação à primeira versão do documento, que foram enviados ao CFESS pelos Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS (CFESS, 2010).

Através dos parâmetros apresentaram-se linhas norteadoras gerais a respeito das respostas profissionais para as demandas cotidianas na saúde. Portanto, dá visibilidade a pluralidade de ações efetuadas pelos assistentes sociais na saúde, observando “as particularidades das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde” (CFESS, 2010, p. 12).

Os Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na saúde expõem também lacunas a serem superadas. Esses impasses se expressam através de tendências que estão diretamente ligadas ao equívoco, de que a luz teórica que guia o fazer profissional esteja distante da prática profissional. Como exemplo dessas tendências distorcidas do nosso projeto ético-político, tem-se o Serviço Social clínico, que requer das entidades do Serviço Social “reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional”. (CFESS, 2010, p. 27)

Muitos desses profissionais, após fazerem especializações em gestão de saúde pública ou em áreas específicas de atenção a saúde, não se consideram mais Assistentes Sociais, mas auto intitulam-se como sanitaristas, o que nitidamente fica clara a falta de identificação com a profissão (CFESS, 2010).

Outra dessas tendências é a requisição de espaços de debates específicos direcionados a áreas médicas específicas. Esses profissionais estão se articulando ativamente para a criação de associações de assistentes sociais de diversas especialidades médicas, de modo fragmentado, e se distanciando dos elementos fundantes da profissão, como também, se distanciando do papel exigido do

assistente social na saúde que é a compreensão dos determinantes sociais, que englobam aspectos culturais, subjetivos e econômicos do indivíduo no processo saúde-doença, como também buscarem estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas demandas (CFESS, 2010).

Em conformidade com os Parâmetros para a atuação do Assistente Social na saúde, para uma atuação ético-política e crítica do Serviço Social nessa área deve-se segundo o (CFESS, 2010, p. 30),

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Reiterando o que foi exposto, a lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, a Constituição Federal de 1988, o código de ética do Assistente Social; o projeto ético-político profissional do Assistente Social e os pressupostos da reforma sanitária, tem entendimentos convergentes no que diz respeito à saúde, podendo dizer que entendem o processo saúde-doença inscritos nas expressões da questão social.

A lei 8.080 trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, como também, a saúde dos indivíduos sendo fruto da organização socioeconômica do país. Diz que será garantida através de políticas sociais e econômicas que viabilizem a redução do risco de doença e outros imprevistos no que tange a saúde; acesso universal e equânime. Entende no processo saúde-doença a “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (CFESS, 2010, p. 39).

Nesse sentido, observa-se que a atuação profissional do Serviço Social na área da saúde considera todas as esferas das relações sociais. Atualmente tem se evidenciado também a atuação na categoria do trabalho e das determinações sociais que envolvem essa esfera da vida dos indivíduos, tendo em vista os impactos da reestruturação produtiva com as iniciativas da ofensiva neoliberal. Portanto, a saúde do trabalhador tem sido um importante espaço de atuação profissional (CFESS, 2010).

Os parâmetros para a atuação do Assistente Social na saúde também tratam da Saúde mental, espaço em que os assistentes sociais trabalham em conformidade com a perspectiva dos projetos societários, contribuindo para que o projeto de Reforma psiquiátrica se encontre sintonizado com o projeto ético-político profissional, de forma que a subjetividade não seja seu objeto de atuação, mas sim as determinações sociais e culturais em que se inserem as demandas da área da saúde mental. A saúde mental exige posturas de atuação desafiadoras do profissional, sempre em conformidade com a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que as demandas distribuem-se no trabalho com as famílias, geração de renda e trabalho, controle social e na garantia de acesso a benefícios (CFESS, 2010). A atuação do Serviço Social na Saúde Mental será abordada no próximo tópico deste capítulo.

2.1. Saúde Mental e Serviço Social no Brasil

Segundo (BASAGLIA, 1985) todas as instituições da sociedade, a começar pela escola, hospitais, cárceres, manicômios, as universidades, as próprias relações familiares, as fábricas, entre outras, são caracterizadas na divisão entre os detentores do poder e os que não o possuem. Essas relações são opressoras e se transmutam na exclusão do opressor pelo oprimido. “A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.” (BASAGLIA, 1985, p.101).

Assim vemos a história de uma sociedade organizada, em relação a “uma divisão radical” dos que tem e dos que não tem poder, e tendo esse determinante como referencial, tem-se a noção do bom e do mau, o lúcido e o louco, o respeitável e o não respeitável. Essas oposições são bem claras: a autoridade dos chefes familiares são bem rígidas, as instituições escolares se baseiam na “ameaça e na

vingança”, o empregador expropria a mão de obra de seu operário, o explorando, o manicômio destrói a pessoa com transtorno (BASAGLIA,1985, p. 101).

Novas tendências, como a “do bem estar” maquiaram o trato opressor das instituições sociais, pois se tornou consenso, que não se podia exercer violência explícita, para que não se comprometessem. Nesse sentido, a violência assume tendência de violência técnica, estendida para outros protagonistas da ação, intermediários da violência, que mistificam a ação, sem que suas intervenções retirem o caráter violento, mas o mascare, fazendo com que o alvo desta ação não tenha consciência da violência sofrida. Isso explicita a tecnificação da violência nas instituições. Basaglia (1985, p.102) exemplifica melhor o exposto quando cita que,

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com a sua técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é redefinida como *terapêutico-orientadora*, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas.

Contudo, essa tecnificação da violência com as práticas terapêuticas ditas “mais humanizadas” exercidas por pessoal técnico especializado, nada mais é do que a violência com nova roupagem. Os trabalhadores especializados impedem o indivíduo com transtorno de terem consciência do abandono, seja da família, instituição hospitalar ou da sociedade. No entanto, o profissional deve entender essa lógica, de maneira que ao atuar nessas instituições de violência, precisa fazer oposição às diretrizes violentas impostas institucionalmente. Ou seja, um profissional crítico e propositivo não pode contribuir com essa lógica baseada na violência, mas sim contribuir para o deciframento das expressões da questão social postas na realidade de forma a pensar estratégias e alternativas de superação da situação apresentada.

Com base em Amarante (1995), a superação da atenção à saúde mental baseada na violência foi um processo gradativo e ainda é um desafio na atualidade.

Para dar concretude ao projeto da reforma psiquiátrica, foi necessária uma mudança em âmbito cultural, com base na superação de preconceitos e criação de políticas públicas concebidas a partir da proposta da reforma. Segundo Amarante (1995), é difícil estabelecer quando se inicia a reforma da atenção e do saber

psiquiátrico no Brasil. Pode-se afirmar que houve atores sociais importantes nesse processo. O Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental, em meados da década de 1970, é um coletivo que marca o início desse processo histórico no Brasil, tanto no sentido de construir teoricamente novos norteadores da prática quanto na reorganização da atuação (AMARANTE, 1995).

Na contemporaneidade, as principais instituições, coletivos e entidades de militância que contribuíram para a construção da saúde mental no Brasil, nessa nova abordagem, foi o próprio Movimento dos Trabalhadores em saúde Mental (MTSM); Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese, entre outros. Em âmbito federativo, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social (AMARANTE, 1995).

No que se refere ao Serviço Social e sua inserção na saúde mental no Brasil, Bisneto (2009), diz que, em meados dos anos 1940, o Serviço Social, inserido no contexto da luta de classes, não tinha vinculação específica com a saúde mental, embora a profissão já estivesse inserida nesse espaço de atuação. Essa vinculação tímida com a área, nesse período, acontecia pelo fato do número de profissionais ainda ser bastante escasso.

Existiam poucas instituições como: hospícios, hospitais psiquiátricos e as demais instituições destinadas à saúde mental nesta época. Tais instituições não atendiam todas as classes sociais. Essas instituições faziam atendimento e recebiam indivíduos em sua maioria: indigentes, doentes ou em situação de abandono. Para o restante da população haviam hospitais especializados nessa área, porém apenas para trabalhadores e dependentes de trabalhadores vinculados ao Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Já as instituições privadas, destinadas às pessoas com índice econômico elevado, não empregavam assistentes sociais (BISNETO, 2009).

Nesse período, a atuação do Assistente Social tinha forte predominância de tendências estadunidenses, se expressavam através do Serviço Social clínico e psiquiátrico, adotavam práticas psicologizantes, com o suporte teórico baseado no funcionalismo, ou seja, na perspectiva de ajustamento do indivíduo para inseri-lo na normalidade social. Era predominante na época “abordagens de cunho eugênico e da higiene mental” (BISNETO, 2009, p.22).

Essas abordagens, segundo (ROBAINA, 2010) eram correntes organicistas da medicina, que visavam superar as teorias de Phinel, que segundo (AMARANTE, 2007) era considerado o pai da psiquiatria. Essa nova corrente busca causalidade anatomopatológica do transtorno mental, tendo como base, a doutrina das degenerações hereditária das raças, que nada mais era a ideia da supremacia de uma raça sobre a outra, no caso “dos europeus sobre os colonizados”. Como essa teoria não podia ser tratada foi extinta, e a eugenia psiquiátrica emergiu, como uma forma de atuar sobre a questão social, em particularidades específicas, ainda se pautava na questão da raça, mas a partir de então, com o trato no melhoramento da raça brasileira. O asilo era “[...] espaço de isolamento para prevenção de uma contaminação da sociedade” uma espécie de higienização social. Nesse período fica propícia a atuação do Assistente Social nesses espaços (ROBAINA, 2010, p. 342).

Só a partir de 1964 que se observou um crescente aumento no número de hospitais psiquiátricos, aumento que estava diretamente ligado com as reformas da saúde e previdência, advindas do golpe militar que o país sofreu nesse período. Tais reformas acarretaram a privatização do atendimento médico e assim, foram criadas diversas clínicas psiquiátricas, que executavam atendimento na área da saúde mental, sendo custeadas pelo Instituto Nacional de Previdência social (INPS). Com isso, se ampliou a entrada de assistentes sociais na área da saúde mental, por meio da privatização desses serviços, requisitada também anos depois pelo INPS visando o atendimento interprofissional (BISNETO, 2009).

Foi a partir da década de 1970 que os profissionais de Serviço Social adentraram significativamente os hospitais psiquiátricos, em termos numéricos, pois com a intervenção estatal, todas as instituições custeadas pelo INPS precisam incorporar assistentes sociais na equipe profissional. Contudo, os profissionais eram mau pagos, muitas vezes contratados apenas para cumprir protoformas do Estado, e estavam sempre muito sobrecarregados, pois a demanda era muito grande para um profissional por instituição (BISNETO, 2009).

Pode-se afirmar que o Serviço Social brasileiro na atenção à saúde mental na previdência social, foi requisitado muito mais com interesse de copiar modelos de países desenvolvidos; controle de internação dos trabalhadores, controlar gastos entre outros interesses inerentes ao capital (BISNETO, 2009).

Na década seguinte, o Movimento dos Trabalhadores da saúde mental juntamente com militantes da área, foram responsáveis pela organização de

congressos em nível regional e até mesmo nacional, que deram origem ao movimento de Reforma psiquiátrica. Na mesma década, em 1989, o Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais apresenta o projeto de lei, que trata sobre a substituição progressiva de manicômios por outros serviços alternativos (BISNETO, 2009).

No Brasil, muitas correntes psiquiátricas foram propagadas, e propostas teóricas inovadoras advindas da proposta da psiquiatria alternativa vigoram até hoje. Essas perspectivas compreendem a loucura em um contexto amplo e plural, dentro do contexto social, político, econômico e histórico, na perspectiva crítica dialética. É nesse contexto que o fazer profissional do Assistente Social na Saúde mental encontra suporte teórico-metodológico para sua prática (BISNETO, 2009).

Hoje existe espaço para o entendimento de que as práticas psiquiátricas não terminam no saber meramente científico, mas são direcionadas também pelos determinantes políticos, sociais e interesses econômicos, inclusive, “a luta social embutida no fenômeno da loucura também é uma contrafação das lutas de classe e expressão da dinâmica do capitalismo” (BISNETO, 2009, p. 35).

Ademais, a Reforma Psiquiátrica converge com o Serviço Social da atualidade, como pontua Bisneto (2009,p. 36), com,

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

A atuação do assistente social exige instrumental do fazer profissional que considere as condições sócio-históricas do seu objeto de prática, portanto esse instrumental está diretamente ligado aos determinantes sociais do processo histórico. O objeto da prática do assistente social no contexto da saúde mental são as expressões da questão social e suas incidências naquela área. Dentro disso, é necessário que o profissional na área em que atua conheça as particularidades do espaço sócio-ocupacional.

Bisneto (2009) diz que existe a necessidade de pesquisar as ações específicas das áreas de atuação profissionais, no sentido de aproximar os objetos institucionais do serviço social com as particularidades dos diversos lugares de atuação profissional. Porém, embora existam sim particularidades nas diversas

políticas sociais, espaços e instituições que o profissional atue, o objeto de ação do Serviço Social está previamente definido, principalmente se tratando da questão social e suas expressões na saúde, em que historicamente a categoria assumiu os determinantes sociais como norteador da atuação profissional.

O assistente social na Saúde Mental, com o processo de Reforma Psiquiátrica, se tornou um profissional importante no processo da desinstitucionalização. O movimento de Reforma Psiquiátrica é também a extensão do espaço institucional do assistente social, pois, segundo Bisneto (2009, p. 88) abarca “[...] todas as relações sociais que são reconhecidas socialmente pela instituição [...]”. Dessa maneira, a Reforma é um processo que se deve considerar como aspecto norteador da ação profissional.

A ação do Serviço Social na saúde mental e em seus serviços substitutivos ao modelo manicomial deve se orientar pelo contexto social de atuação e pelos fundamentos norteadores do projeto ético-político profissional, articulando a loucura com os determinantes sociais da saúde e com a questão social, objeto da ação profissional.

CAPÍTULO 3. O ESTADO DA ARTE SOBRE SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO SOCIAL

Com o objetivo de apresentar o Estado da Arte sobre a Saúde Mental no Serviço Social, esta pesquisa se alicerçou em um recorte histórico e estabeleceu o decênio 2004 a 2014 para verificar neste intervalo de tempo como e quanto a produção científica do Serviço Social tem abordado a temática da saúde mental, tendo como pressuposto que o Serviço Social é uma profissão inserida na saúde, e que a saúde mental é uma das áreas de atuação profissional da categoria.

Visando identificar a abordagem do Serviço Social na saúde mental, essa pesquisa optou pela metodologia quanti-qualitativa e, com base em Minayo (2010, p. 79), a dimensão qualitativa consiste na

[...] exploração de variadas informações sobre o tema. Não é necessário abordar a totalidade das concepções a respeito do tema determinado, pois geralmente grupos de mesmas características tem posições e representações semelhantes, embora há singularidades que não podem ser descartadas.

Assim, como critério de escolha e seleção, foram verificadas as produções sobre saúde mental nos principais eventos de produção intelectual da categoria profissional, sendo eles: o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS e o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS. A obtenção dos dados, ou seja, dos trabalhos produzidos sobre saúde mental no CBAS e no ENPESS foi feita por meio dos CDs dos referidos eventos, que contém todos os trabalhos apresentados nesses espaços.

Para selecionar os trabalhos que tratavam especificamente da saúde mental, foi utilizado o campo de busca dos CDs quando os mesmos possuíam essa ferramenta. Quando não havia possibilidade de busca nos CDs de determinados anos, foi feita a busca por título de todos os trabalhos que compunham o evento. As palavras chaves utilizadas para a seleção dos trabalhos relacionados ao tema da saúde mental tanto na ferramenta de busca quanto na coleta título por título foram: “saúde mental”, “transtorno mental”, “reforma psiquiátrica”, “louco”, “loucura”, “luta antimanicomial” e “sofrimento psíquico”.

A escolha por estes eventos, especificamente, se deu pelo fato de que seria possível analisar o cariz da abordagem do tema relacionado ao exercício profissional e também o cariz da produção de conhecimento acerca do tema no Serviço Social.

O CBAS é um congresso em que a publicação por assistentes sociais inseridos nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais é um ponto relevante, tendo em vista a forma de apresentação dos relatos de experiência. O ENPESS é um encontro de pesquisadores e, por isso, permite identificarmos a produção de conhecimento sobre a saúde mental no âmbito do Serviço Social, suas respectivas abordagens, perspectivas e tendências.

Vale ressaltar que, segundo Minayo (2010), esse tipo de pesquisa não se caracteriza como uma simples classificação de opinião do pesquisador, mas é muito mais ampla, ou seja, significa o achado de “códigos sociais” a partir do conjunto de observações.

3.1. As categorias de análise

Com o objetivo de qualificar e identificar a abordagem dada em cada trabalho coletado, esses textos foram divididos em categorias de análise. Essas categorias, segundo Gomes (2010, p. 88), devem ser,

- a) exaustivas, devem dar conta de todo o conjunto do material a ser analisado, se um determinado aspecto não se enquadra deve-se formular outra categorização;
- b) exclusivas, um aspecto do conteúdo do material analisado não pode ser classificado em mais de uma categoria;
- c) concretas, não serem expressas por termos abstratos que trazem muitos significados;
- d) adequadas – a categorização deve ser adaptada ao conteúdo e ao objetivo que se quer chegar.

Conforme os “achados” de pesquisa, as categorias foram se estabelecendo e, nesse sentido, a partir do levantamento da produção dos respectivos eventos no decênio 2004-2014, contemplando 3 CBAS e 4 ENPESS, foram identificados 120 trabalhos abordando o tema da saúde mental. Esses trabalhos foram analisados por meio da leitura dos seus resumos e conteúdo e, em seguida, distribuídos em quatro categorias, sendo elas:

- 1) Serviço Social, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica;
- 2) Saúde Mental, Estado e Política Social;
- 3) Saúde Mental, Família e Cidadania;
- 4) Saúde Mental, Trabalho e Saúde do Trabalhador.

As tabelas seguintes apresentam os temas dos CBAS e ENPESS analisados e o local onde foram realizados:

TABELA 1. TEMA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS CBAS ANALISADOS:

CONGRESSO/ANO	TEMA	LOCAL DE REALIZAÇÃO
11º CBAS 2004	O Serviço Social e a Esfera Pública no Brasil: o desafio de construir, afirmar e consolidar direitos	Fortaleza - CE
12º CBAS 2007	Questão Social na América Latina: ofensiva capitalista, resistência de classe e Serviço Social	Foz do Iguaçu - PR
14º CBAS 2013	Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho do/a assistente social	Águas de Lindóia - SP

TABELA 2. TEMA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS ENPESS ANALISADOS:

ENCONTRO/ANO	TÍTULO	LOCAL DE REALIZAÇÃO
11º ENPESS 2008	Trabalho, Políticas Sociais e Projeto Ético-político profissional: resistência e desafios	São Luís - MA
12º ENPESS 2010	Crise do Capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê? Para quem e como?	Rio de Janeiro - RJ
13º ENPESS 2012	Serviço Social, Acumulação capitalista e Lutas sociais: o desenvolvimento em questão	Juiz de Fora - MG
14º ENPESS 2014	Lutas Sociais e Produção do Conhecimento: desafios para o Serviço Social no Contexto da Crise do Capital	Natal - RN

Para ilustrar a distribuição dos trabalhos dos eventos, com base nas categorias construídas e definidas, a tabela a seguir apresenta a produção do conhecimento dos CBAS e ENPESS realizados no decênio 2004-2014:

TABELA 3. LEVANTAMENTO DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO SERVIÇO SOCIAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO CBAS E ENPESS – DECÊNIO 2004-2014

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: CBAS E ENPESS									
EVENTO									
ANO		CBAS	CBAS	ENPESS	ENPESS	ENPESS	CBAS	ENPESS	TOTAL DE TRABALHOS POR CATEGORIA
		2004	2007	2008	2010	2012	2013	2014	2004 -2014
CATEGORIAS DE ANÁLISE	Serviço Social, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.	10	09	05	09	04	08	04	49
	Saúde Mental, Estado e Política Social	06	02	03	05	05	06	04	31
	Saúde Mental, Família e Cidadania.	11	03	–	05	02	02	01	24
	Saúde Mental, Trabalho e Saúde do Trabalhador	04	03	–	02	03	03	01	16
TOTAL DE TRABALHOS		984	875	805	1.218	1319	1.120	1.097	120
TRABALHOS NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL		31	17	08	21	14	19	10	

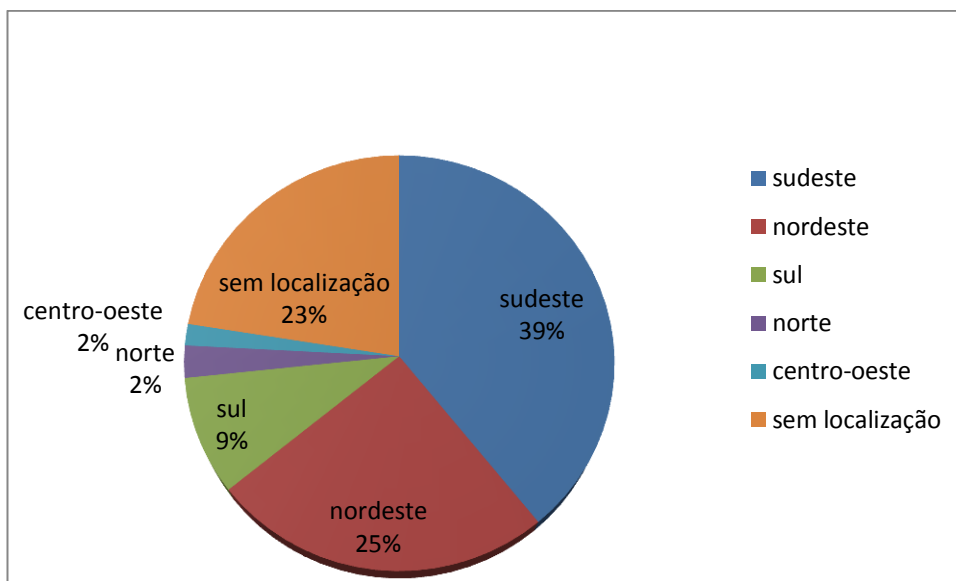
Com base na tabela, é possível perceber a distribuição quantitativa dos trabalhos por categoria, como também identificar os eventos que mais publicam sobre saúde mental. O CBAS visivelmente se destaca como o evento que mais publicou sobre saúde mental neste recorte temporal.

A presença dos relatos de experiência no CBAS é um dado de pesquisa importante, pois é possível identificar que quem publica, em sua maioria, são profissionais/assistentes sociais inseridos nos diversos espaços sócio-ocupacionais, como é o caso da área da saúde mental.

O ENPESS tem um número menor de publicações em saúde mental se comparado ao CBAS. Tal resultado pode ser associado à característica do evento, pois o ENPESS está voltado para pesquisadores, o que sugere percebermos que, em sua maioria, são os assistentes sociais inseridos nos diversos espaços sócio-ocupacionais, que mais tem produzido sobre o tema da saúde mental por meio das experiências relatadas, vivenciadas no espaço de trabalho e socializadas.

A partir dessas observações, no gráfico a seguir apresentamos a porcentagem regional das publicações no CBAS e ENPESS no decênio 2004-2014, com base no resultado da busca nos CDs e no levantamento dos trabalhos publicados:

GRÁFICO 1. CONCENTRAÇÃO REGIONAL DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL NO CBAS E ENPESS – DECÊNIO 2004-2014



Nessa demonstração, observamos que o Sudeste é a região onde mais se publicou sobre saúde mental no decênio pesquisado, e que a região Norte e Centro-Oeste publicou em menor escala.

O campo “sem localização” foi denominado dessa forma pelo motivo de muitos trabalhos publicados não conterem a região nem o estado de onde se originou o estudo, ou mesmo o local que o estudo tinha como objetivo analisar. Por isso foi necessário acrescentar esse campo na análise regional.

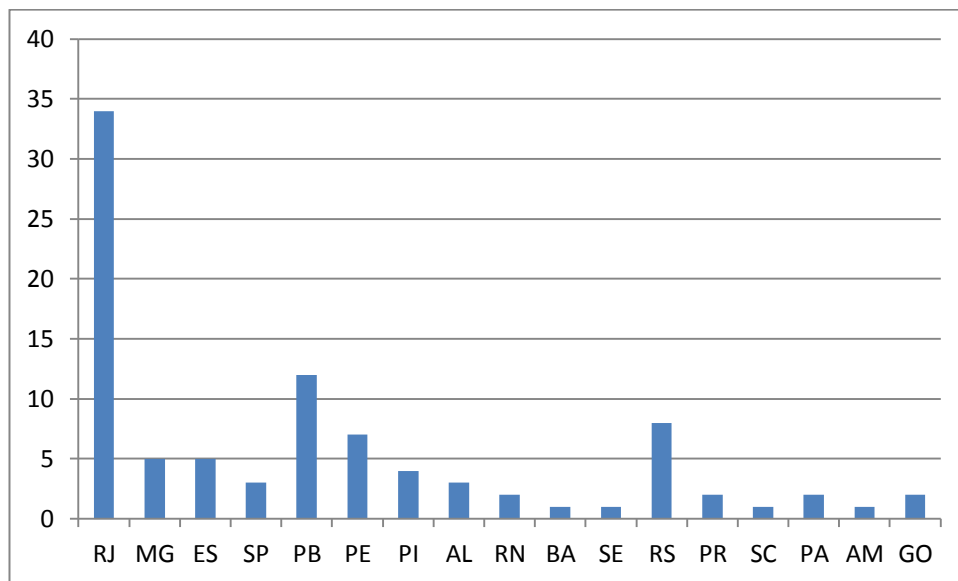
Dos 120 trabalhos publicados sobre saúde mental nos CBAS e ENPESS analisados, 27 trabalhos constavam sem localização. Estes trabalhos estão distribuídos da seguinte forma: 02 no CBAS de 2004 em Fortaleza-CE, 07 no ENPESS de 2010 no Rio de Janeiro-RJ, 10 no CBAS de 2013 em Águas de Lindoia-SP, 04 no ENPESS de 2012 em Juiz de Fora-MG e 04 no ENPESS de 2014 em Natal-RN, o que totaliza 27 trabalhos sem localização.

Embora esse dado esteja presente na análise, mesmo que tal percentual fosse redistribuído igualmente entre as regiões, o recorte em nível de concentração

de publicação regional ainda continuaria o mesmo, ou seja, com a região sudeste com o maior índice de publicação.

Em nível estadual, a ilustração do próximo gráfico apresenta a concentração de publicações nos Estados do Brasil:

GRÁFICO 2. CONCENTRAÇÃO ESTADUAL⁴ DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL NO CBAS E ENPESS – DECÊNIO 2004-2014



O gráfico ilustra que na região sudeste o estado do Rio de Janeiro foi o que mais publicou trabalhos sobre saúde mental, nos eventos analisados, CBAS e ENPESS. No Nordeste, o estado da Paraíba se destaca na segunda posição. Já na região sul, o Rio Grande do Sul é o estado com maior número de publicações. As regiões Norte e Centro-Oeste não apresentam números significativos de publicações em Saúde Mental.

3.1.1 Serviço Social, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

A presente categoria pretende verificar os trabalhos apresentados nos eventos analisados, que abordam a temática, relacionando o serviço social, a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica.

⁴ Os estados brasileiros que não aparecem na composição do gráfico não apresentam produções sobre saúde mental nos eventos analisados.

Por meio da análise e definição desta categoria, é possível perceber que o conteúdo dos trabalhos não diverge consideravelmente uns dos outros. A abordagem principal dos trabalhos dessa categoria justifica-se pela falta de produção na área da saúde mental pelo Serviço Social, e também dedica-se a tratar da atuação do Assistente social inserido nos espaços ocupacionais da saúde mental, verificando como o trabalho do assistente social se desenvolve, os limites de atuação, as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e operativas do exercício profissional e principalmente as contribuições da Reforma Psiquiátrica para a reconfiguração da atenção à saúde mental, principalmente no que diz respeito à atuação profissional do Assistente social.

O Serviço Social se faz muito pertinente nessa política, principalmente, depois da reformulação da atenção em saúde mental, que se pauta em uma atenção psicossocial.

Segundo Amarante (2007, p. 85) “Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com pessoas e sim com doenças”. Nesse sentido as diversas profissões que somam para a efetivação da saúde mental enquanto atenção psicossocial deve contribuir para o cuidado total ao indivíduo com transtorno, e não com foco na doença.

É possível perceber que a totalidade dos textos apresentados verifica a atuação do assistente social na área da saúde mental como uma área que está em conformidade na atuação dos determinantes sociais da saúde, no entanto, alguns textos abordam a concepção de que para atuação do assistente social nesta área é necessária uma especialização na área da saúde mental.

Sabe-se que o profissional do Serviço Social é um profissional que atua com diversas políticas públicas e sociais, e essa especialização sugerida pode fragmentar a atuação do profissional, a partir do momento que desconsidera a perspectiva generalista na formação do assistente social e sua atuação nas múltiplas expressões da questão social, como é o caso da saúde mental. Essa concepção também se contrapõe aos parâmetros de atuação do assistente social na saúde, publicado pelo CFESS no ano de 2010.

Nesse horizonte, é possível perceber que existe uma tendência da psicologização do trabalho do assistente social na área da saúde mental, em

determinadas publicações. O Conselho Federal de Serviço Social (2008, p. 16) aponta que esse tipo de tendência se pauta em uma

[...] abordagem que fragmenta e autonomiza estes aspectos e abstrai deles o conteúdo político do qual a questão social é portadora, formalizando-a em problemáticas particulares. Daí o entendimento de que há acentuação de uma tendência conservadora no Serviço Social Clínico.

Esse entendimento fragmentado do trabalho do assistente social, que entende a atuação profissional dividida por áreas, baseia-se em uma interpretação equivocada da Reforma Psiquiátrica e não está em consonância com o projeto ético-político da profissão.

O fato da reforma está em constante construção e reformulação das categorias profissionais atuantes na saúde mental, de forma a prever novas configurações no que diz respeito às áreas profissionais de atuação, entendendo que o saber da psiquiatria não é unívoco, pautando-se na multidisciplinaridade das profissões, não significa que essas profissões devam reformular suas atuações e seus objetos de intervenção, mas sim que o novo modelo de atenção à saúde mental abranja outras profissões, fortalecendo um movimento que abarque todas as esferas da vida do sujeito, compreendendo a pluralidade das dinâmicas de vida que influenciam diretamente a saúde mental dos indivíduos. Sendo assim, é muito legítima essa proposta da reforma, objetivando ampliar as áreas de atuação da saúde mental.

Ainda nesta categoria de análise foi possível identificar que alguns trabalhos percebem a atuação do assistente social na área da saúde mental como prática terapêutica ou serviço social clínico. Esse tipo de atuação, segundo o documento do Conselho Federal do Serviço Social – CFESS (2008), faz uma crítica às práticas terapêuticas, destacando que o assistente social que se orienta por este posicionamento pode se desviar do objeto de intervenção profissional, que é a questão social.

Esse direcionamento da atuação profissional está em desacordo com a historicidade da profissão, que se estabelece no trato da questão social.

O exercício profissional não se limita às situações eventuais que um indivíduo possa vir a vivenciar, mas o objeto de intervenção profissional se baseia nas diversas expressões das relações sociais inseridas no contexto capitalista, que

possam colocar o indivíduo em uma situação de disparidade com o socialmente estável ou imposto pelo sistema hegemônico.

Segundo o CFESS (2008) é imprescindível a compreensão de que o Serviço Social não é uma profissão que se limita a executar políticas de manutenção da pobreza, ou unicamente intervir nos processos de exclusão social. Sua atuação exige um processo reflexivo e histórico da dinâmica social e econômica imposta. Portanto, ao se aproximar de tais questões para atuar de forma propositiva e comprometida, devemos entender que a subjetividade das situações nos remete a uma aproximação do sujeito, mas não é o nosso objeto de intervenção.

Segundo o documento do CFESS que aborda a prática terapêutica (2008, p. 16),

A dimensão subjetiva não é negada no trabalho do assistente social. Mas não é atribuição privativa, nem tampouco competência deste profissional, realizar um trabalho terapêutico, fazendo da “psi” e da clínica, a base da sua intervenção profissional, não encontrando respaldo no estatuto legal da profissão e no arcabouço teórico metodológico consolidado nas últimas décadas.

Dentro disso, fica claro o posicionamento divergente das entidades profissionais sobre a parcela profissional que faz essa requisição, de um novo saber, de um novo olhar para a área da saúde mental, pois temos outros determinantes que norteiam o exercício profissional.

Nesse contexto verifica-se que embora o Serviço Social, tenha avançado significativamente, rompendo com práticas conservadoras, vemos que ainda existem profissionais que reatualizam o conservadorismo no Serviço Social e essa conclusão se evidencia por meio da análise do decênio 2004-2014 de publicações do CBAS e ENPESS, referentes à categoria “Serviço Social, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica”, que mesmo sendo em um recorte temporal que teve inúmeros ganhos e avanços significativos na saúde mental, como também, afirmações da conduta do Assistente Social, ainda assim existem profissionais que publicam trabalhos sob uma ótica psicologizante e voltada para uma intervenção clínica, desconsiderando o acúmulo teórico, político, ético e técnico do Serviço Social nas últimas décadas que reorienta o exercício profissional à luz do seu objeto – a questão social e suas múltiplas determinações e expressões.

3.1.2. Saúde Mental, Estado e Política Social

Esta categoria de análise busca identificar como a saúde mental vem se configurando no âmbito do Estado e enquanto política social, através dos textos analisados no CBAS e ENPESS.

Um aspecto importante identificado nessa parte do estudo é que a saúde mental é entendida e institucionalizada como direito através dos ganhos com a Constituição Federal de 1988, sendo esta o marco da garantia de direitos, abrindo possibilidade para a área da saúde mental.

O fenômeno da loucura sempre foi entendido como algo contrário à perspectiva de cidadania, pois a loucura, na lógica capitalista, é contrária à razão e à cidadania. Portanto, não se via a necessidade de políticas sociais e públicas para as pessoas acometidas com transtornos, pois loucura e cidadania era uma contradição em termos.

Foi possível perceber que a categoria aborda a loucura como uma expressão da questão social, entendendo que a loucura na sociedade vigente é um determinante de exclusão social. Nesse sentido, coloca as políticas direcionadas para pessoas acometidas com transtorno como um mecanismo de intervenção dessa questão, no sentido de contribuir para a melhoria das condições de vida desse segmento populacional.

Com as chamadas reformas na área da psiquiatria, o modelo de atenção à saúde mental foi sendo discutido e analisado, de modo informal, para posteriormente ganhar legitimidade com as normativas que legitimassem a cidadania do louco.

Na década de 1990, com a reorientação das políticas sociais advindas com a Constituição Federal brasileira, conhecida como “Constituição Cidadã” houve a regulamentação de significativas políticas de saúde e assistência, garantindo a saúde como um direito. Posteriormente, em 2001, a lei n.10.216 tratará exclusivamente da atenção à saúde mental, o que traz institucionalidade aos requerimentos de mudança de atenção à saúde mental questionado pelos atores sociais da reforma psiquiátrica.

Outros ganhos para a política de saúde mental foi a Conferência Regional sobre Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, a Declaração de Caracas, a II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992, entre outros.

A saúde mental é uma política que pactua de todo direcionamento da política de saúde, sendo um componente dessa política. Portanto, assim como na política de

saúde, a participação da sociedade civil na saúde mental é um aspecto imprescindível.

A própria reforma psiquiátrica é uma construção de muitos atores da sociedade civil, no entanto, esse controle social preconizado pela reforma psiquiátrica, com o intuito de que a sociedade se integre com o Estado por meio de sua participação nas diversas decisões da política de que são usuários ou de que tem proximidade, tem sido configurado de outras formas, com tendências preocupantes, do ponto de vista de que a sociedade assuma um papel de executora de certas políticas, pois muitas vezes acabam arrecadando fundos advindos de benesses e entidades filantrópicas. Isso acaba sendo conveniente para o Estado, porém tal configuração faz o percurso contrário da legitimação da saúde mental como dever do Estado e com a característica de política social.

As Conferências de Saúde e conselhos de saúde instituídos pela lei n.8.142/90, foram questionados nos textos apresentados nos CBAS e ENPESS por se tornarem espaços de interesses individuais, contrariando o seu real intuito de espaço para requerer interesses coletivos no âmbito da saúde como um todo.

Outro fator considerado nesta categoria de análise é o processo de transição econômica do país atualmente, que vem engessando direitos e as políticas conquistadas, tendo em vista que os interesses econômicos tornam-se prioridade para o país, e as políticas públicas e sociais como um todo passam por um processo de falta de investimento, cortes e contingenciamento. Conseqüentemente, a política de saúde mental é atingida por esse processo que envolve as relações entre Estado e sociedade.

3.1.3. Saúde Mental, Família e Cidadania

Nesta categoria, a articulação entre Saúde Mental, família e cidadania é permeada por alguns entraves. Percebeu-se que com o avanço da seguridade social, advindo com a Constituição federal de 1988, no que tange a política de saúde e, por conseguinte a saúde mental, as normativas específicas dessa política, coloca a família também responsável pelos cuidados para com o indivíduo com transtorno.

É de suma importância que o indivíduo com transtorno esteja inserido no convívio familiar. Entretanto, observa-se que essa responsabilidade quando passada para a família deve ter um respaldo maior por parte do Estado.

Muitas famílias em situação de pobreza não conseguem assegurar a efetividade desses cuidados, e, a questão da cidadania inerente a todo cidadão se perde por falta de meios que garantam que essa família consiga atender as necessidades de um indivíduo enquanto sujeito social.

Podemos questionar esse fato, quando, por exemplo, a categoria de análise traz a problemática de direitos mínimos de cidadania, como o registro civil. Percebeu-se que muitos indivíduos, principalmente aqueles residentes em comunidades rurais, que são acometidos por algum transtorno, nunca tiveram registro de nascimento.

Os direitos civis e sociais são a garantia mínima de cidadania que todo indivíduo tem que ter acesso. Até mesmo para acessar as políticas sociais públicas ao qual tem direito.

Nesse contexto, é possível identificar entraves da responsabilidade familiar quando é presente em lei a divisão de cuidados entre Estado e a família. O Estado deve assumir sua responsabilidade, no sentido de prover condições e meios para que essas famílias possam assegurar condições básicas de sobrevivência e reprodução dos indivíduos integrantes do sistema de saúde mental.

A Reforma psiquiátrica, nesse sentido, tem o objetivo de possibilitar ao louco uma outra posição social. No entanto, a cidadania da pessoa com transtorno requerida pela reforma depende de uma mudança de entendimento e deve ser um movimento de transformação de visão da sociedade como um todo.

Essa busca de construção da autonomia, de cidadania e emancipação dos indivíduos sociais possui caráter político, no sentido de possibilitar e construir autonomia dos sujeitos históricos, com capacidade de condução de suas vidas. Nesse processo se produz consciência crítica que instiga, provoca, ensina e desencadeia recusas de formas impostas de subalternidade e ações de tutela. “Sem isto, continua trabalhando e vivendo para os outros, em função dos outros, submisso às elites” (DEMO 1995, p. 133).

A cidadania do indivíduo com transtorno mental depende da superação de concepções arraigadas no imaginário social de que razão e loucura são termos que não se entendem.

O Estado deve intervir constantemente para integração desse sujeito aos diversos espaços, para que o louco ocupe papel nas diversas esferas sociais, dentro

de suas possibilidades. Esse exercício deve começar desde a relação familiar, possibilitando meios para atuação da família nesse processo.

Entretanto, verificou-se que a abordagem do Estado é de favorecer os interesses da hegemonia dominante, principalmente no contexto da ofensiva neoliberal. Portanto, sua atuação se dispersa intencionalmente quando se exige um maior protagonismo e responsabilização. Assim, verifica-se que a responsabilidade estatal para com essas demandas foi subordinada e transferida para a sociedade civil, às famílias e a comunidade no enfrentamento da questão social, se justificando ideologicamente e politicamente no discurso do cuidado compartilhado.

3.1.4 Saúde Mental, Trabalho e Saúde do Trabalhador

Esta categoria verificou que a reestruturação produtiva, que provoca metamorfoses no mundo do trabalho tem provocado efeitos deletérios para o conjunto da classe trabalhadora, objetivando atender as demandas de superprodução e faturamento do grande capital, e provocando inúmeras conseqüências e danos à saúde mental do trabalhador. Outro fator relevante é o não acesso ao mundo do trabalho, cada vez mais marcado pelo desemprego estrutural. Exige-se hoje um trabalhador polivalente, que se desdobre em variadas funções, que tenha disponibilidade integral para trabalhar, abdicando assim de sua vida cotidiana, se esgotando cada vez mais, e usando o tempo livre para se recuperar em função do trabalho que exigirá toda sua energia em um ciclo sem fim.

Pelos textos analisados foi identificado como o trabalho tem sido o agente causador de transtorno mental, por conta da problemática da reestruturação produtiva. Mas questionou-se também nesta categoria de análise o porquê da esfera laboral não expandir-se para a pessoa com transtorno mental.

A inclusão social de pessoas com transtorno mental através do trabalho recebeu especial destaque, na medida em que possibilita uma reflexão sobre os processos de exercício pleno de cidadania do louco.

Portanto, alguns trabalhos se dedicaram a investigar qual a ótica desses estudos já produzidos, ou seja, se abordam a inclusão pela via laborativa na perspectiva da reforma psiquiátrica, que considera as mais diversas particularidades do indivíduo com transtorno mental, pautando-se na humanização dos tratamentos prestados.

Quando se fala de inclusão pelo trabalho de pessoas com transtorno mental é necessário também considerar qual a lógica desse trabalho oferecido, ou seja, se obedece à lógica do trabalho formal, com proteção social, direitos sociais, ou se existem alternativas que contemplem as subjetividades desses indivíduos. Busca-se também identificar os limites e possibilidades do trabalho como elemento de garantia de cidadania e inserção social para pessoas com transtorno mental no Brasil.

É nessa ótica de garantia de cidadania desses sujeitos, que se faz necessária a problematização da questão da inserção social de indivíduos que foram tutelados em grande parte de suas vidas, no sentido de que possam exercer sua cidadania e construam sua autonomia.

A inserção por vias laborais instiga a investigação, no sentido de que o trabalho é uma esfera da vida social e que pode parecer impossível inserir a pessoa com transtorno mental. Existe essa barreira ideológica no imaginário da sociedade por todo estigma que ronda a pessoa com transtorno mental.

Como ressalta o artigo 2º da lei 10.216 de abril de 2001, no seu parágrafo único, um dos direitos dispostos, é que a pessoa com transtorno mental deve “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001). Pode-se ver o trabalho como um direito e um elemento de inserção para esses indivíduos.

Falar da inserção social pelo trabalho requer outras reflexões no que se refere à lógica do trabalho posta na sociabilidade capitalista, marcada pela exploração dos trabalhadores e alienação. No caso das pessoas com transtorno mental, há uma série de particularidades desses indivíduos. Sabe-se que o contexto econômico vigente é competitivo e exige assiduamente do trabalhador produtividade, cumprimento de metas e demais requisições do capital, para sua acumulação. No entanto, quando se fala em inclusão social pelo trabalho há de se refletir na sua configuração.

Existe uma dualidade de significados na palavra trabalho. Primeiro, de produzir algo que se configura por meio da expressão do indivíduo, de algo que é inerente a ele, que transforma o indivíduo ao mesmo tempo que transforma a natureza para atender necessidades humanas fundamentais, e que também constitui a sociabilidade humana. Outro significado, constituído no capitalismo, é o

trabalho alienado, fetichizado, voltado para o atendimento das finalidades mercantis, que coisifica/reifica o homem (ALBORNOZ, 2000).

Sabe-se que a lógica do trabalho formal no atual contexto econômico capitalista é um trabalho desgastante e competitivo, que exige um trabalhador polivalente e cumpridor de metas de produtividade. Esse seria o desafio de se abordar a questão da inclusão através do trabalho, ou seja, descobrir se há possibilidade de inserir a pessoa com transtorno mental, respeitando suas particularidades.

Para a inclusão por meio do trabalho das pessoas com transtorno mental, almeja-se averiguar a primeira lógica apontada a respeito do trabalho por Albornoz (2000), ou seja, um trabalho que faça esse sujeito presente socialmente, que o integre à dinâmica social, proporcionando-lhe uma aproximação com seu estado de ser social, a fim de garantir o processo de alcance da autonomia e paralelamente da cidadania.

No entanto, entende-se toda dinâmica do modelo de sociedade em que se busca encontrar alternativas de inclusão pelo trabalho, e é nítido que as relações de trabalho estão estruturadas em um sistema capitalista que transforma força de trabalho em mercadoria, e também que não tem acessibilidade para limitações e adversidades. Embora esteja institucionalizado que essa inclusão seja legítima, é dever do Estado dispor de mecanismos para que ela se consolide.

É um desafio pensar numa perspectiva de trabalho que construa autonomia e propicie a cidadania a partir das demandas desse segmento populacional, e também pensar na própria lógica de quem supostamente receberá indivíduos acometidos por diferentes transtornos mentais, sabendo que as relações sociais fundamentais na nossa sociedade, como aponta Lessa (2004), são mediadas pelo dinheiro e os interesses do capital.

No entanto, é esse fenômeno que instiga a investigação de muitas publicações. Há um entrave social, pois embora a sociedade esteja fadada a essa verdade, a garantia de proteção social, cidadania e inclusão pelo trabalho especificamente às pessoas com transtorno mental, está estabelecida como direito, e é legitimada institucionalmente. De outro lado, tem-se uma configuração social política e econômica marcadamente estabelecida para segregar, a fim de não permitir mecanismo algum que venha comprometer seu funcionamento e lucro.

Nesse sentido é preciso descobrir novos atores sociais, e se tratando do trabalho para incluir indivíduos com transtorno mental é imprescindível construir espaços sociais que tenham abertura para essa inclusão, como também criar estratégias que superem os limites dessa inclusão na atual conjuntura econômica e social.

Considerações Finais

Com base em Rotelli (1988), quando uma instituição é ultrapassada, e muda-se o objeto, desequilibrando o foco da intervenção, deve-se construir meios à altura do novo objeto, como no caso da saúde mental, considerado um objeto complexo. Essa construção do novo não se extingue no limite do indivíduo, que por si só, é um objeto de altíssima complexidade, mas há de enveredar-se por algo muito maior, a totalidade das relações sociais que o envolve.

Diante disso, vemos que a superação do modelo anterior de saúde mental está em constante construção. Esse novo objeto denota dinamismo e oscilação, pois assim é o complexo social que se insere a questão da loucura.

A legítima superação da instituição ultrapassada, “a verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto” (ROTELLI, 1988, p. 02).

Nesse sentido, as diversas profissões que adentram a nova configuração da atenção à saúde mental, que é a própria instituição inventada, devem assumir esse compromisso, de ressignificar constantemente os seus olhares, primando sempre pela sua orientação profissional, estando de acordo com seus projetos societários e profissionais, e comprometidos com a construção de alternativas, para sintetizar, no sentido de traduzir meios no processo de mediação entre o indivíduo e o complexo das relações sociais.

Com a análise das produções do Serviço Social publicadas no CBAS e ENPESS, no que tange à Saúde Mental, no decênio 2004-2014, foi possível verificar, que na sua maioria, o Serviço Social tem muito a contribuir para a efetivação do novo modelo de atenção à saúde mental.

Porém, os textos apresentados nos eventos e analisados, em sua maioria, mostram que essa construção está cheia de desafios a serem superados, exigindo dos profissionais e da sociedade como um todo, uma perspectiva crítica, de combatividade e resistência política.

A conjuntura econômica do país tem afetado significativamente os repasses de recursos financeiros para as políticas de saúde e hoje nos deparamos com políticas públicas muito fragilizadas e um Estado que tenta descentralizar suas responsabilidades e transferi-las para a sociedade civil, reduzindo o caráter público

das políticas a benesses e iniciativas filantrópicas por parte de instituições que visam interesses privados.

Outro ponto importante de se ressaltar é que, embora a categoria profissional apresente nas últimas décadas significativos avanços nas produções, infelizmente verificou-se em algumas publicações uma abordagem com orientação conservadora, o que coloca para a profissão exigências e desafios teóricos, ético-políticos e operativos pela frente.

Referências

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, Novembro de 2005.

BRASIL. Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do cidadão/ Conselho Federal de Psicologia/ Conselho Federal de Enfermagem/ Conselho Federal de Serviço Social/ Conselho Federal de Medicina et al. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. Porto Alegre, 2012.

BRASIL. **Lei Nº. 8.212 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4ª - ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2009.

BRONZO, C.; FLEURY-TEIXEIRA P. Determinação social da saúde e política. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Práticas Terapêuticas no âmbito do serviço social**: subsídios para aprofundamento do estudo. Brasília: CFESS, 2008.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Código de ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 2011.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010

DELGADO, Paulo. G. **As Razões da Tutela**: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te corá, 1992.

DEMO, P. **Cidadania Tutelada e Cidadania assistida**. Campinas – SP: Editora autores associados, 1995.

GOMES, R. Categorias de análise. In: MINAYO, MARIA C. S. et al (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29ª. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 29. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEADUNB, 2009a.

IAMAMOTO, Marilda V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEADUNB, 2009b.

LESSA, S. Identidade e Individuação. **Katalysis**, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, v. 7, n.2, pp. 147-157, 2004.

MINAYO, MARIA C. S. et al (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

MIOTO, Regina C. T.; NOGUEIRA, Vera M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MOTA, Ana. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento, histórico e tendências recentes In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª - ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2009.

NETTO, JOSÉ P. **Ditadura e serviço social: Uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 14. Ed. São Paulo: Cortez, 2009 a.

NETTO, JOSÉ P. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª - ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2009 b.

PAIM, Jairnilson S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

ROBAINA, Conceição M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010

ROTELLI, F. **A Instituição Inventada**. Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia”

SILVA, Alexandra X. A Reforma Sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Katálisis**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEADUNB, 2009.

ZGIET, J. Saúde Mental – em busca de um conceito. **Ser Social**. Brasília, v. 11, n. 25, p. 177-193, jul./dez. 2009.

ANEXO

Títulos dos trabalhos de saúde mental coletados no CBAS e ENPESS no Decênio 2004 – 2014.

CBAS 2004

- Cidadania e loucura: uma relação paradoxal?
- A multiplicidade dos significados sociais do cuidado na saúde mental
- A prática do assistente social com a família em serviços de saúde mental
- A produção da loucura no espaço de produção do saber
- A reforma do estado e a saúde mental
- A saúde mental no programa saúde da família: contribuições do serviço social.
- Assistência social e saúde mental: a construção de parcerias no atendimento ao morador de rua com sofrimento psíquico
- Cidadania e loucura: construindo direitos e inclusão social dos usuários de saúde mental
- Conhecendo os serviços de saúde mental em Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo, Minas Gerais.
- O campo psicossocial: subjetividade e cotidiano nos novos modelos técnico-assistenciais na saúde mental – o estado de arte da pesquisa
- Os desafios do controle social na política de saúde mental no Brasil
- Refletindo sobre o movimento de usuários e familiares da saúde mental: atores, saberes e práticas em questão.
- Serviços substitutivos de saúde mental no estado do Pará, período de 1990 a 2002
- Um mais um é sempre mais que dois: refletindo sobre o dispositivo grupal na saúde mental – um estudo de caso em serviço.
- Cidadania, saúde mental e clínica da reforma psiquiátrica: o desafio da reabilitação psicossocial no cotidiano dos serviços
- Saúde mental e serviço social: reflexões a partir do mercado de trabalho do assistente social em Alagoas
- O serviço social na área de saúde mental e a reabilitação psicossocial

- Saúde mental no município de Campina Grande a partir de usuário e família
- Uma nova tecnologia de atenção á saúde mental: Residencial Terapêutico Morada São Pedro
- Atuação do assistente social na rede de saúde mental-NAPs, CAPS -ad, HD, emergência psiquiátrica e residências terapêuticas.
- Cidadania para o portador de transtorno mental. resgate ou conquista?
- O transtorno mental na interface do trabalho e saúde
- Pensando o trabalho grupal com famílias no campo da saúde mental: a inclusão na rede de proteção social
- Reintegração ao convívio familiar de pessoas portadoras de transtornos mentais: perfil de pacientes com um ano ou mais de internação em um hospital psiquiátrico do Recife
- A família dos portadores de transtorno mental nas representações sociais dos profissionais em saúde mental estado da arte: a família na construção teórica do campo psi
- A loucura na sociedade do risco “loucos de rua”: cidadãos de direitos?
- Programa de aprimoramento profissional de serviço social em saúde mental: construindo sua história.
- Prisão perpétua no Brasil (?): a situação do louco infrator
- A organização do trabalho e a saúde mental no trabalho: a questão do sofrimento e do desgaste dos trabalhadores
- As representações sociais do lixo: do lixo humano aos resíduos e suas implicações na saúde mental do trabalho.
- Relato de experiência: inserção do assistente social na equipe mínima de saúde mental do município de Alfredo Chaves.

CBAS 2007

- O significado do trabalho para pessoas portadoras de transtorno mental

- A história da reabilitação pelo trabalho junto às pessoas portadoras de transtorno mental
- Políticas sociais na encruzilhada da cidadania: assistência social e saúde mental
- A Reforma psiquiátrica no Brasil em tempos de neoliberalismo: possibilidades e limites das novas políticas em saúde mental
- Cuidadores (as) de portadores de transtornos mentais e o impacto no cotidiano familiar
- O impacto das relações familiares e sociais na saúde mental: um estudo do plantão psicossocial na universidade federal de Uberlândia.
- Afinal, quem cuida da mulher cuidadora? A prevalência do gênero feminino na prestação de cuidados - o exemplo da saúde mental
- Saúde mental do trabalhador e o projeto ético-político do serviço social
- Serviço social e saúde mental: uma análise da prática profissional no CAPS Liberdade 24h dr. Wilson Rocha em Aracaju - SE
- A inserção do assistente social na saúde mental “pós reforma psiquiátrica”: possíveis particularidades e condicionantes do processo de trabalho neste campo
- Inserção sócio-ocupacional do assistente social em saúde mental no Piauí
- O processo de trabalho do assistente social no serviço de atenção diária: em questão a rede social no campo da saúde mental
- o processo de reforma psiquiátrica em Campina Grande – questões para o debate
- O cuidado ao portador de transtorno mental na atenção básica na região metropolitana do Vale do Aço/Minas Gerais
- O campo psicossocial na política de saúde mental no contexto atual - uma análise micropolítica da produção do cuidado em saúde mental
- A construção coletiva no campo da saúde mental
- Os caminhos da Inclusão social dos usuários da saúde mental nas políticas de proteção social: um estudo de caso dos centros de atenção psicossocial de Porto Alegre

CBAS 2013

- Estratégia para o cuidado da saúde mental dos servidores do núcleo estadual no Rio de Janeiro do ministério da saúde
- Os processos de trabalho do assistente social na saúde mental
- Direitos sociais e saúde mental uma análise a partir da concreticidade da questão
- As primeiras ações de planejamento e gestão na direção da reforma psiquiátrica no município de Campina Grande - PB
- Um olhar ao ato infracional e transtorno mental
- Serviço Social e saúde do trabalhador: desvelando entraves no acesso à previdência social dos trabalhadores com sofrimento psíquico
- As contribuições do serviço social para a saúde mental e a atenção primária em saúde
- A seguridade social para a pessoa com transtorno mental na cena contemporânea
- Articulando e fortalecendo práticas e saberes: saúde mental e saúde da família
- A reforma psiquiátrica brasileira e o projeto ético político do serviço social: uma relação que se impõe
- Alienação no trabalho e saúde mental do trabalhador
- Atenção à saúde mental na área indígena: um relato da experiência potiguara
- Intervenções e competências profissionais postas ao serviço social na saúde mental: um estudo nos centros de atenção psicossociais
- Família, seguridade social e política pública de saúde mental
- Participação na saúde mental: a trajetória das conferências nacionais de saúde mental
- O serviço Social face à política de saúde mental no Hospital João Machado (HJM)
- Movimentos Baré: a reforma psiquiátrica e o reconhecimento dos direitos sociais
- Serviço Social e saúde mental: estudo do processo de maternagem das mulheres com transtorno mental.
- A atuação do serviço social no campo da saúde mental

ENPESS 2008

- A particularidade da saúde mental no âmbito da política de saúde inaugurada no sistema de seguridade social: as repercussões do ideário neoliberal no Brasil pós-constituente
- A política de saúde mental nos municípios do espírito santo: entre o planejamento e a ação
- Desafios na participação dos atores sociais na política de saúde mental: o caso do fórum de saúde mental do Espírito Santo
- Limitações gerenciais do assistente social no CAPS (centro de atenção psicossocial) i de Manhumirim: uma análise em Minas Gerais
- Movimento de luta antimanicomial em Pernambuco: um estudo sobre a participação dos portadores de transtornos mentais
- O campo psicossocial na política de saúde mental no Rio de Janeiro - uma análise micropolítica da produção do cuidado em saúde mental
- Saúde Mental e Serviço Social: vislumbrando a efetivação da prática interdisciplinar.
- Saúde mental no curso de serviço social: uma questão em análise

ENPESS 2010

- a reforma psiquiátrica e o exercício da cidadania no contexto dos CAPS: reflexões sobre a saúde mental nos municípios de Cantagalo e Itaocara
- A agenda da saúde mental nos conselhos municipais de saúde: entre retrocessos e alguns avanços
- Reforma psiquiátrica e romantismo: cidadania em movimento na democracia moderna
- As concepções de saúde mental e reforma psiquiátrica frente ao processo de (des)institucionalização no centro de atenção psicossocial – CAPS iii – Reviver - Campina Grande
- A pré-conferência municipal de saúde mental de Campina Grande: consolidando avanços e enfrentando desafios
- CAPS e serviço social: o trabalho do (a) assistente social no campo da saúde mental

- Trabalho, loucura e economia solidária: um estudo da associação de apoio aos portadores de transtornos mentais e seus familiares – Brilho e Luz
- O financiamento da saúde mental após o pacto da saúde
- O centro de atenção psicossocial e a política de saúde mental: um estudo avaliativo no município de Volta Redonda – RJ
- De cidadão e louco... o debate sobre a cidadania do louco a partir de pesquisa realizada em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro.
- Serviço Social e saúde mental: discussão sobre a profissão frente essa política pública à luz da reforma psiquiátrica brasileira
- A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos centros de atenção psicossocial de Juiz de Fora - MG.
- Formação profissional e luta por direitos: desafios ao serviço social em saúde mental
- A saúde mental na pauta dos conselhos municipais de saúde do Espírito Santo: o caso dos municípios sem serviço de saúde mental
- Os serviços de atenção em saúde mental no estado de alagoas e os desafios para a superação do modelo manicomial
- A efetivação da prática interdisciplinar na saúde mental e a participação do assistente social
- “Novas roupagens em velhas práticas”: uma análise da inclusão social do usuário de saúde mental do município de Franca - SP
- Saúde mental e organização do processo de trabalho: aproximações à produção recente no país.
- Algumas reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira
- “Loucura e família: (re) pensando o *ethos* da produção do cuidado em saúde mental”.
- As formas de assistência à loucura no Rio de Janeiro: a (des) construção do saber-poder.

ENPESS 2012

- A intervenção do/a assistente social na saúde mental: uma análise a partir do CAPS das flores/Garanhuns.

- Uma reflexão acerca da atual configuração dos movimentos sociais pela reforma psiquiátrica na região Centro-Oeste de Minas Gerais
- Planejamento e gestão da política de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no município de Campina Grande - PB: primeiras aproximações
- A prática do serviço social na rede de saúde mental em Campina Grande, Paraíba
- Registro civil de nascimento, saúde mental e direitos sociais em contextos rurais
- Incapaz para o trabalho: ser ou não ser? Elementos para o debate entre o serviço social e a saúde mental
- Saúde mental e trabalho no contexto de reforma psiquiátrica no Brasil
- Serviço social e saúde mental: reflexões de uma prática
- Mulheres cuidadoras da luta antimanicomial: personagens (ocultas) na história
- Diversidade sexual e saúde mental: direitos e políticas
- O direito à moradia e a saúde mental
- Cartografando o cuidado na atenção psicossocial: uma análise micropolítica
- E descobriu-se que as pessoas com transtornos mentais precisam das mesmas coisas que as demais... Articulações entre trabalho e cidadania no campo da saúde mental.
- A política de saúde mental no estado do Espírito Santo

ENPESS 2014

- Reforma psiquiátrica: o caminhar da política de saúde mental de Campos dos Goytacazes
- Da loucura à doença mental: uma análise histórica
- Pesquisa-intervenção: estratégia para o cuidado da saúde mental dos servidores do núcleo estadual no Rio de Janeiro do Ministério da Saúde
- A práxis contemporânea do assistente social na saúde mental
- A institucionalização da loucura no marco do desenvolvimento capitalista: uma contribuição ontológica
- A participação da família no cenário da política nacional de saúde mental no Brasil

- Políticas Públicas e trabalho interdisciplinar: o programa de saúde mental em Palmeira – PR
- A desinstitucionalização na reforma psiquiátrica Brasileira: análise das conferências nacionais de saúde mental
- Redes e ação intersetorial: a experiência de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil do município do rio de janeiro
- Questão social e saúde mental

Total: 120 textos