

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PURO - PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS
FACULDADE FEDERAL DE RIO DAS OSTRAS
RIR - DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ALINE OLIVEIRA CAMPOS DA SILVA

**A atuação do Serviço Social na política de Saúde Mental: Um estudo
a partir da inserção no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros**

Chaloub – Macaé - RJ

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**

1º Semestre / 2009

Rio das Ostras

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PURO - POLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS

CES - CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS

ESS - ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

SSN - DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE RIO DAS OSTRAS

A atuação do Serviço Social na política de Saúde Mental:
Um estudo a partir da inserção no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros
Chaloub - Macaé-RJ.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado por:

ALINE OLIVEIRA CAMPOS DA SILVA

Professora Dr^a. Orientadora:

GLÁUCIA ELAINE S. DE ALMEIDA.

Rio das Ostras, 1º semestre de 2009.

Catálogo na fonte. UFF / NDC / Biblioteca de Rio das Ostras.

361

S586

2008

Silva, Aline Oliveira Campos da

A atuação do serviço social na política de saúde mental: um estudo a partir da inserção no Núcleo de Saúde Juarez Malheiros Chaloub - Macaé-RJ / Aline Oliveira Campos da Silva. Rio das Ostras: s. n., 2009.

73 f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense. Pólo de Rio das Ostras.

1.Serviço social. 2. Saúde mental. 3.Saúde pública. 3. Brasil.
I. Título.

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PURO - POLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS

CES - CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS

ESS - ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

SSN - DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE RIO DAS OSTRAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense por:

Aline Oliveira Campos da Silva
(aluna e autora)

Banca Examinadora:

Gláucia Elaine S. de Almeida
(Prof^a. Dr^a. Orientadora)

Tatiana Rangel Reis
(Prof^a. Dr^a. Examinadora)

Eblin Farage
(Prof^a. Ms. Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais este passo em uma caminhada profissional, que torço para que seja longa, prazerosa e recheada de conquistas.

Também agradeço à minha mãe, Nádia pela dedicação e empenho que sempre demonstrou para incentivar as filhas no caminho do conhecimento, por ter sido meu porto seguro nos momentos de aflição, mesmo que no período da elaboração deste trabalho ficamos separadas pela distância. E por sempre acreditar em mim, em seu apoio incondicional.

Ao meu avô Vilson Campos, para mim um exemplo de vida e superação, que nos deixou enquanto eu preparava este trabalho, o que me causou grande sofrimento. À minha avó Alayde, uma guerreira.

Ao meu pai Ediélio, pela confiança. As minhas irmãs Érica e Danielle, pelos momentos de incentivo no caminhar da graduação em especial à Dani, pois quando dividíamos a internet para os estudos, entendendo meu desespero, abriu mão do seu uso. A minha sobrinha Bruna, quando ficou quietinha desenhando pra que eu pudesse estudar.

Aos profissionais do Núcleo de Saúde Mental, em especial à Patrícia Rezende, a assistente social que me mostrou o que é ser uma boa profissional, com seu jeito meigo e pelos momentos de amizade quando que me ouviu desabafar.

Aos meus amigos da universidade, pela boa companhia nessa trajetória de quase cinco anos, pelo apoio nos momentos de tristeza, e pelas boas lembranças que guardarei de todos, principalmente da nossa ida para a 19ª Conferência Mundial de Serviço Social – Salvador –BA.

A professora Gláucia por ter sido paciente comigo em suas orientações, mesmo quando eu estava desesperada.

Ao meu amor, por todo apoio e incentivo dedicado a mim, e por ter tornado meus dias mais felizes.

A todas as pessoas, não citadas aqui, mas que desde o início da minha graduação passaram pela minha vida e de alguma forma contribuíram para que eu chegasse a este momento tão especial.

A todos muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CAP = Caixa de Aposentadoria e Pensão

CAPS - AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSI = Centro de Atenção Psicossocial Infantil

COI = Centro de Orientação Infantil

COJ = Centro de Orientação Juvenil

CONASP = Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS = Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS = Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CLT = Consolidação das Leis do Trabalho

CTPS = Carteira de Trabalho de Previdência Social.

DNOS = Departamento Nacional de Obras Sociais.

EUA = Estados Unidos da América

FAS = Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

IAP = Instituto de Aposentadoria e Pensão

INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social

INAMPS = Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPUB = Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

LOPS = Lei Orgânica da Previdência Social

MTSM = Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MG = Minas Gerais

N.S.M = Núcleo de Saúde Mental

NAPS = Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS = Organização Mundial da Saúde

OPAS = Organização Pan – Americana da Saúde

PT = Partido dos Trabalhadores

PSI = Psicologizante, psicólogo ou psiquiatra.

S.S. = Serviço Social

SUCAM = Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUS = Sistema Único de Saúde

UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma análise do processo de trabalho do serviço social numa determinada instituição de saúde mental situada no município de Macaé (RJ). Para efetivarmos esta análise buscamos nos aproximar de como as políticas públicas envolvem o usuário nas instituições públicas de saúde. Desta forma procuramos entender como se deu o processo da gênese da saúde pública brasileira que deu origem ao SUS (Sistema Único de Saúde) dos princípios que o compõem, e a elaboração das políticas que hoje são o centro de vários debates no interior da sociedade brasileira. Nossa preocupação maior foi compreender os elementos constitutivos e a dinâmica que envolve o processo de trabalho do assistente social na saúde mental, como isto se efetiva, quais os questionamentos atualmente presentes nesta atuação. Através de conversas informais com as profissionais da instituição procuramos compreender o sentido de cada instrumento utilizado pelos profissionais para efetivarem seu trabalho, bem como a lógica subjacente a toda atuação profissional dos assistentes sociais naquele contexto.

Dedico este trabalho aos usuários da saúde mental do Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub, por terem consentido minha participação em seus atendimentos individuais, deixando meu aprendizado imensamente rico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.....	3
1.1 - A trajetória histórica da política de saúde.....	3
1.2 - Os Movimentos sociais na saúde: Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.....	8
1.3 - Os Desafios Contemporâneos da política de saúde.....	11
CAPÍTULO II – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL.....	18
2.1 - Uma breve história da loucura.....	18
2.2 - As Políticas de saúde Mental no Brasil.....	26
2.3 - O Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub.....	30
CAPITULO III – A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	38
3.1 - Antecedentes históricos do processo de trabalho do serviço social na saúde mental.....	40
3.2 - O processo de trabalho do serviço social na saúde em geral e na saúde mental brasileira.....	45
3.3 - O serviço social no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub - RJ.....	53
3.3.1. O processo de trabalho do assistente social no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub – Macaé (RJ).....	55
3.3.2 – Possibilidades e dificuldades presentes no processo de trabalho.....	61
3.3.3 – O Núcleo como um espaço multiprofissional com práticas interdisciplinares.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	74

Introdução

Mas eu também sei ser careta
De perto ninguém é normal
Às vezes, segue em linha reta
A vida que é “meu bem, meu mal”

“Vaca profana”, Caetano Veloso.

Realizei estágio no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub sediado em Macaé, cidade localizada na região norte do Estado do Rio de Janeiro. Lá pude conhecer o trabalho do assistente social que atua na saúde mental, e sistematiza esta prática através de grupos e atendimentos individuais. Quando participei de grupos de acolhimento infantil, de início me questionei sobre qual seria o papel do serviço social neste tipo de instituição, e em conversas na universidade, percebi que este não era um questionamento exclusivamente meu, então decidi escrever sobre este tema.

Com a evolução deste trabalho descobri que este tipo de intervenção profissional é muito interessante e esta experiência foi muito importante para meu crescimento intelectual e o primeiro passo para minha caminhada profissional, pois como já citado, este estágio me instigou a elaborar este trabalho, que discute a atuação do serviço social na política de saúde mental brasileira, focando na experiência do NSM.

A instituição NSM, atualmente é referência em atendimento ambulatorial em saúde mental no município de Macaé, cidade com aproximadamente 200 mil habitantes, tendo uma economia voltada para a área petrolífera tendo como eixo econômico a Petrobras. O NSM tem como propostas as ações preventivas, curativas e de políticas sociais atendendo ao munícipe com demanda em Saúde Mental.

Com a elaboração deste trabalho acadêmico tem-se a proposta de conhecer melhor a realidade de atuação dos assistentes sociais inseridos na área de saúde mental, compreendendo as dificuldades e as possibilidades, podendo assim e também de divulgar este tipo de atuação entre os estudantes de serviço social da UFF – Pólo Rio das Ostras.

No primeiro capítulo discute-se a política da saúde e como ela se deu desde o começo da colonização do Brasil. Percorro alguns momentos da história da

sociedade brasileira, e seus momentos de crise que culminaram em ações sanitárias, isto se deu pelas dificuldades enfrentadas pela população da época e os prejuízos em todos os sentidos ocorridos pela ausência da atenção em saúde. Neste capítulo nos inserimos no interior da discussão sobre as reformas Sanitária e Psiquiátrica, concluindo com uma reflexão sobre os desafios contemporâneos da política de saúde.

No capítulo dois, aborda-se todo o processo de surgimento da política de saúde mental, tanto no Brasil quanto no cenário internacional. Como se deu a história e a inserção do “Louco” nas sociedades antigas até as atuais. Logo após, apresentamos um histórico acerca das políticas de saúde mental no cenário brasileiro. Partimos então para a especificidade do NSM: como se deu o surgimento desta instituição, quais os aspectos políticos e sociais que permearam sua constituição.

No terceiro capítulo, aborda-se mais especificamente a atuação do serviço social na saúde mental, detalhando os antecedentes históricos do processo de trabalho, conhecendo as primeiras práticas das assistentes sociais neste campo. Em seguida trata-se dos processos de trabalho do serviço social em saúde mental, partindo do processo de trabalho na saúde em geral até a especificidade da saúde mental. Partimos para a análise deste processo dentro do NSM, discutindo seus instrumentais e tipos de abordagens e encerrando com a discussão das dificuldades presentes neste processo e sobre como ocorrem as práticas profissionais no interior daquela instituição.

Capítulo I – A política de saúde no Brasil: Trajetória histórica e desafios contemporâneos.

1.1 – A trajetória histórica da política de saúde.

Para começarmos a pensar a trajetória da política de saúde pública brasileira, é necessário remetermos o nosso pensamento ao começo do século XIX, quando o Brasil começou a dar seus primeiros passos em direção ao que seria o final de um longo caminho que culminou na atual política de saúde pública. Para chegar até este ponto, a estrada foi longa e passou por vários períodos que foram de profundas transformações, passando pela assistência médica dos IAP's, atravessando o período dos anos 80, da Reforma Sanitária e culminando na afirmação da universalização do acesso à saúde pública hoje presente no SUS (Sistema Único de Saúde).

Antes da colonização do Brasil pela corte portuguesa, habitavam aqui, tribos de índios ágeis e robustos, que exibiam saúde, porém durante a colonização, as doenças chegaram junto com os navios colonizadores. O paraíso tornou-se inferno, com a doença instalada as chances de sobrevivência dos marinheiros eram pequenas, colocando em risco o projeto europeu de explorar economicamente as terras brasileiras (Bertolli Filho, 2006:5).

Aquela época, foram criados conselhos para resolver o dilema, cujos capitães eram nomeados para cuidar da saúde da população colonizada. Com o passar do tempo, o problema continuava, pois raramente os médicos de outros países aceitavam vir para o Brasil. Isto acontecia, porque eles ficavam amedrontados pelo perigo que enfrentariam e desestimulados pelos baixos salários

pagos pela Corte Portuguesa. Outro ponto importante que atrapalhava a ação daqueles poucos médicos que se dispunham às terras brasileiras era enfrentar o medo que a população tinha do tratamento, que incluía purgantes e sangrias⁹. Desta forma, a tarefa de cuidar dos doentes, ricos ou pobres (que eram muitos), ficava quase que exclusivamente a cargo dos curandeiros negros ou indígenas (pajés).

Os atendimentos emergenciais e as consultas, eram realizadas pelos pajés, através de cantorias e ervas. Também ocupavam um papel semelhante, os boticários, com seus xaropes feitos de forma artesanal. Estes eram os “médicos” da época, que aplicavam suas medidas “curativas” de forma amadora. Estes personagens eram responsáveis pela assistência à saúde naquela época brasileira: os médicos estrangeiros, os curandeiros, os boticários e os pajés.

O interesse pela a criação de uma política pública de saúde pública no Brasil, nasceu a partir da disseminação da idéia de que a população era capital humano, e deixar que as enfermidades diminuíssem o seu potencial de trabalho e até mesmo reduzissem esta população trabalhadora, não seria lucrativo. A partir de então, começou-se a pensar minuciosamente formas de combate às enfermidades, diferentes das épocas anteriores, nas quais predominava uma visão de atuação focada apenas nos períodos de epidemia. Naquele novo período, a saúde tornou-se global, abrangendo todos os setores da sociedade a todo tempo (Bertolli Filho, 2006: 14).

A política de saúde pública no Brasil teve sua trajetória histórica desenhada em vários momentos e partes do país, porém foi no Rio de Janeiro, no período do governo do presidente Rodrigues Alves (1902–1906), que a cidade passou por profundas reformas urbanísticas e sanitárias. Aquela primeira reforma sanitária, culminou na conhecida Revolta da Vacina, durante a gestão do prefeito Pereira Passos. Nenhuma outra metrópole foi alvo de tantas ações médicas quanto o Rio de Janeiro (Ibidem, 2006:24).

Na cidade do Rio de Janeiro (que naquele período era a capital federal) era inexistente qualquer forma de saneamento básico, o que ocasionava várias doenças graves, dentre elas a febre amarela, a malária, a varíola e as pestes que se espalhavam com enorme facilidade. Para combater tais moléstias e tentar resolver

⁹ Sangria: Ato de extrair sangue do corpo enfermo com o objetivo de curá-lo (Bertolli Filho, 2006).

este problema, o presidente Rodrigues Alves nomeou o médico Oswaldo Cruz diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. Este acionou uma brigada sanitária para ações que incluíam invasões a domicílios para queimar roupas e colchões, sob a alegação de que estes eram focos de proliferação de ratos e mosquitos, acompanhados por policiais para aplicações obrigatórias de vacina.

Estes atos impositivos ignoraram qualquer medida de educação popular, produzindo um sentimento de revolta na população que, além de não entender a necessidade de tais medidas, ficou indignada com tamanha violência da atitude. Em seguida, ocorreu o que se conhece pelo auge do conflito, que foi a vacinação obrigatória contra a varíola, então os populares saíram às ruas para protestar, e assim teve início a Revolta da Vacina.

Não podemos deixar de lado o fato de que, apesar dos conflitos ocorridos mediante esta ação imperativa, o médico Oswaldo Cruz obteve sucesso em seu plano, e conseguiu resolver parte das questões de saúde pública do período e colheu dados importantes que serviram de base para o seu sucessor, o também médico Carlos Chagas, que estruturou uma campanha rotineira de ação e educação sanitária.

Passado todo esse período de ações expressivas e autoritárias, pouco aconteceu em matéria de saúde no Brasil, Foi somente com a chegada de operários imigrantes no nosso país, que se voltou a pensar em assistência a saúde voltada para a população pobre, isso porque ocorreram pressões através de greves por parte da população trabalhadora para que algo fosse feito.

No ano de 1923 foi aprovada a lei Elói Chaves¹⁰, instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Aquele modelo de instituição era mantido pelas empresas que ofereciam esses serviços para seus funcionários, sem qualquer participação por parte do Governo Federal, em qualquer instância. A pioneira entre as CAPs, foi a dos ferroviários, que além de prestar os serviços de assistência médica aos funcionários e sua famílias, também concedia aos mesmos preços especiais para a aquisição de medicamentos, aposentadorias e pensões para seus herdeiros.

¹⁰ Elói Chaves era fazendeiro, banqueiro e político, tornou-se conhecido por ser o proponente da legislação precursora da Previdência Social (Wikipedia, 2009).

Com a Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas chega ao poder, foi criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passaram a ser dirigidos por sindicalistas. Apesar de a nomenclatura ter sido modificada, suas atribuições eram muito semelhantes às das caixas, que previam assistência médica. A união manteve sua posição, se eximindo de qualquer financiamento, que continuava a ser mantido pelas contribuições sindicais, assim como nas antigas Caixas. Vale ressaltar que nas CAPs os trabalhadores dividiam-se por empresa (cada empresa tinha sua CAP), e quando passaram às IAPs, estes então dividiram-se em categorias profissionais (Simões, 2007:124-125).

O Ministério da Saúde e Educação criou órgãos de combate a endemias e normativos para ações sanitaristas. A saúde e a educação estavam vinculadas, no entanto a educação obteve um olhar mais apreciativo por parte do Governo, e a saúde continuou a ter investimentos muito baixos.

Entre 1940 e 1964, período do início da ditadura militar no Brasil, o tema que estava em debate sobre saúde pública brasileira foi a unificação dos IAPs, fazendo assim, com que este sistema tornasse mais abrangente. Foi em 1960, que a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS – Lei nº. 3807/60) foi instituída e unificou os IAPs, que passaram a compor um regime único para todos os trabalhadores (excluídos os trabalhadores rurais, domésticos e o funcionalismo público), de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Naquele período, só poderiam ser atendidos na rede pública de hospitais, aqueles que tivessem registro profissional de trabalho, ou seja, trabalhassem com “carteira assinada”. Deste modo estavam fora da cobertura de atendimento os cidadãos desempregados e os trabalhadores informais, já que estes não contribuía, logo não estavam segurados, ou seja, sem emprego, eles não seriam cidadãos de direitos. Ao falar de cidadania para quem tem carteira de trabalho é fácil lembrar do conceito de cidadania regulada¹¹, o qual permite entender quando o cidadão até quando fosse parado numa *blitz*, era questionado e revistado, e caso não fosse encontrada sua CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), este seria detido no exato momento, pois quem não tinha emprego formal era considerado “vagabundo” e não tinha o direito de vagar

¹¹ A “cidadania regulada” é aquela definida por uma estratificação ocupacional, sustentada por normas legais e não por valores políticos. Os direitos são concedidos apenas aos que são registrados em carteira de trabalho (Santos, 1979).

pelas ruas, ou seja, era regulado, vigiado, não era dono de si, como se fosse *indigente*. Este era o termo usado na época para defini-lo (Bertolli Filho, 2006: 33).

A partir de então, após a tomada do poder pelos militares, criou-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que unificou definitivamente os IAPs. Porém, logo a demanda de atendimento foi maior do que o esperado e o governo precisou recorrer à rede privada e a pagar pelos serviços médicos prestados à população excedente. Em 1978, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que auxiliou neste repasse de verbas do sistema público para a iniciativa privada.

Um ponto importante a se destacar é que no ano de 1974, os militares criaram uma instituição chamada Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que ajudou a criar e remodelar a rede privada de hospitais, através de empréstimos à juros subsidiados (Cohn,1991). Com aquela política, aconteceu uma explosão no crescimento dos hospitais de rede privada no país, estes chegando ao número de 500% no aumento de leitos hospitalares privados. No entanto, todo esse investimento visava somente à medicina curativa, deixando de lado o pensamento preventivo sanitário, que só não caiu no esquecimento, porque foi criada em 1970 a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (Sucam).

Quando teve início a transição democrática no Brasil, nos anos 80, a saúde passou a ser fiscalizada pela sociedade, através do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), porém após o final do regime ditatorial militar, outros conselhos surgiram com a participação da sociedade civil, tais como: o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Com a Constituição Federal de 1988, um modelo de atenção à saúde único foi criado, e reformulou os serviços de saúde pública e previdência social. Este modelo é chamado de Sistema Único de Saúde (SUS, Lei nº. 8080/90), que se organiza de forma regional e hierárquica, com comando único em cada nível governamental, e seguindo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional do atendimento integral à saúde e da participação da sociedade para o controle social.

Segundo o artigo 198 da Constituição Federal, o SUS deve abranger não somente o atendimento de pessoas doentes, mas também, e principalmente, a prevenção das doenças (SIMÕES, 2006:131).

No artigo 200 da Constituição Federal, as atribuições do SUS foram detalhadas e previram “a prevenção e o tratamento de doenças, a formulação de políticas públicas, a execução de ações de saneamento básico, o desenvolvimento tecnológico e científico, a fiscalização e a inspeção de alimentos e bebidas, a colaboração com a proteção do meio ambiente, o controle e a fiscalização de elementos de interesse para a saúde, a vigilância sanitária e epidemiológica, a participação na produção de medicamentos, procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde, a saúde do trabalhador” (Constituição Federal Brasileira de 1988).

1.2 – Os Movimentos sociais na saúde: Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica

O próximo passo nos mostra um outro momento importante para a história da saúde pública do Brasil, que foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este momento começou como o Movimento Sanitário¹² e culminou na Reforma Sanitária. Este episódio teve início com o descontentamento de parte da população nos anos 70, em relação aos direitos de cidadania e ao acesso ao sistema de saúde. Este grupo era formado por donas de casa, lideranças sindicais, religiosas, políticas, profissionais de saúde e populares que sentiam a necessidade latente de reformular os sistemas de saúde a fim de torná-lo mais acessível e eficaz, criticando a concepção biológica e individual.

O princípio desta Reforma era defesa da saúde e da própria vida, considerando que todos têm o direito à saúde e, além disso, o Estado passaria a ter a obrigação de fazer valer esse direito, garantido condições de livre acesso. A saúde passou a ser vista como um efeito real resultante de um conjunto de condições externas, sendo pensada além da ótica medicalizante (Constantine, 2009:35).

¹² O Movimento Sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade.

Enquanto acontecia o movimento da Reforma Sanitária, contemporaneamente eclodia o movimento da Reforma Psiquiátrica que, apesar de estar no mesmo período, teve uma história própria. O início dela ocorreu no final dos anos 70, quando acontecia a crise da assistência hospitalar psiquiátrica, e a crítica ao modelo hospitalocêntrico. O principal argumento de seus idealizadores foi a garantia dos direitos do paciente psiquiátricos. Tal Reforma, foi um processo político e social que tinha em sua composição atores sociais e instituições de diferentes origens, que estavam unidos pelo mesmo ideal.

Este desejo surgiu do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento formado por trabalhadores do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e por pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Através de várias lutas, este movimento passou a protagonizar e a construir a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2005:7).

A Reforma psiquiátrica foi inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio foi de sua importância. Podemos citar como exemplo no Brasil, situada no Rio de Janeiro, a Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos, no começo dos anos 80. Em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Naquele mesmo ano, surgiram os primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil.

Foi através do cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avançou, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (ibidem: 6). A Reforma Psiquiátrica nasceu do desejo de desinstitucionalizar a assistência e criar serviços substitutivos ao modelo manicomial, bem como do desmonte dos manicômios brasileiros. Esta reforma teve como ideal iniciativas significativas que buscaram reinserir as pessoas acometidas por transtornos mentais no convívio em sociedade.

No ano de 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência diferenciou-se das sete anteriores, por ter um caráter democrático e,

além disso, porque nela foram definidas as bases para o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Na VIII conferência, estiveram presentes representantes de várias (se não de todas) as forças sociais envolvidas neste processo, com certeza ele foi um marco na história da saúde brasileira, e um exemplo de organização entre sociedade e profissionais. Foi durante aquele evento que se incrementou o processo de ampliação diversificada de profissionais na área da saúde (Constantine, 2009).

No ano de 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Foi o começo das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Um ano antes, com a Constituição Federal de 1988, havia sido criado o SUS pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social exercido através de “Conselhos Comunitários de Saúde”.

O SUS passou a determinar a universalidade da assistência à saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais. Com a implantação gradativa do SUS, no começo dos anos 90, a saúde se reafirmou como maior campo de trabalho do Serviço Social (BISNETO, 2007: 38).

Com a implementação do SUS através da Lei nº. 8.080 de 1990, o conceito de saúde foi ampliado, ultrapassando sua dimensão curativa. Tal ultrapassagem tornou assim os assistentes sociais personagens centrais nesse processo, a tal ponto que, na atualidade, a saúde tornou-se o campo que absorve boa parte dos 56 mil assistentes sociais existentes no Brasil, caracterizando-se assim como o principal mercado de trabalho para a categoria (Ibidem, 2007).

A partir de 1992, valendo-se do impacto produzido pelo projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Foi na década de 90 que passam a entrar em vigor no país as normas de regulamentação

e implantação de serviços de atenção diária, os CAPS, os NAPS¹³ (Núcleo de Atenção Psicossocial) e os Hospitais–dia¹⁴.

1.3 – Os Desafios Contemporâneos da política de saúde.

Repensando todo o contexto de desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, podemos ter a noção de que o SUS foi a mais importante delas, pois foi a partir dele que se pensou em outros programas, a saúde passou a ser pensada de diversas formas, e abrangendo vários setores da sociedade.

Para termos uma noção, contemporaneamente o SUS mantém 500 mil profissionais de saúde, e cerca de 5.794 hospitais com 441 mil leitos, onde são realizadas 11 milhões e 700 mil internações anuais (Simões, 2008:136). No entanto, apesar de ser um número expressivo, ele ainda está longe do necessário para suprir as necessidades da população brasileira, e de fazer valer um dos mais fundamentais princípios do SUS: a universalidade, que assegura que ele deva atender a todos, sem distinção, de acordo com suas necessidades e, gratuitamente (ibidem: 135). Logo, onde não há recursos suficientes nem material humano, essa regra não pode ser cumprida, e nem a premissa da gratuidade.

Sabemos por vários meios de comunicação que, em muitas cidades brasileiras, é longa a fila de espera para consultas, exames e cirurgias no SUS. Em muitos locais é comum não haver vagas para internação, faltando médicos, pessoal, medicamentos e até mesmo medicamentos básicos e essenciais para a sobrevivência de doentes crônicos. O atendimento das emergências está longe de ser o adequado, são precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência mental e os serviços odontológicos (ibidem: 137). Esta é uma

¹³ A diferença entre NAPS e CAPS está na abrangência. O NAPS tem uma proposta de apoio não somente ao paciente, mas também a família e a sociedade, tendo uma abrangência maior que a do CAPS, que tem o foco voltado basicamente para o paciente (Revista RADIS, 2009).

¹⁴ Os Hospitais–dia seriam por definição instituições prestadoras de serviços médico/hospitalares no cuidado de pacientes cujas patologias não necessitam de assistência por períodos de 24hs, podendo retornar ao seu domicílio após ter-lhe sido ministradas as terapias adequadas para o tratamento de sua doença (Lima & Botega, 2009).

realidade presente em nosso cotidiano, não podendo ser ignorada. Pois como a própria Lei do SUS (8080/90) sustenta em seu artigo primeiro, existe:

“O dever do Estado de garantir a saúde [que] consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

Assistindo aos noticiários, lendo os jornais e até mesmo fazendo uso de algum hospital ou ambulatório da rede pública, podemos constatar que atualmente o SUS enfrenta uma crise, que afeta a rede básica de assistência ambulatorial, fazendo com que o Brasil cumpra apenas o mínimo estabelecido pela OMS¹⁵ (Organização Mundial da Saúde) para que atinja um nível mínimo de qualidade em atendimento de saúde.

A preocupação com os níveis de saúde no Brasil, tem atingido outras áreas do cenário político, mesmo aquelas que superficialmente, não tenham ligação direta com o tema da saúde, pois se analisarmos cada setor das políticas públicas, veremos que todos eles afinal, precisam de cidadãos saudáveis para existirem e terem sentido.

Em recente artigo publicado na página eletrônica da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), com representação no Brasil, o assunto tratado foi o conceito de políticas públicas saudáveis, ou seja, políticas que possam permitir que seus usuários tenham uma vida saudável, esteja ela em qualquer esfera governamental e ligadas a diferentes interesses. Essas políticas facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos e criam ambientes sociais e físicos capazes de promover a saúde, como vemos no trecho abaixo:

“Para formular políticas públicas saudáveis, os setores da agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas consequências de suas decisões políticas sobre saúde da população

¹⁵ A OMS (Organização Mundial da Saúde) ou WHO (World Health Organization), é um agência especializada das Nações Unidas, destinada às questões relativas a saúde. Foi fundada em 7 de abril de 1948. Tem como objetivo garantir o grau mais alto de Saúde para todos os seres humanos (Wikipédia, /2009).

porque o crescimento econômico por si só, não contribui para a melhoria das condições de saúde.” (OPAS, 2009).

Para entendermos melhor esse conceito, partimos do princípio de que a saúde deva ser um item essencial a ser tratado em qualquer setor político público, e é preciso que estes setores se responsabilizem por suas ações e pelas consequências que estas tragam para a saúde do brasileiro, porque como o trecho do mesmo artigo afirma o crescimento econômico somente, não contribui para melhoria das condições de saúde.

Não seria um erro afirmar que um dos desafios da política de saúde pública brasileira atual é abranger a todos os brasileiros com qualidade, ou seja, radicalizar no princípio da universalidade.

Hoje, a saúde é pensada por profissionais de várias categorias como um processo que inclui condições sociais concretas do ser humano, reafirmando a proposta da Reforma Sanitária, num pensamento que nos faz entender que o acesso à “saúde” não é possibilitado apenas por um ou mais atendimentos médicos, mas sim por condições sociais, tais como acesso ao emprego (com o devido salário), à educação, a condições dignas de habitação e ao básico do saneamento, entre outros itens que compõem o fundamental para a vida saudável como cidadão.

Como seria possível viver saudável sem acesso aos meios de sustento e a condições favoráveis para o não aparecimento de doenças? A partir destes pontos, podemos ir mais adiante e pensar também que no quesito “doença” (ou motivos para o surgimento dela) pode-se destacar a precariedade ou mesmo ausência de transporte, educação, lazer. No caso do lazer, sua importância é fundamental para a recuperação nos processos de desgaste psíquico, porque como já dizia uma letra de música, “a gente não quer só comida, a gente quer bebida, diversão e arte”¹⁶.

Já se passaram alguns anos desde que a OMS declarou que todas as nações que a compõem deveriam assumir o compromisso de, até o final do milênio, estender a assistência médico-hospitalar e as ações preventivas a todos os seus cidadãos, independente de classe social, nível de instrução cor ou opção política.

¹⁶ Trecho da música “comida” do álbum “Jesus não tem dentes no país dos banguelas” da banda de rock brasileira Titãs, de autoria de Marcelo Fromer, Arnaldo Antunes e Sérgio Britto.

O Brasil, como país participante daquela organização, assinou aquela declaração de princípios, no entanto ao analisarmos a atual conjuntura das políticas de saúde pública brasileira, podemos ver que mesmo que os programas de saúde que são anunciados pelo SUS tenham a intenção de abranger toda uma população, isso não ocorre (Bertolli Filho, 2006).

Apesar de toda a crítica existente ao atual estado da saúde pública brasileira, não podemos deixar de ressaltar tudo que a política de saúde pública significa hoje, é resultado de lutas do passado, de uma vasta trajetória histórica, onde se entendeu que a saúde também deve ser pensada como um todo, que a enfermidade não pode ser entendida como um fenômeno exclusivamente biológico ou explicada apenas pelo meio ambiente físico, pelo tamanho da população humana e pelo número de animais e insetos em contato com o homem. Mais importantes que estes fatores, são as características sociais e históricas da comunidade, incluindo a organização social e as relações entre os indivíduos no processo de trabalho. Por este motivo, entre outros, na legislação do SUS, a saúde do trabalhador tem seu espaço:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (artigo 3º da Lei 8080/90 SUS)

O fato de existir um olhar voltado para o trabalhador na legislação do SUS, remete-nos ao começo da história da saúde no Brasil, quando a Estado entendeu que a doença diminuía o capital humano (a força de trabalho) tão necessária para o crescimento da capital do país na época.

Hoje, o desafio da política de saúde, é ampliar e fazer valer os direitos dos usuários, para que estes tenham pleno acesso ao atendimento de qualidade. Outro fator importante é manter o trabalhador saudável em seu ambiente de trabalho, pois sabe-se que este ambiente é importante na determinação das condições sociais e coletivas de saúde.No entanto para que este desafio seja cumprido, é necessário que os princípios básicos que norteiam o SUS sejam efetivados, e não fiquem no

“papel”. Estes princípios são: a universalização, integralidade, equidade, descentralização com controle social.

O conceito de universalidade, como já dito, é tratado pela legislação do SUS de forma a atender a todos os cidadãos brasileiros, sem distinção de raça, cor, credo religioso ou orientação sexual, de acordo com suas necessidades. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste conceito o ser é visto como um todo, porque sua saúde não pode ser dividida (Simões op. cit: 135).

A equidade, como uma das diretrizes do SUS, significa atender a todos de acordo com sua necessidade, de forma igualitária dando aos mesmos os usuários a mesma oportunidade de acesso à saúde e à assistência médica, pois como sugere Conh: "instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços, mas, igualmente, à sua conformação em um direito" (1992).

No entanto, ter direito à saúde é diferente de ter acesso à assistência médica, pois, ter direito à saúde consiste em ter acesso a programas de tratamento e prevenção, que incluem ter saneamento básico, boas condições de moradia entre outros fatores determinantes do o não-surgimento de doenças. Ter acesso à assistência médica somente visa à cura da doença em questão (Ibidem, 1992:24). Será que a equidade também engloba estas questões? O usuário tem mesmo acesso à saúde de forma igualitária e de acordo com suas necessidades? São questões para reflexão genérica a serem consideradas na investigação de contextos particulares.

A descentralização significa distribuir os recursos de acordo com a proximidade local do cidadão. A partir deste ponto, todas as ações que visem atender à população de um determinado município devem ser locais, as que servem a vários municípios devem ser feita de nível estadual, e assim por diante, chegando ao ponto de que ao ser alguma campanha de nível nacional, esta ação será de responsabilidade do governo federal, através do Ministério da Saúde (Ibidem, 2008).

O SUS é universal, porém a universalização é usualmente aplicada quando o atendimento é emergencial (pronto socorro) ou quando o atendimento é de baixa complexidade, incluindo apenas consultas de rotina e tratamentos da atenção básica

(estes devem ser realizados no município de origem do usuário), mas não nos casos de alta complexidade, em que não haja possibilidade de atendimento local. Existem casos em que os usuários migram de outros municípios para tratamento ou até consultas ambulatoriais em outra cidade, e o argumento dos usuários quando são questionados sobre qual o motivo de irem tão longe para um tratamento básico, é que seus municípios não dispõem daquele atendimento (muitas vezes ainda básico), ou até que as filas de espera são muito demoradas. Esta é uma questão fundamental na gestão da atual política de saúde, como destaca Cohn:

“Constituir a saúde como um ‘direito de todos e dever do Estado’ implica enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade.”
(1992:25)

Diante desta situação, é fundamental intensificar o estímulo à participação da sociedade civil em iniciativas que visem ao controle social¹⁷ da política de saúde, como as ouvidorias, os conselhos e as conferências. O direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz, intrinsecamente à sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Em outras palavras, o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população, supõe o próprio movimento dessa população para que possa conquistar o reconhecimento e a efetivação desse direito (Sposati, 1992).

Um exemplo de controle social seriam os conselhos municipais de saúde, enquanto representação popular no controle das políticas públicas do Estado. Todavia, o processo de democratização não se apresenta do mesmo modo em todos os municípios do Brasil. A luta pela criação e constituição dos conselhos permanece, pela legitimidade, através da representação popular, na discussão de sua formação paritária entre população, trabalhadores de saúde e dirigentes. (Ibidem, 1992)

¹⁷ Controle Social é a participação e fiscalização da sociedade civil na gestão das políticas públicas.

Em muitos municípios, uma verdadeira luta pela formação do Conselho Municipal de Saúde¹⁸ é travada e nela, o confronto com prefeitos é certo, pois estes muitas vezes quando designam a "representação popular", o fazem de acordo com o seu interesse, não respeitando o conceito de paridade (ibidem, 1992).

Na legislação do SUS, existe uma lei que dispõem sobre as atribuições dos conselhos de saúde. De acordo com lei:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (parágrafo segundo da Lei nº8.142/90).

Sabemos que os Conselhos de Saúde têm o papel de fiscalizar e participar de criação e gestão de políticas públicas de saúde, porém a realidade de muitos municípios brasileiros torna essa fiscalização difícil de acontecer, pois devido ao "clientelismo" existente na forma de governar de muitos políticos brasileiros, a população tende a aceitar o que lhes é ofertado como fosse um favor, e não como um direito. Isso ocorre pela ausência de esclarecimentos por parte dos usuários quanto a seus direitos, direitos que são garantidos pela legislação infraconstitucional.

Relacionada a toda essa questão do acesso e da descentralização do SUS, vemos a importância da educação popular e da socialização do acesso ao conhecimento acerca dos direitos e da forma de implementá-los que o cidadão possui, pois será através dessas "ferramentas", que a população poderá mudar o rumo da própria história e da história do SUS, transformando as leis em instrumentos de luta e não só encarando as como dispositivos formais.

¹⁸ Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Ministério da Saúde, 2009).

Hoje é nítida a imposição neoliberal¹⁹ por parte do Estado no que diz respeito às políticas de saúde. Face a isso, os recursos que já são poucos, passam a ser mínimos e o que é direito, é visto como favor. Para que as leis sejam cumpridas e as diretrizes das políticas públicas sejam seguidas, é necessário o conhecimento por parte da população de seus direitos, porque como seria possível lutar por aquilo que nem se sabe que se tem direito? É de vital importância o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a manutenção da participação popular, pois como diz o ditado “unidos venceremos”. Seria no mínimo cruel esperar de uma pessoa que já esteja em adiantado estado de doença, reclame sozinha por seus direitos, mesmo que baseados em lei. É necessário que o conjunto da sociedade, sobretudo as classes trabalhadoras, lutem pelo direito à saúde e pela afirmação do dever do Estado, antes que precise efetivamente de assistência direta.

¹⁹ A proposta neoliberal consiste na redução da atuação do Estado nas políticas sociais, incluindo entre elas as da saúde.

Capítulo II – A política de saúde mental: Trajetória histórica no contexto internacional e nacional.

2.1 – Uma breve história da loucura.

Desde a Idade Média o louco e a loucura faziam parte do cenário social ou familiar. Anteriormente não existiam instituições que acolhessem e tratassem seus doentes, assim cabia somente às famílias o cuidado. Nas famílias ricas, os doentes mentais eram mantidos em casa sob cuidados de pessoas contratadas para assisti-las, os assistentes. Nas famílias pobres, por estas não terem condições de custear alguém para cuidar de seu parente, os loucos vagavam pelos campos e mercados da cidade, recebendo caridade ou até mesmo sendo vítimas de violência por parte da população (Resende, 1987:21).

No entanto, o mesmo autor aponta a existência de uma terceira opção, pois na América colonial os governos municipais tinham o costume de remunerar algumas famílias de lavradores que se dispunham a receber os loucos pobres que não estivessem totalmente incapazes para trabalhar. Este foi um sistema precursor da chamada assistência heterofamiliar, que seria proposta séculos depois, fazendo parte de algumas alternativas de tratamento psiquiátrico científico contemporâneas.

Naquela época, o conceito de loucura era restrito e para definir se alguém era louco ou não, usava-se simplesmente uma avaliação superficial que levava em conta o aspecto físico e comportamental da pessoa (dentro do observável), não existia uma avaliação médica para constatar ou não a doença de uma pessoa. Nesta sociedade (pré-capitalista), ser apto ou não para o trabalho, não era um fator determinante para caracterizar se o sujeito era normal ou não, pois naquela

época, a economia girava em torno do artesanato e da agricultura, sendo que ambas as atividades, não necessitavam de uma qualificação que excluísse as pessoas com doença mental. Era possível acolher as variações de cada um (Constantine, 2009:27).

No final do século XV, na Europa, com o fim do trabalho artesanal e do campesinato como classe, os loucos passaram a ser percebidos em suas particularidades, e a questão do louco no trabalho veio à tona como um problema social (ibidem: 27).

A burguesia mercantilista com a intenção de manter a ordem econômica e política, aplicou com “mãos de ferro” repressões e castigos físicos aos supostamente loucos, como surras de chicote e marcação no corpo com ferro quente (aos mendigos e ociosos). Tendo em vista que esta medida não solucionava o problema em questão, decidiu-se então enclausurar estas pessoas marginalizadas em instituições que não tinham nenhuma estrutura para tratá-los, uma vez que os mendigos e ociosos em questão eram os loucos. No entanto podemos observar que ser mendigo ou ocioso não é uma prerrogativa da loucura, qualquer pessoa pode ter esse comportamento e não ter algum problema de ordem psíquica. O único objetivo daquelas instituições era, entretanto tirar das ruas da cidade os mendigos, vagabundos, loucos e delinqüentes, punindo e reeducando-os, dentro de uma lógica moralista de cunho religioso.

Desta forma, os doentes mentais foram confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais, juntamente com os ditos “anti-sociais” e lá recebiam punição e tortura. Esta idéia de torturá-los vinha de um pensamento da medicina da época que entendia a doença mental como resultado do desequilíbrio entre quatro humores do corpo, e esta tortura teria a função de “expulsar” os maus humores de maneira sangrenta, disfarçadas de tratamento médico (ibidem: 28).

Quando o século XVIII estava no fim, diante do pensamento iluminista³², quando foi lançada a Declaração dos Direitos do Homem , surgiram denúncias crescentes contra as internações de doentes mentais. Naquele movimento, surgiu o nome do psiquiatra francês Philippe Pinel. O psiquiatra que ficou conhecido como o

³² O Iluminismo foi um sistema que se desenvolveu através de idéias, que pretendiam eliminar as “trevas” do período medieval definitivamente. Tendo-se assim a associação das idéias com a luz. Este pensamento envolveu as épocas que foram do século XVII e XVIII do que se referiam ao pensamento econômico, social e político da população (Wikipédia, 2009).

pai da psiquiatria, participou ativamente da Revolução Francesa (Amarante, 2007:21).

Pinel foi um dos protagonistas do movimento da Reforma que tinha por objetivo separar os doentes mentais dos outros marginalizados, para que eles pudessem receber o tratamento especializado de um psiquiatra. Porém, sua visão de tratamento, previa reabilitar o louco mediante coerção e punição moral, tudo isso com um olhar voltado para a religião (Constantine, 2009: 28).

Na segunda metade do século XIX, o tratamento dado ao doente mental baseado apenas na moralidade, vai perdendo espaço para a terapia medicamentosa, isso devido aos recentes avanços das ciências físicas e químicas. Naquele momento, o modelo asilar é instaurado. Em tal modelo, o médico enquadra o doente num aspecto clínico, elabora um discurso psiquiátrico segundo um esquema rígido: diagnóstico-prognóstico-tratamento. Logo, o médico passou a ser o detentor do poder asilar, dele tornou-se a palavra sobre o louco o que tornou o asilo um espaço predominantemente médico.

No Brasil, no período até 1800, não existiam referências sobre a trajetória da doença mental. Apesar da crença de que as mudanças urbanas trouxeram a necessidade de um “novo homem” para fazer parte do cenário, como ocorrido na Europa, no Brasil, este não foi um fator pré-condicionante para que acontecesse a diminuição (e por que não o rompimento?) da linha de tolerância da sociedade para com os doentes mentais, pois como sugere Resende:

“No Brasil o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas, diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir da qual o insano torna-se “um problema” – a industrialização, a urbanização maciça e suas conseqüências – e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do progresso “(1987:30).

Assim, a doença mental no Brasil parece ter ficado muito tempo silenciosa e suas manifestações diluídas na imensidão deste país.

A economia no período do Brasil colonial era de forma primitiva, escravocrata e, nesta lógica, havia muitos escravos trabalhando e poucos senhores e proprietários de terras. Por este olhar, podemos ver que o trabalho era algo destinado somente aos escravos, tidos como raça inferior. Logo, o trabalho enquanto condição de vida, era algo subalternizado e tinha sentido pejorativo para a população. Tendo em vista que os escravos literalmente ocupavam os espaços laborais tanto no campo quanto nas casas (trabalho doméstico), a apatia tomou conta das colônias devido ao repúdio ao trabalho, que se fosse feito, seria somente para o estritamente necessário para a sobrevivência, porque nenhum homem livre se submetia a pegar a enxada (Ibidem, 1987:33).

Não sendo proprietários de terras e nem sendo escravos, muitos homens ficavam a vagar pelas ruas, na indigência. A este grupo somavam-se os loucos que, junto com os vadios e desordeiros, tornaram as ruas mais violentas, porém não podemos deixar de pensar que o princípio dessa violência pode ter sido provocado mais pelos vadios e pelos desordeiros do que propriamente pelos loucos, a não ser que estes estivessem em surto ou reagindo a gracejos e provocações.

Para sanar esta questão problemática, tais pessoas eram recolhidas e enviadas para as Santas Casa de Misericórdias³³ sem nenhum acompanhamento médico, entregues a guardas e carcereiros, recebendo assim uma forma de tratamento diferenciado dos demais pacientes. Durante seus momentos de delírio e agitação, eram contidos através de espancamentos ou de troncos (nestes últimos sendo condenados à morte por maus tratos).

Em 1852, o Hospício D. Pedro II inaugurado no Rio de Janeiro. Ele tinha capacidade para trezentos e cinquenta pacientes e era destinado a todos os pacientes do Império. Logo ficou lotado (em pouco mais de um ano), desta forma se fez necessária a criação de novos hospitais e de mais verbas. Em tempo, o Pedro II foi o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro que praticamente reproduziu o modelo francês (Amarante, 2007:38).

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram no Brasil durante um momento em que “a ordem e a paz social estavam ameaçadas” e a sociedade reclamava contra a liberdade dos loucos, que perambulavam pelas ruas. Este fato somado às

³³ As Santas Casa de Misericórdia são hospitais que nasceram com doações feitas pelas elites e por verbas públicas, atualmente existem centenas delas pelo Brasil, atuando como um dos principais centros de assistência médica da população (Bertolli Filho, 2007:11).

denúncias de maus tratos que os internos doentes sofriam nas instituições, tinha um caráter humanitário (Resende, 1987:38).

O hospício era alvo de estratégias complementares: a *prioridade social*, de retirar do meio público o elemento perturbador, com a intenção de não mais incomodar e preservar os bens e a segurança do cidadão, e a afirmação de que essa retirada destes doentes das ruas era uma indicação clínica, visando à cura, tirando-os do “sofrimento”.

Segundo Resende (1987) a função segregadora da instituição psiquiátrica no Brasil se mostra de forma inibida, sem um véu que a esconda, durante os primeiros quarenta anos de sua existência. Uma das mais marcantes evidências desta afirmação era a forma como essa clientela era constituída a partir de uma marca fortemente segregadora:

“...tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos eram raridade. Muitos deles classificados como pobres; mas, entre estes, poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus e brasileiros de ‘raça pura’, uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que... formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem trabalho.” (Ibidem, 1987:39).

A clientela das instituições psiquiátricas até então era selecionada de modo peculiarmente leigo, sem a nosologia³⁴ psiquiátrica. Os médicos de fato não tinham poder naquelas instituições, e as visitas médicas eram esporádicas.

Com a quase duplicação da população da cidade do Rio de Janeiro, devido à imigração estrangeira, em 1890, ocorreu um acelerado processo de urbanização, trazendo consigo problemas tais como a deteriorização das condições de vida da população trabalhadora, e problemas também nas áreas de higiene e saneamento, com a proliferação de favelas, doenças, pessoas maltrapilhas pelas ruas. Estes fatores geraram mais problemas de saúde mental (Constantine, 2009:29).

Naquele momento, a intenção do então presidente Rodrigues Alves, foi de remover a imundície da cidade e, para isso, tornou necessário remover os desocupados para longe dos olhos da população. Então, a saúde pública e a

³⁴ Nosologia é o mesmo que classificação, ou seja, nosologia médica seria classificação médica de determinada doença (Wikipédia, 2009).

psiquiatria uniram-se na intenção de limpar a cidade, retirando os focos de infecção, tais como os cortiços e os residentes deles, ou seja, os ditos desocupados sem trabalho. Para eles, o direito de andar nas ruas, significava um empecilho para os planos sanitários.

O trabalho então tornou-se a recolher sobras humanas do processo de limpeza (saneamento) e, em seguida, enfurná-las no asilo e tentar “recuperá-las” de alguma forma, ou seja, colocando-as na forma do que se acha certo (ibidem, 1987:45). O discurso da época era da psiquiatria preventiva e higiene mental, no entanto não existem registros de que este método tenha sido aplicado no Brasil (Constantine, 2009).

Para Rezende, o conceito de cidadania daquela época era definido pela inserção do indivíduo em alguma categoria profissional reconhecida por lei e registrada. Santos reitera a idéia de cidadania regulada, porém diz que esta não se encontra somente num código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional. Neste sentido, somente era considerado cidadão aquele que estivesse inserido em qualquer ocupação reconhecida por lei e sua cidadania está embutida na profissão, e o direito de uma pessoa enquanto “cidadã” fica restrito ao direito que este possui no seu trabalho. Desta forma, surge o conceito de “pré-cidadão”, não que este esteja sem ocupação, mas por estar exercendo alguma profissão não regulamentada, um exemplo de “pré-cidadão” eram os trabalhadores rurais. Mesmo que estes trabalhem, por não estarem em um processo regulamentado, não possuem “cidadania” (Ibidem, 2009:75).

Até aqui, ficou nítido que as pessoas que não se encaixassem na forma da dita “nova ordem” eram rotuladas como anti-sociais e os que não trabalhavam eram desocupados, sendo este um fator determinante para decidir se alguém era “anormal” o suficiente para ser reprimido e lançado em um hospício, de forma a desinfetar as ruas da cidade.

A idéia da psiquiatria daquela época tinha por objetivo “reeducá-los” de forma que estes pudessem retornar à sociedade “curados”, prontos para o trabalho, afinal eram *capital humano* e, de alguma forma, peças para dar continuidade ao processo de crescimento da cidade. A partir deste ponto, podemos ver que o foco da psiquiatria (como tratamento) passou a ser o trabalho. O objetivo era devolver os doentes readaptados ao convívio social estabelecido, de maneira que pudessem servir como força de trabalho.

Desde então no Brasil, com tal objetivo, nasceram as colônias agrícolas para doentes mentais. Estas porém não obtiveram sucesso, pois apenas excluía o doente do convívio social, uma vez que a localização das colônias o distanciava dos grandes centros. Tais iniciativas que tinham na adaptação ao trabalho seu epicentro foram, para Rezende produto das:

“Necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinha nas concepções e atividades em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Era preciso reverter ao “normal” a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas á categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos “ (Ibidem,1987:47).

A substituição da psiquiatria empírica pela científica, baseada na reivindicação da classe médica (para ter o controle das instituições psiquiátricas), em nada alteraram a situação vigente com relação à população atendida, os maus-tratos e castigos físicos continuaram. Uma observação importante e também gritante que denuncia essa violência é que, até recentemente, o Hospício de Barbacena foi um “generoso” fornecedor de cadáveres para os laboratórios anatômicos das faculdades de medicina de Belo Horizonte (Resende *op. cit*,1987:53).

Com o enfraquecimento da economia no Brasil na década de 1960 (1968), ocorreu grande escassez de mão-de-obra no mercado de trabalho (incluindo os postos de baixa qualificação). Não é coincidência que, naquele momento da economia (em que se fazia necessário uma injeção de mão de obra no mercado), tenham surgido tantas propostas em saúde mental, cujo objetivo central fosse manter o doente mental na sociedade e, principalmente, no trabalho. Cresceu a preocupação com o tempo de permanência dos doentes nos períodos de internação, medidas com os hospitais de todo o Brasil, foram tomadas de forma a diminuir as internações (Constantine, 2009:31).

Em 1972, o Ministério da Saúde lançou os princípios básicos com que pretendia nortear os rumos da assistência psiquiátrica no Brasil. Estas propostas visavam oferecer alternativas para evitar a hospitalização integral, cujo interesse era “a pronta reintegração social do indivíduo”. Dois anos depois, em 1974 a assistência ao doente mental teve sua priorização diminuída e, por conseqüência, os recursos

financeiros a ela dedicados também. Aquele foi um período de queda da qualidade de vida da população trabalhadora do país, que ficou constatada através dos dados da saúde na época (ibidem, 32).

Um retrocesso na assistência psiquiátrica aconteceu entre 1960 e 1980, quando a mesma retornou a prática de desempenhar o papel de recolher das ruas os restos humanos que a sociedade não queria ver, para depois excluí-los. Isso acontece devido ao aumento de prisões por “vagabundagem”. Naquele período, o modelo psiquiátrico curativo perdeu força (Resende, 1987).

Como vimos no primeiro capítulo, a saúde pública no Brasil em meados dos anos 70, tinha um caráter médico-assistencial-privatista, ou seja, a prática médica era mais individual e assistencial, com propósitos curativos. Seu foco era voltado para os lucros do setor da saúde. Dentro da saúde mental, o Estado financiava os hospitais psiquiátricos privados e, naquele momento, reafirmou o modelo hospitalocêntrico. Analisando aquele contexto podemos ver que a loucura se tornou um rentável mercado.

Aquele período foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para instituições da rede privada. O curioso é que, na mesma época, no momento em que os pacientes (doentes) engrossavam a lista de internações em hospitais privados, paralelamente, o fluxo de pacientes internados na rede pública se manteve estável (ibidem,61).

No interior da psiquiatria, surgiram inúmeras críticas ao modelo asilar, tendo por inspiração os movimentos de Reforma Psiquiátrica dos Estados Unidos e modelo europeu desde a década de 1940. Estes modelos eram baseados na psicoterapia institucional, nas comunidades terapêuticas, na psiquiatria de setor francesa e na psiquiatria preventiva norte-americana e, por fim, na experiência italiana de Franco Basaglia. Foi através do modelo italiano que, no Brasil, começou-se a pensar na Reforma Psiquiátrica, de modo a substituir o modelo hospitalocêntrico (paciente internado), visando a eficácia e a redução do custo social (Constantine, 2009). Este assunto foi amplamente discutido no capítulo I.

Depois de termos passado por todo contexto histórico das políticas de saúde pública no Brasil, e também por vários momentos da história da psiquiatria no mundo e no Brasil, a seguir discutiremos as transformações da política de saúde mental pública nacional.

2.2 – As Políticas de saúde Mental no Brasil.

O tempo passou, a política de saúde mental passou por transformações, por lutas e, em determinados momentos, algumas correntes frutificaram e outras não resistiram. O certo é que hoje o trato dispensado ao doente mental no Brasil tomou uma nova roupagem. O “louco” como citado nos capítulos anteriores, atualmente dispõe de uma diferenciada rede de assistência psiquiátrica, que inclui os CAPS, os NAPS e os Hospitais-dia que se não substituíram, agem ao menos como alternativas ao modelo hospitalar das instituições fechadas que visam à internação total do paciente.

O cenário atual das políticas públicas de saúde em relação à saúde mental conta além dos dispositivos acima mencionados, também com uma legislação que descreve os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a Lei nº. 10.216 de 06/04/2001. Esta lei em seu artigo terceiro trata da responsabilidade do Estado no trato com a saúde mental, afirmando que:

É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Um traço forte da influência da Reforma Psiquiátrica naquela Lei foi o artigo 4º que trata da possibilidade de internação. Em seu primeiro parágrafo, ela afirma: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Desta forma, fica claro entender que, somente em último caso, será necessária a internação. Como no período anterior à

reforma psiquiátrica, esta lei também previu a reinserção social do paciente: “terá como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio”. (Lei Federal 10.216/01 § 1º).

A visão de um trabalho multidisciplinar também está presente nesta Lei, quando no segundo parágrafo do seu quarto artigo, prevê a inclusão de outros profissionais além do médico no trato com o doente mental, visando a sua recuperação. Esta equipe inclui psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais da área do lazer.

Atualmente no Brasil, estima-se que 3% da população necessite de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. (Ministério da Saúde, 2005).

A partir de agora, iremos nos aprofundar no entendimento das instituições que integram a rede assistencial da saúde mental brasileira. Começaremos pelos CAPS. Eles foram reestruturados através das Portarias nº336/2 e 189/2 estabelecendo várias modalidades: os CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionam das 8 às 18h, de segunda à sexta feira; os CAPS II municípios com população entre 70.000 e 200.000 / habitantes. - funcionamento também de segunda a sexta de 8 às 18h (pode ter até um terceiro turno); CAPS III para municípios com população acima de 200.000 habitantes e com funcionamento 24 horas, diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana. Uma outra modalidade é o CAPSi, que é direcionado ao atendimento infantil, também para municípios acima de 200.000 habitantes; e, por último, o CAPSad – álcool e drogas. Este é voltado para o atendimento a dependentes químicos e obedece à lógica de número de habitantes (acima de 200.000). É importante registrar que os usuários que permanecerem nessas instituições por mais de 4 horas, devem receber uma refeição diária (Amarante, 2007), o que constitui uma dimensão importante da assistência social a estas pessoas.

Os CAPS são permanentemente avaliados pelo programa AVALIAR CAPS, que é uma iniciativa da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que utiliza o instrumento de avaliação para o acompanhamento sistemático e permanente (Fonte: Ministério da Saúde, 2008).

Tais instituições dispõem de serviços com profissionais de diversas categorias, muitas consideradas fora do campo da saúde, tais como músicos, artistas plásticos, artesãos, entre outras. Isso depende muito da possibilidade de cada dispositivo, divergindo de cidade pra cidade, ou da criatividade e, por que não? Da “imaginação” de cada um. O objetivo destes dispositivos é desenvolver ao máximo suas habilidades interagindo com os vários recursos existentes na comunidade, fazendo com que todos participem do meio de convivência com os pacientes/usuários, tais como times de futebol, associações civis, entre outros. Esta também seria uma forma de reinserção destas pessoas no cotidiano da vida social.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família, sejam substitutivas ao modelo tradicional hospitalocêntrico, então este dispositivo atua como porta de entrada de todo o sistema de saúde, e assim também da saúde mental. O importante disto tudo é a atuação juntamente com os PSF (Programa Saúde da Família), indo diretamente no seio familiar, tratando o sujeito dentro do seu meio social, e levando em conta todo o seu contexto, assim obedecendo ao conceito de integralidade, onde a saúde do usuário não pode ser dividida, e sim entendida como um todo (Ministério da Saúde, 2009).

Muitos autores divergem quanto ao termo “inclusão social”, porém quando se trata de um doente mental, não podemos ignorar o fato de que ele está excluído do meio social quando fica somente no interior das instituições. Trazê-los pra fora, e fazer com que interajam, falem e demonstrem seus sentimentos para os demais, é uma forma se mostrar à sociedade que eles existem, e não são “estorvos” como visto desde o Brasil Colônia. Esta discussão nos remete ao dia 18 de Maio, que é o dia Nacional da Luta Anti-manicomial, com certeza uma data que existe pra não deixar caírem no esquecimento os ideais da Reforma Psiquiátrica.

Apesar de todo o movimento de desinstitucionalização da doença mental no Brasil, alguns manicômios ainda persistem, porque em alguns casos mais graves, é necessária a internação, porém esta parcela de doentes mentais não pode ser esquecida, e o fato de querer reintegrá-los à sociedade é de fato um belo discurso, no entanto é preciso que o Estado o implemente.

Neste contexto existe no Brasil, a Lei 10.708/03 instituindo um programa do Ministério da Saúde, que institui o programa “De volta pra casa”. Como parte integrante deste programa, é oferecido um auxílio financeiro a pacientes, com no

mínimo dois anos de internação, que sejam egressos de unidades psiquiátricas ou hospitais, de forma a ressocializá-los. O valor deste auxílio era de 240 reais (menos de um salário mínimo atual), hoje é de 320 reais e tem a duração de um ano, porém poderá ser prorrogado se comprovada a necessidade do paciente. Em caso de reinternação, o benefício é suspenso (Ministério da Saúde, 2009).

Atualmente no Brasil 3.206 usuários são beneficiários deste programa, estando em primeiro lugar o estado de São Paulo com 924 benefícios concedidos e, em segundo lugar, o Rio de Janeiro, com 692 (Fonte: Ministério da Saúde, 2009).

Analisando esta lei, o interesse em atender o paciente após sua saída da instituição é muito importante e bem vindo, porém o valor deste benefício é no mínimo insuficiente, levando-se em conta o custo de vida atual no nosso país e as necessidades de uma pessoa portadora de transtornos mentais, obviamente quando pensamos nas necessidades que estas pessoas têm de uso contínuo de remédios caros, algumas pessoas podem questionar isto, pois nas farmácias públicas eles são oferecidos. Será que são oferecidos? Se um dos conceitos do SUS fosse plenamente seguido, o da equidade, todos teriam acesso aos remédios de acordo com suas necessidades e não aconteceria o que vemos hoje, que algumas vezes é a falta de remédios até para os pacientes com doenças crônicas que implicam risco de vida nas farmácias populares do governo federal.

Atualmente existe no Brasil uma corrente teórica/política que critica a política de saúde mental brasileira que está voltada para a desinstitucionalização, sendo baseada na Reforma Psiquiátrica. Em recente matéria publicada na revista *Época*³⁵ este tema foi abordado, tendo a capa do periódico como destaque, dada a relevância social do tema. Toda a matéria foi baseada em relatos de parentes de pacientes portadores de transtornos mentais, que em algum momento de suas vidas, quando enfrentaram um momento de crise de seu familiar e este necessitou de internação, não puderam contar com vagas em hospitais psiquiátricos.

Como já dito neste trabalho, com a Reforma Psiquiátrica os leitos em hospitais psiquiátricos nos brasileiros foram reduzidos em 70%. Esta forma “extra-hospitalar” de tratar o paciente pode ser mais humana, porém os casos em que se necessite de internação integral não podem ser ignorados, pois em muitos casos, familiares não têm com quem deixar seus parentes que estão em surto, quando

³⁵ Esta matéria foi publicada na Revista *Época* n°576, de 01/06/2009.

estes necessitam de um acompanhamento direto. Nesta mesma reportagem, são descritas situações extremas, como as de uma senhora que conta que sua filha de 14 anos sofria de transtorno bipolar e durante uma crise não conseguiu vaga para internação, sem saber o que fazer trancou-a em casa, porém no auge da crise, a menina cometeu suicídio jogando-se da janela do banheiro.

A mesma matéria ainda, o poeta Ferreira Gullar conta um pouco de sua história, com dois filhos com esquizofrenia, um deles já falecido. Hoje, seu filho vive numa colônia no nordeste, pois onde morava (na cidade do Rio de Janeiro) não encontrava vagas para interná-lo, mas até que a medida de enviá-lo para esta colônia fosse tomada, muitos episódios de fuga, tentativas de suicídio e agressão a terceiros ocorreram.

Estes casos não são isolados. No Brasil muitas outras famílias que têm algum membro que necessita de cuidados na saúde mental, sofrem quando não conseguem internar seus parentes. O movimento da Reforma sanitária é importante sim, mas a assistência aos usuários que necessitem de internação não pode ser esquecida. Atualmente no Brasil, existem apenas 39 CAPS 3, ou seja, o único tipo de CAPS que recebe pacientes para tratamento com a possibilidade de internação breve, tendo seu atendimento disponível 24 horas (Fonte: Ministério da Saúde, 2009).

2.3 – O Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub.

O Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub (NSM.), local onde realizei o estágio curricular obrigatório da graduação em Serviço Social, teve suas atividades iniciadas no ano de 1989, e foi concebida da união de uma equipe pequena formada por profissionais do Centro de Saúde Jorge Caldas, do PAM (Posto de Atendimento Médico) do bairro Aeroporto e de voluntários, que estruturaram juntos a emergência psiquiátrica, além do primeiro projeto arquitetônico da mesma. Ambas as instituições pertencem à Prefeitura Municipal de Macaé (RJ).

Vale ressaltar que, apesar de levar apenas o título de uma instituição para tratamento de transtornos mentais, o NSM não se restringe aquela demanda específica. Pude observar que a clientela é mista, tendo também entre seus usuários crianças com dificuldade de aprendizado, transtornos na fala, bebês sendo

atendidos pelo serviço de Terapia Ocupacional ou Fisioterapia por outros motivos que não os de ordem exclusivamente psíquica. Essa demanda infantil se apresentou desde o início desta instituição.

Em 1990, devido à grande demanda de escolares com dificuldade no aprendizado e comportamento apresentada aos postos de saúde, foi implantado o ambulatório de Distúrbio de Aprendizagem no prédio onde antes funcionava o DNOS (Departamento Nacional de Obras e Saneamento) de Macaé (RJ), e onde atualmente funciona a Receita Federal. Este ambulatório contava com uma equipe multiprofissional, composta de uma neuropsiquiatra infantil, dois psicólogos, uma psiquiatra, uma fonoaudióloga, uma pedagoga, um musicoterapeuta e uma assistente social³⁶.

Entre os profissionais da equipe multidisciplinar foi fixada uma norma que exigia a participação de todos eles em reunião semanal³⁷ para discussão de questões administrativas, técnicas bem como de qualquer outro assunto de interesse da equipe. Esta norma é seguida até o presente dia, sendo de grande importância, devido às situações complexas relacionadas aos pacientes e que são discutidas com o corpo multiprofissional. Tal reunião rendeu frutos, que hoje se traduzem no Grupo de Estudos, a cada semana conduzido por uma dupla de profissionais. Um tema permanentemente discutido no grupo de estudos tem sido a Reforma Psiquiátrica, uma vez que o NSM trabalha a partir desta corrente teórica.

Em 1993, com uma mudança de gestão, o ambulatório, como também outros serviços de saúde mental foram desativados. Diante deste quadro, os profissionais da saúde mental do município, se uniram para pressionar³⁸ a administração municipal e conseguiram através de comprovação por atas de reuniões e do número de atendimentos realizados, reafirmar a necessidade da instituição. Desta forma, conseguiram montar o primeiro ambulatório de saúde mental de Macaé, substituindo a antiga instituição, cujo nome era Núcleo Municipal de Prevenção e Higiene Mental. O NSM passou a ter como objetivo o atendimento gratuito e universal a todos os

³⁶ A assistente social em questão atualmente coordena juntamente com uma fonoaudióloga a administração técnica do NSM. As informações aqui prestadas foram recolhidas informalmente, através de entrevista, devido à ausência de documentos que comprovem tais fatos.

³⁷ Toda quarta feira às 14 horas.

³⁸ Em entrevista a assistente social relatou que como forma de protesto por terem sido desalojados de sua sede, os profissionais do NSM, passaram a se reunir na escada da Secretaria Municipal de Saúde, cumprindo ali suas horas de trabalho. Este protesto durou um mês, até que foram realocados.

usuários do SUS que necessitem de algum tratamento de ordem psíquica, motora ou comportamental.

Com o desenvolvimento dos trabalhos, a equipe montou três programas no Núcleo: o Programa de Distúrbio de Aprendizagem que atendem a alunos da rede pública e privada com problemas de aprendizagem e comportamento; o Programa de Avaliação Diagnóstica que atendem a crianças e adolescentes em sofrimento mental ou com questões neurológicas; e o Programa de Atendimento Terapêutico aberto a comunidade que atende a adultos e idosos em geral que buscam atendimento em saúde mental.

Em 1994, a equipe do NSM vivenciou uma nova crise: a demissão de grande parte dos seus profissionais por questões de ordem político-partidária que marcaram o contexto do município de Macaé. Com esta realidade, os profissionais que permaneceram no serviço, tiveram que fazer forçosamente polivalentes, criativos e audaciosos para atender à grande parte da demanda que ficou sem atendimento. Naquela época, após um estudo de possíveis alternativas para o atendimento, foi criado um novo dispositivo de intervenção, o Grupo de Espera, como forma de acolhimento às famílias que precisavam do atendimento para seus filhos, garantindo acessibilidade ao serviço já em processo terapêutico, evitando assim que as mesmas aguardassem a vaga solicitada em casa e/ou abandonassem o tratamento.

Esta forma de recepção não substitui o tratamento que o usuário busca, mas age de forma a não deixar que esta demanda fique desassistida enquanto aguarda a data de seu atendimento psiquiátrico ou psicológico. Podemos constatar que este trabalho atua de forma a tentar amenizar os problemas causados pela falta de médicos na rede de saúde pública municipal. Este tema será melhor abordado no terceiro capítulo.

Observo que aquele dispositivo de intervenção, além de ter sido uma forma criativa de burlar as dificuldades criadas pela crise, foi um grande avanço para o trabalho do NSM, pois vinculou as famílias ao tratamento como também, possibilitou altas a partir dentro do Grupo de Espera, indicando para os profissionais a eficácia daquele recurso. O grupo despertou na equipe o interesse pela abordagem grupal e pela ampliação do número de grupos de espera, hoje definidos como “grupos de acolhimento”, estendendo-se a iniciativa ao atendimento de porta de entrada de

adulto. Neste último grupo, a atuação do Serviço Social é permanente, às vezes dividindo o espaço com um outro profissional da equipe multiprofissional, oferecendo um outro olhar as questões de saúde ali expostas. Na direção desta perspectiva de trabalho multiprofissional, Amarante afirma que:

“ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites” (Ibidem, 2007:15-16).

Em 2000, após discussão em equipe a unidade de saúde mudou sua denominação de Núcleo Municipal de Prevenção e Higiene Mental, para Núcleo Municipal de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub, em memória do psicólogo que compôs a primeira equipe da unidade. A partir desta data, iniciou-se dentro do NSM, um novo movimento de integração da equipe, que tem possibilitado junto a Secretaria Municipal de Saúde a Gestão Participativa, com eleição da Gerência do Programa de Saúde Mental e dos Coordenadores do NSM, garantindo esta forma gestão para os outros serviços do programa (os CAPS´s). Vale ressaltar que hoje o NSM faz parte do Programa de Saúde Mental que engloba e gerencia o CAPS Betinho, o CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), o Posto de Atendimento Médico do bairro Aeroporto, o CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e o Núcleo de Saúde Mental.

As mudanças trouxeram uma grande preocupação da equipe do NSM em ampliar o atendimento aos pacientes em sofrimento mental grave, através da participação da equipe de saúde mental na Atenção Básica. Em 2002, com a ampliação da equipe, criou-se dentro do Núcleo novos dispositivos para atender à preocupação supracitada: a implantação das Oficinas Terapêuticas (atualmente funcionam no CAPS) e a equipe de Saúde Mental na Atenção Básica.

Dando continuidade a este processo, em 2004, iniciou-se também no NSM, as Oficinas Terapêuticas Infanto-Juvenis – futuro CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil), que atualmente funciona em sede própria.

No momento, o Núcleo de Saúde Mental é referência em ambulatório de Saúde Mental no município de Macaé (RJ). Ele é um dispositivo de atendimento especializado (atenção secundária, conforme a legislação do SUS), voltado para o acompanhamento biopsicossocial do Programa de Saúde Mental.

O NSM tornou-se uma unidade de saúde pública, que destina-se ao atendimento clínico de pessoas de diferentes faixas etárias. Trata-se de uma clientela heterogênea no que se refere a classe social, sexo e escolaridade, portadora de sofrimento psíquico leve e grave, de problemas escolares, de voz/fala, de linguagem, comportamentais, com dificuldades de socialização, desordens psicomotoras, disfunções neuromotoras e estimulação precoce. Nesse sentido, o Núcleo funciona em caráter interdisciplinar e sua proposta visa a reinserção social progressiva das pessoas elegíveis para atendimento e a ampliação do debate na equipe multiprofissional sobre as formas da produção da saúde.

Atualmente, o corpo multiprofissional é formado pelos profissionais da área de Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Psicologia, Psicomotricidade, Pedagogia, Psiquiatria e Terapia Ocupacional, com critérios de atendimento próprios da instituição. A instituição conta com 50 funcionários, entre concursados e contratados, pessoal do setor administrativo e profissionais de saúde.

Em média, 300 pacientes são atendidos por mês. Em recente levantamento realizado, ficou constatado que entre os atendimentos realizados com crianças, a demanda comportamental compõe 60 % deles.

Ao ingressarem no NSM, os pacientes são recebidos inicialmente em grupos de acolhimento/recepção e no grupo terapêutico denominado de “Heterogênese Urbana”³⁹. Neste atendimento, acontecem círculos de conversação entre os

³⁹ Este grupo é realizado semanalmente às quartas feiras, no pátio da instituição e é organizado pelo musicoterapeuta do NSM e pelo psiquiatra. Nele, os pacientes participam de rodas musicais e realizam trabalhos manuais enquanto são avaliados pelo psiquiatra e, em muitos casos, são orientados sobre medicação ali mesmo, na chamada “cadeira do pé do ouvido”, denominação dada à cadeira que fica ao lado do médico.

pacientes e os profissionais: uma forma de romper as barreiras da timidez e do isolamento e de trazer para um único plano. O objetivo de todos que estão ali é para tratar de algum distúrbio que, de alguma forma, atrapalha suas vidas.

O pronto-atendimento é realizado pelo serviço social, pela psicologia ou pela psiquiatria (dependendo do grau de complexidade imediata). Posteriormente, os usuários são encaminhados para avaliação no setor específico, de acordo com a demanda do paciente, permanecendo ou não no atendimento conforme critérios de da instituição.

É freqüente nas reuniões de equipe a discussão das questões da Reforma Psiquiátrica que promove mudança no paradigma da assistência em saúde mental. Esta em detrimento da cura da doença, em uma ação focal, passa a valorizar e a privilegiar a promoção da saúde mental em ações comunitárias, prevê a intervenção contínua com terapia, a ressocialização e a reabilitação social (psiquiatria democrática). Portanto, modifica-se o modelo de tratamento das enfermidades para fazer emergir um projeto amplo de promover a saúde no coletivo.

Toda ação clínica desenvolvida (preventiva, educativa e social) tem como objetivo intervir sobre uma existência que sofre e se manifesta através de alguns sintomas, sejam eles fonoaudiológicos, psicológicos, motor ou referente a qualquer outra especialidade atendida na unidade (Amarante, 2007).

Dentro do assunto “grupo”, Amarante justifica o surgimento deste recurso de abordagem, que teria surgido no período pós-guerra quando surgiu uma quantidade excessiva de soldados que necessitavam de cuidados psicológicos, sociais e físicos, porém a demanda ocasionou dois problemas: a grande quantidade de pessoas que buscavam pelo serviço e, em contrapartida, a escassez de profissionais disponíveis para atendê-los. Naquele contexto, a motivação era a precariedade de recursos e a forte demanda (tendo como pano de fundo a necessidade da recuperação da mão-de-obra que seria utilizada na reconstrução nacional). Em meio a essa questão, os profissionais do Monthfield, Hospital da Inglaterra, pensaram uma saída original e criativa:

“...passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento. Organizavam

reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembléias com duzentos ou mais pacientes; elaboravam propostas de trabalho em que todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos.” (Amarante, 2007:42)

Assim, aconteceu a primeira experiência com grupos de forma terapêutica no mundo oficialmente. Porém, a sistematização deste tipo de experiência ficou por conta do cientista australiano Maxwell Jones que, em 1959, aplicou modificações a este tipo de trabalho grupal, dando a ele uma nova roupagem através de pequenas alterações tendo mais dinâmica e maior sistematização, chamando-o de “grupos de discussão”. Desta maneira, nasceu o que conhecemos hoje por Comunidade Terapêutica⁴⁰.

O serviço social do NSM atualmente conta com quatro assistentes sociais, sendo que uma delas alterna-se entre o trabalho com grupos e a coordenação técnica da instituição (em conjunto com uma fonoaudióloga, como já citado). As demais assistentes sociais trabalham em grupos de acolhimento infantil e nos atendimentos individuais. Os grupos de acolhimento infantil também são multiprofissionais (algumas vezes, o espaço é dividido entre um assistente social e um outro profissional da instituição). Vale ressaltar que os profissionais ao perceberem recusa de algum paciente em participar do grupo (Heterogênese Urbana), garantem que a particularidade deste seja preservada e que seu atendimento seja realizado após o término da reunião em sala separada.

Apesar de toda a articulação por parte dos profissionais para que o NSM suprisse com a necessidade de atendimento dos pacientes, tal atitude não fez diminuir os impactos que a ausência de profissionais causa no atendimento ao usuário e na instituição, dentre eles a ausência mais reclamada é dos médicos psiquiatras, seguida dos psicólogos. No caso dos médicos psiquiatras, atualmente o NSM conta com três profissionais, o que causa demora na marcação de consultas de primeiro atendimento e até mesmo prolonga a continuidade de tratamento dos demais pacientes. É visível a angústia que a falta de profissionais médicos causa em toda a equipe multiprofissional e, principalmente, nos recepcionistas da instituição,

⁴⁰ Comunidade Terapêutica entende-se por processos de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou um processo de democratização das relações, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica. (Amarante, 2007:43).

pois são estes profissionais que fazem o primeiro contato da instituição com o usuário.

Em recente encontro realizado no NSM, denominado II Encontro de profissionais do Núcleo de Saúde Mental, temas relacionados à dinâmica da instituição foram abordados de forma que pudessem ser pensadas alternativas para tais questões. O encontro, uma das principais queixas dos profissionais foi exatamente a ausência de médicos para suprir a demanda de usuários.

A precariedade da saúde pública, neste caso, da saúde mental macaense, tem deixado suas marcas nesta instituição, como por exemplo, nos casos em que alguns pacientes chegam ao NSM em estado crítico (em crise e, em alguns casos, até mesmo violentos) e a instituição não possui nem mesmo um automóvel para encaminhar estes usuários para o atendimento emergencial no PAM Aeroporto. Para não dizer que a saúde mental não possui nenhum “meio de transporte” para os usuários, o Programa de Saúde Mental, conta atualmente com um automóvel modelo Kombi para atender aos cinco dispositivos, porém para utilizar deste serviço é necessário um prévio agendamento. Ora, se estamos falando em “emergência”, este recurso torna-se nulo.

Outro ponto importante é a precariedade das instalações do NSM, mesmo sendo um local com várias mini-salas⁴¹, estas são insuficientes para suprir a demanda de atendimentos. Apesar de ter passado por recentes obras (mais estéticas do que estruturais), pode-se observar a falta de salas disponíveis para atendimento, fato que já causou certo “mal estar” entre os profissionais, pois é recorrente ver os profissionais em pé diante da recepção, com prontuários nas mãos sem ter onde atender a seus pacientes.

Voltando a falar das instalações físicas do NSM, em várias salas, as portas não possuem trancas, as maçanetas estão quebradas, os pisos feitos de madeira (tacos) estão soltos (trazendo risco aos pacientes e aos profissionais), os banheiros estão com as instalações precárias (vasos sanitários sem tampa). As portas dos sanitários (dos usuários e dos profissionais) estão quebradas, o único bebedouro para uso dos pacientes da instituição foi retirado recentemente pela prefeitura e não houve reposição. Materiais de limpeza são escassos (papel higiênico, sabão e

⁴¹ O local onde atualmente funciona o NSM, anteriormente era a instalação da chamada “Transitória”, casa para internação psiquiátrica, por isso a existência de várias “mini-salas” onde eram ao quartos.

desinfetante) e até o aparelho telefônico de uso da recepção foi doação de um dos profissionais. Atualmente, o NSM conta somente com uma profissional da limpeza.

Diante de tantas dificuldades, é difícil pensar em satisfação no ambiente de trabalho, porém estas situações não fizeram diminuir a sede de conhecimento e a luta por parte de todo o corpo profissional para que o NSM permaneça cumprindo seus atendimentos e fazendo-o da forma mais possivelmente próxima do ideal.

O perfil da população atendida no NSM ainda não foi alvo de pesquisa, porém visualmente, podemos constatar que, em sua maioria, são pessoas das classes mais baixas, mulheres e crianças. Tais indicadores não excluem as pessoas com maior poder aquisitivo que fazem uso dos serviços do NSM, uma vez que esta instituição é parte integrante do SUS, e este é universal.

Capítulo III – A atuação do serviço social na saúde mental.

Neste capítulo o tema abordado é a especificidade do trabalho do assistente social no âmbito da saúde mental. No entanto, para nos aprofundarmos neste assunto, é preciso entender o que é a categoria trabalho e seus desdobramentos enquanto produtivo ou improdutivo.

Para Marx (1988), é pelo trabalho que o homem se diferencia e se distancia da natureza, quando utiliza seus materiais para a transformação de produtos necessários para a manutenção de sua vida. E, para que ocorra a transformação da matéria em objeto final, é necessário que aconteça o processo de trabalho, o qual podemos fracionar em três elementos constitutivos: a força de trabalho, a matéria e os instrumentos. A força de trabalho é a própria capacidade do homem de trabalhar, a matéria é o que se extrai da natureza e os instrumentos são as mediações entre o homem e o objeto de trabalho.

O “trabalho” também pode ser classificado como “improdutivo” e “produtivo”. Caracteriza-se o trabalho como *produtivo* quando este processo produz mais valia para o capitalista que o contratou, ou seja, quando que este processo produz lucro, como, por exemplo, quando o assistente social que trabalha em uma empresa, atua na manutenção das relações sociais do trabalhador, intervindo para que causas externas ao ambiente de trabalho (como situação familiar, doenças e drogadição) não venham a interferir em sua produção, logo, mesmo que indiretamente, o assistente social trabalha na manutenção da mais valia extraída pela capitalista.

O trabalho improdutivo é aquele que é realizado principalmente na esfera pública e no setor dos serviços, pois deste modo não produz lucros, uma vez que trabalha na distribuição da mais valia produzida socialmente e recolhida pelo Estado através de impostos. Por exemplo, o assistente social

servidor público que trabalha na distribuição de benefícios sociais, como a cesta básica (Granemann, 1999).

O assistente social é um trabalhador inserido na divisão sociotécnica do trabalho, isso se explica quando adentramos este tema e analisamos que o trabalho do assistente social é requerido como especialidade da divisão sociotécnica e, na forma assalariada, para responder às estratégias de dominação burguesa no enfrentamento das questões sociais que emergem das diferenças e conflitos que ocorrem no entre as classes sociais (Iamamoto & Carvalho, 2008).

Particularmente, falando da especificidade da sua atuação na esfera municipal (como é o caso da instituição NSM), podemos dizer que seus instrumentos de trabalho para a realização de uma intervenção são sistematizados através da elaboração de relatórios, a elaboração de pareceres, realização de entrevistas, visitas domiciliares, investigação, planejamento, trabalhos com grupos e comunidades. Estes são elementos constitutivos do processo de trabalho de um assistente social (Couto, 1999).

Assim, vemos que o trabalho do assistente social que atua na sub-área da saúde mental em uma instituição de saúde pública pode ter seu processo de trabalho caracterizado da seguinte forma: vende seu trabalho intelectual (força de trabalho), através de seus projetos, saberes (instrumentos) e das políticas públicas (matéria) e produz seu trabalho, que é a garantia intransigente dos direitos do usuário, em cada esfera de trabalho (Granemann, 1999).

Para Barbosa (*et al*, 1998), o assistente social também é requerido para atuar na esfera das empresas privadas, intervindo nos conflitos e negociações coletivas, atendendo às necessidades para a manutenção do trabalhador e sua família, como casos de absenteísmo, alcoolismo, adoecimento ocupacional, condições de trabalho e gestão participativa da produção, resguardadas as devidas especificidades. É ainda neste terreno que os serviços de saúde requisitam a ação técnica do assistente social para a divulgação, seleção e administração de recursos para consumo e reprodução social do usuário dos serviços e sua família, que se apresentam como elementos motivadores de espaço ocupacional para o assistente social.

3.1 – Antecedentes históricos do processo de trabalho do serviço social na saúde mental.

A primeira experiência do serviço social em saúde mental ocorreu nos Estados Unidos em 1905 e foi denominado de “serviço social psiquiátrico”. Isto ocorreu logo depois da inserção dos assistentes sociais em hospitais. O hospital psiquiátrico enquanto campo de trabalho fez parte da área de atuação dos assistentes sociais dos Estados Unidos desde sua criação enquanto profissão (Bisneto,2007:18).

Naquele contexto, a função do assistente social norte-americano era ajudar o paciente a se reajustar à vida normal. Entre estas funções foram incluídos os estudos do ambiente familiar e profissional, auxiliando a família na reinserção do paciente ao lar, preparando-a para recebê-lo depois da alta médica (Ibidem, 2007). Para o autor referido,

“o assistente social atuava no ajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas. A organização do primeiro setor de Serviço Social em hospital psiquiátrico, nos Estados Unidos, foi no Hospital Psiquiátrico de Boston, em 1912. A prática profissional respondia pelo nome de “serviço social psiquiátrico” (ibidem,2007:18).

Nos Estados Unidos, o serviço social seguia uma linha de apoio terapêutico e isto aconteceu na expansão da psiquiatria, quando surgiram demandas relacionadas aos neuróticos oriundos da Primeira Guerra Mundial. Lidar com estas neuroses trazidas da guerra pelos soldados, foi estimulante para o serviço social, que também atuou na orientação e no atendimento às famílias destes soldados.

Diferentemente do Brasil, onde o trabalho histórico do serviço social em instituições psiquiátricas foi voltado para as questões emergenciais ligadas à condição socioeconômica e familiar do paciente, o atendimento nos EUA se restringia às questões voltadas ao tratamento médico. Mas isto não ocorria para negligenciar a subjetividade do usuário, mas sim porque naquela época existiam agências de serviço social, também conhecidas por “obras sociais”, que atendiam à

população nas questões materiais e na concessão de benefícios, ou seja, o trabalho era fragmentado entre as instituições (Bisneto, 2007:19).

Outra forma que evidencia essa separação de funções nos processos de trabalho do serviço social americano, está na literatura do próprio serviço social, que não relacionava a saúde mental com a “questão social” do país na época. A atuação do assistente social norte americano na área psiquiátrica era voltada para a metodologia de “caso, grupo e comunidade”, na corrente teórico-metodológica funcionalista, que visava à solução de problemas, porém o profissional também atuava nas linhas de pesquisa, planejamento e programas sociais. Nos EUA, a literatura tinha um traço moderno em relação ao tema família, diferentemente do Brasil, que aborda esse tema quando voltado para a realização de terapia de família. No entanto, o fato do serviço social brasileiro atuar em terapia de família tem sido alvo de debates contemporâneos nos conselhos profissionais a respeito da especificidade do serviço social (Ibidem,2007:19).

Existem outras linhas de atuação crítica do serviço social americano, porém estas não são trazidas para o Brasil, e as bibliotecas das universidades brasileiras não possuem periódicos que falem sobre o assunto, portanto pouco se tem sobre o serviço social norte-americano, pois no Brasil é escassa sua literatura prática (ibidem: 20).

O processo histórico do serviço social brasileiro teve seu início na assistência aos trabalhadores como uma intervenção de forma a suavizar a questão social nos conflitos entre a classe trabalhadora o capital (Iamamoto & Carvalho, 1998). Assim, o serviço social adentrou no campo da saúde, porém somente em 1946 é que a literatura brasileira registrou o início do trabalho de assistentes sociais na saúde mental. Esta relativa “demora” aconteceu porque nos primeiros 30 anos de atuação de serviço social no Brasil, havia poucos profissionais da área e o foco de atendimento era a população pobre e não os trabalhadores em geral (Bisneto, 2007:21).

Para Vasconcelos (2000:163), as primeiras práticas dos assistentes sociais em saúde mental se deram nos COI (Centro de Orientação Infantil) e COJ (Centro de Orientação Juvenil), no ano de 1946. Tais modelos de práticas baseadas no modelo chamado “psi” (psicologizante) tinham como objetivo o diagnóstico e o tratamento de “crianças-problema” com a implementação da educação higiênica nas

escolas e na família. Este modelo foi uma das primeiras experiências do chamado “serviço social clínico”.

Pouco tempo depois, com a ditadura militar, e as reformas da saúde e da previdência, quando o atendimento psiquiátrico passou para as redes conveniadas ao INPS, aconteceu a expansão da rede privada de hospitais abrindo-se um leque de possibilidades para a contratação de assistentes sociais na saúde mental.

Em 1964, após as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, ocorreu o aumento dos hospícios no Brasil. Durante aquele período, os atendimentos da rede pública passaram para a rede privada que tinha todos os procedimentos realizados em trabalhadores formais reembolsados pelo INPS. Assim várias clínicas psiquiátricas foram abertas, multiplicando o campo para contratações de assistentes sociais na área da saúde mental. Foi em 1970, por exigência do INPS, que o Serviço Social foi inserido na saúde mental, desta forma, iniciou-se uma atuação expressiva quantitativamente de assistentes sociais na área psiquiátrica (Bisneto, 2007:24). Porém essa contratação “expressiva” não foi sinônimo de condições justas de trabalho e nem de uma estrutura organizada para ampliar o campo de atuação profissional. Acerca deste assunto, o autor afirma que:

“a demanda manifesta de Serviço Social não foi por parte dos empregadores, nem dos usuários. Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério (da Saúde), pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando, pela Resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral, por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só pra constar e nenhum trabalho era efetivamente feito” (ibidem,2007).

A questão que fica é: por que o INPS tornou obrigatória a contratação de assistentes sociais para as clínicas psiquiátricas conveniadas? Para responder tal questão seria necessário remeter a um leque de condicionantes e, dentre eles, podemos destacar que a contratação de um profissional de serviço social era necessária não para remediar o problema da loucura, uma vez que esta, para aquele paradigma, já era controlada por psicotrópicos e por profissionais médicos, mas sim para atuar nas linhas de pobreza e abandono, que eram gritantes e

incomodavam a sociedade, principalmente após a integração dos trabalhadores e seus dependentes neste sistema, e para manter a ordem social, que era o lema do governo ditatorial dos anos 60.

Assim, o assistente social entrou na saúde mental e reafirmou a nova tendência da saúde mental que visa a atenção ao contexto familiar e social, a universalização da loucura e sua prevenção primária e comunitária:

“a entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece à mesma lógica que modificou o quadro de atuação do serviço social como um todo no Brasil pós 64: a modernização conservadora dos aparatos de Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação da ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil, visado pela ditadura, foi estendida para a área da saúde)” (Ibidem,2007:26).

Para Iamamoto (1988), a ampliação do mercado de trabalho e o reforço da legitimidade da profissão do assistente social foi a resposta das classes dominantes ao enfrentamento das novas formas de expressão da questão social, que tem como pano de fundo todo um processo de pauperização da população trabalhadora. Deste modo, podemos entender que a entrada dos assistentes sociais no mercado, não seria apenas para garantir de forma intransigente os direitos dos cidadãos e sim uma forma de “mantê-los” no seu “lugar inferiorizado”: nasce pobre, continua pobre.

Naquela época, podemos ver que ocorreu um aumento de operários caindo em crise mental, e isto se expressa pelas péssimas condições de trabalho a que eles eram submetidos no período de crescimento do capitalismo. Desta forma, muitos trabalhadores recorreram aos seus direitos como benefícios e pensões (como auxílio previdenciários), e como haviam muitas clínicas credenciadas ao INPS, muitos utilizavam este recurso de resistência à exploração. De forma

duvidosa, também cresceu o número de internações nestas instituições. Isto fez inchar a despesa da previdência social, e, desta maneira, o assistente social foi solicitado pelo governo da ditadura e veio como uma forma de controlar os trabalhadores, e legitimar o Estado autoritário. A entrada do Serviço Social na saúde mental deu-se como uma forma de racionalizar o sistema saúde–previdência (ibidem, 2007).

Fica evidente que os paradigmas do serviço social da década de 1970, não conseguiram se manter na saúde mental, pois o marxismo que foi absorvido pela Reconceituação se contrapôs, ou seja, não se alinhou com as políticas sociais que eram orientadas por uma direção meramente capitalista, que tem por objetivo a acumulação em detrimento das condições da classe trabalhadora, condições estas que se refletem na saúde destes trabalhadores. O objetivo destas instituições era conflitante com a teoria que tem por meta a transformação de uma realidade social. Seria como já falamos anteriormente, o conflito de manter os trabalhadores em sua condição inferiorizada pela superexploração (teoria capitalista) ou lutar pela transformação desta sociedade, através da igualdade (transformação da realidade, teoria do serviço social) (Ibidem, 2007).

Na década de 1990 ocorreu uma nova demanda por contratações de assistentes sociais e cabe esclarecer aqui, que estes profissionais entraram para área de saúde mental sem que tivesse havido um acúmulo de conhecimentos profissionais nesta área de modo a nortear a ação profissional, pois a entrada mais expressiva de assistentes sociais na saúde mental deu-se tardiamente, nos anos 70. Portanto, atualmente ainda é necessário um maior aprofundamento teórico e maior produção bibliográfica, de modo a orientar os profissionais deste campo.

3.2- O processo de trabalho do serviço social na saúde em geral e na saúde mental brasileira.

Neste ponto discutiremos acerca da inserção do assistente social no campo da saúde, discutindo algum de seus elementos do seu processo de trabalho nos campos da saúde e no sub-campo da saúde mental. Mas para termos uma ampla noção do que resultou nos processos de trabalho que são aplicados pelo serviço

social na saúde mental, é necessário compreendermos todo um processo histórico da saúde em geral.

No campo da saúde, a trajetória do serviço social passou por fases que vão de 1930 até a década de 1990, e é naquele período cronológico que iremos nos aprofundar para entender a inserção do assistente social na saúde e os desdobramentos que ocorreram para que se fizesse necessária a presença desta categoria na saúde pública brasileira.

No período dos anos 1930 a 1945 surgiu a profissão de assistente social no Brasil, porém o campo da saúde não foi o destino destes profissionais apesar de as escolas de Serviço Social terem surgido motivadas pela demanda do setor, inclusive as disciplinas destas escolas eram pautadas na temática saúde (Bravo, 2007:28). Em 1945, o capitalismo monopolista se desenvolveu no Brasil e, com o final da Segunda Guerra Mundial ocorreram mudanças no cenário internacional. Dentro deste contexto, o serviço social se expandiu no Brasil.

Para Bravo (2007), o surgimento do profissional assistente social no campo da saúde veio ao encontro do conceito elaborado pela OMS em 1948 que ressaltava aspectos biopsicossociais do conceito. Aquele conceito surgiu nos organismos internacionais, condicionado pelo agravamento das condições de saúde da população, em sua maioria nos países da periferia. Neste ponto, a autora cita a ênfase dada ao trabalho multidisciplinar, que teria sido uma solução racionalizadora, tendo por finalidade suprir a falta de profissionais através da utilização de pessoal auxiliar, nos mais variados níveis. Esta veio a ser uma forma de introduzir e ampliar a abordagem em saúde e introduzir conteúdos preventivos e educativos. Assim, foram criados programas que tinham por prioridade os segmentos da população que tinham menor acesso aos serviços de saúde, diante da inviabilidade da universalização da atenção médica e social.

De modo resumido, podemos dizer que o processo de trabalho do assistente social na saúde era voltado para a prática educativa tendo a intenção de intervir no modo de vida dos usuários. Esta forma de intervenção era dada através da chamada educação para saúde, através de medidas preventivas com relação aos hábitos de higiene e saúde. Porém, após a consolidação da Política Nacional de Saúde no Brasil, ocorreu uma ampliação dos investimentos em assistência médica, assim o serviço social veio a intervir nos hospitais, colocando-se na posição entre a instituição e o usuário de forma a viabilizar o acesso à assistência aos usuários. Os

instrumentos básicos do processo de trabalho do assistente social na saúde são sistematizados basicamente: nos plantões, nas triagens ou seleções, nos encaminhamentos, na concessão de benefícios e na orientação previdenciária (Ibidem, 2007:29).

Em 1920, surgiram os primeiros Centros de Saúde. Neles eram praticados os serviços básicos que englobavam da higiene pré-natal até serviços laboratoriais e tinham um cunho educacional, que visava à proposta de introjetar na população usuária a educação sanitária através de educadores de higiene. Esta equipe de profissionais da saúde era composta de médicos, enfermeiras e visitadoras sociais. Apesar de o trabalho das visitadoras ser uma tarefa possível para os assistentes sociais, estes só foram absorvidos por este campo em 1975.

Até 1975, a visão do serviço social no campo da saúde era voltada para o ambiente hospitalar. Trata-se de uma visão muito focal, uma vez que neste aspecto, o profissional estava voltado para as condições que estivessem ligadas à cura do paciente. Logo, o serviço social priorizava a cura do usuário. Foi um lastro deixado pela inserção destes profissionais no espaço da assistência médica previdenciária, o maior empregador de assistentes sociais no Brasil. Sabemos que uma ação importante do assistente social na saúde está nas mediações entre o usuário e a instituição para que seja garantido o atendimento universal.

Com o passar dos anos o Brasil atravessou momentos políticos com transformações em várias esferas, e como algumas outras categorias profissionais o serviço social também sofreu alterações, que foram profundas no período pós 64 e estiveram ligadas ao trabalho do assistente social na área da saúde (Ibidem, 2007).

Os anos de 1980 a 1990 foram um momento de grande mobilização política, um tempo em que o país atravessou a crise da implementação do projeto neoliberal no Brasil, projeto este em que o Estado reduziu as políticas sociais, para simplesmente ter apenas recursos para manter a reprodução social a custos mínimos. Foi neste período em que aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que já foi mencionada no segundo capítulo. Ocorreram portanto transformações da área da saúde e a mais importante faz parte da Reforma Sanitária que, resumindo, teve por objetivo garantir o acesso universal à saúde para todos os brasileiros.

Voltando à questão neoliberal, podemos ter uma visão crítica e questionadora acerca da inserção do serviço social na saúde, ou seja, se analisarmos, percebemos que o projeto-ético político do Serviço Social se confronta com o projeto político

econômico vigente, que cada vez mais se exige da responsabilidade de gerir recursos para a manutenção dos direitos sociais. Então fica a pergunta: como atuar neste campo de conflitos ideológicos? Como fazer valer os direitos numa situação tão adversa?

É nesta esfera neoliberal, com o capitalismo monopolista explorador, que começaremos a falar dos processos de trabalho do serviço social na saúde mental. Assim, como no período do final da Segunda Guerra Mundial, onde surgiram soldados com neuroses de guerra (Bisneto, 2007), atualmente muitos trabalhadores também têm adoecido por questões provenientes das muitas expressões da questão social.

O desemprego, o clima ameaçador de demissão, os turnos de trabalho extenso e a perda da autonomia fizeram esmorecer os projetos de vida pessoais e comunitários, fazendo com que as pessoas entrem em quadros de depressão pela sensação de impotência diante dessas situações, pois:

“Se os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora, na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da alienação das relações sociais de trabalho e de vínculos afetivos: além da informalidade no trabalho, há a precarização das relações sociais em todas as formas de institucionalização social. Em termos quem não está desempregado está com medo de ser demitido. E os empregados com contrato de trabalho estável têm que suportar uma grande sobrecarga de trabalho e a sua manipulação econômica por conta de interesses poderosos da ordem globalizadora, monopolista, financista e neoliberal” (Bisneto, 2007:182).

Diante desta demanda, o serviço social foi inserido no campo da saúde mental e previdenciário no Brasil, como uma das respostas às expressões da questão social. Depois de uma análise da história da inserção dos assistentes sociais no campo da saúde mental, agora veremos quais são os instrumentais utilizados por estes profissionais nestas instituições.

Estes instrumentais são basicamente a atuação em grupos, em atendimentos familiares e na atenção individual, porém esta não é uma regra, afinal depende da dinâmica de cada instituição. Um exemplo deles é o CAPS, local onde muitos assistentes sociais atuam em oficinas terapêuticas (como já citado no segundo capítulo).

Para falarmos de grupos, vamos primeiramente entender o que é um grupo, e suas modalidades, tais como grupos de recepção e acolhimento (termos normalmente utilizados para nomear os grupos nas instituições de saúde mental).

Para Oliveira (2002), após uma pesquisa realizada no Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o grupo de recepção é visto como um lugar de passagem. É o momento em que o paciente é recebido na instituição para ser avaliado de forma multidisciplinar, acolhido e ali encaminhando para o tratamento continuado. Também existe o termo grupo de “acolhimento”, que trata de assuntos familiares, porém nem mesmo os próprios profissionais têm clareza se este termo traduziria o mesmo que “grupo de recepção” ou não.

Pelo que pude perceber no período em que estagiei no NSM, os grupos chamados de acolhimento funcionavam de forma a manter os usuários em constante debate sobre temas relacionados à dinâmica familiar. Assim após vários encontros, encaminhamentos eram feitos. Podemos dizer que este mecanismo também funciona de forma a não deixar o usuário distante da instituição, até que a data de sua consulta com o especialista chegue, tendo em vista a demora para que estes atendimentos individuais ocorram.

Vale ressaltar aqui, que estes grupos são formados por equipes multiprofissionais, proporcionando assim a possibilidade de uma medicalização no momento em que o usuário é recebido na instituição, caso se faça necessário. Como explica Oliveira (2002:33),

“os grupos de Recepção realizam um atendimento clínico preliminar a qualquer encaminhamento, no qual o que está em jogo é a avaliação ou a construção da demanda por um tratamento que muitas vezes nos chega de maneira poliquieixosa e/ou inespecífica”.

Neste tipo de grupo o assistente social é inserido como parte da equipe multiprofissional, com um olhar técnico mais abrangente, podendo avaliar questões

que até então poderiam passar despercebidas por outros técnicos que compõem esta equipe. Para tratar destas questões, Oliveira (2002:35) dá um exemplo: para ela, um assistente social poderia estar avaliando aspectos que um psiquiatra poderia deixar passar, como por exemplo, a impossibilidade de uma determinada conduta medicamentosa, sem o acompanhamento de alguém da família ou a rede social do paciente.

Para Bisneto (2007:196), a participação dos assistentes sociais nestes grupos, pode contribuir de forma a analisar as determinações econômicas, políticas e ideológicas, ou seja, os interesses materiais dos grupos. Na visão daquele autor não se pode deixar de lado as particularidades de cada profissão para ter uma idéia de que todos os profissionais são iguais (em seus papéis) em grupos psicoterapêuticos. É preciso respeitar e incentivar a atuação de cada profissional dentro de sua especificidade de atuação, porém que é necessário estas particularidades trabalhem para um bem comum, que é olhar o usuário como um ser pertencente a uma classe e dotado de subjetividade, num trabalho multiprofissional, onde vários saberes trabalham juntos para a resolução de uma questão em comum.

A segunda forma de atuação dos assistentes sociais na saúde mental está ligada ao trabalho com famílias, uma vez que esta também é uma instituição, pois tem objetos, produtos e atores sociais. No interior da família também acontecem conflitos de ordem material, de poder e de idéias que podem interferir no comportamento dos usuários que estão em tratamento nos estabelecimentos de saúde mental. É importante para uma boa reabilitação do usuário, que o ambiente familiar seja propício, de forma que não sofra pressões (ibidem, 2007).

Dentro desta idéia de família, Mito vai mais adiante e afirma que a família não pode ser pensada como um agente auxiliar no tratamento do usuário, mas também precisa ser enxergada como um todo, e não apenas como um membro dela que necessita de atenção, pois quando um membro adoece, toda a família fica adoecida (Mito, 1997:123). Conforme a autora:

“a ilusão da família como participante do processo de ‘tratamento’ e ‘recuperação’ de seu membro-problema de desvanece. Aliás, à medida que a ação profissional se volta para o problema individual, a tendência é exigir das famílias determinadas mudanças. Dado o comprometimento da estrutura familiar, o grupo não tem condições de efetuar as mudanças. Além disso, tais exigências podem

sobrecarregar ainda mais a dinâmica familiar. Nesses casos a intervenção profissional pode se transformar em mais uma fonte de estresse familiar” (ibidem, 1997:125).

Entendendo essa necessidade de um olhar mais amplo, para além do paciente, o serviço social trabalha com essas famílias e com grupos de familiares para discussão de temas relacionados. Estes grupos são chamados de “acolhimento”, pois atuam de forma auxiliar no tratamento do paciente e sua família. Neste momento, o profissional fica atento às situações sociais e articula com a rede quando se faz necessária e possível esta interlocução.

A terceira forma de atuação como processo de trabalho do serviço social na saúde mental é o próprio atendimento individual, tão comum em outras esferas de atuação do profissional assistente social como a assistência social, o âmbito sóciojurídico e outras. Assim como em outras instituições, o serviço social faz a anamnese social dos usuários, porém a crítica que atualmente Bisneto (2007) faz a este instrumento, é que ele tem sido utilizado de forma restrita, apenas para a obtenção de dados como a renda familiar, a escolaridade, o número de cômodos da casa onde este reside etc.

Este momento de análise social, não pode ser pensado separadamente do objetivo pelo qual o usuário procurou a instituição, a subjetividade do usuário não pode ser fragmentada, como se o assistente social somente suprisse as necessidades sociais e a realidade subjetiva ficasse restrita ao profissional “psi”, como se estes fossem dois mundos paralelos (Ibidem, 2007:197).

É importante analisar as relações sociais do usuário com todas as instituições dominantes de que faz parte, tais como o espaço de trabalho, família, comunidade, religião etc. (*op.cit*, 2007). Dentro deste contexto podemos refletir como Bisneto que:

“em saúde mental, o assistente social às vezes usa técnicas de acompanhamento de casos clínicos ou terapêuticos, anamneses, consultas, diagnósticos, sem se dar conta da diferença para com a medicina. Utiliza técnicas de interpretação, reflexão, aconselhamento, continência, escuta dinâmicas de grupo ou grupos operativos, sem atentar para a distinção em relação à psicologia” (Ibidem, 2007:139).

Refletindo neste trecho de Bisneto (2007), retomo a forma como o assistente social atua na saúde mental na realidade específica em que estagiei e recorro ao meu espanto quando iniciei o estágio no NSM e presenciei atendimentos muito “psicologizantes” do serviço social. Vejo que muitas vezes o assistente social não se dava conta de onde começava e onde terminava sua atuação, até porque esse “limite” de intervenção é muito tênue. Quando se está com um usuário dentro de uma sala e este traz consigo inúmeras questões, não só as econômicas, se esta pessoa começa a refletir sobre sua vida, sua família, o que um assistente social deve fazer? Pedir que esta pessoa interrompa sua fala pois esta não seria uma consulta terapêutica? Seria certo dizer que o assistente social “dá uma consulta”? Esta última pergunta ficou em meu pensamento especialmente quando em determinado momento uma usuária do NSM solicitou retorno ao atendimento do serviço social, sendo que esta já havia sido encaminhada à psicologia.

Analisando a revista *Em Foco* (2004:13) vemos que os assistentes sociais atuam diariamente com as mais variadas expressões da questão social, ou seja, sobre como os indivíduos a experimentam na família, no trabalho, na saúde, na assistência social e nos demais espaços sócio-institucionais que configuram o campo das políticas sociais públicas e privadas. Se isto é parte de sua realidade, não pode ser ignorado, pois:

“O trabalho do assistente social, mesmo em equipes interprofissionais e na área da saúde mental, difere da intervenção do psicólogo, do psiquiatra, do psicanalista e das diversas especializações clínicas e terapêuticas. Por que atuam em outra instância da divisão social e técnica do trabalho, por que se voltam para o tratamento das ‘tramas da psique humana’, a terapia familiar e outras modalidades de especialização clínica de caráter interdisciplinar não podem ser compreendidas como mais um instrumental para a intervenção do assistente social. Tais especializações requerem competências que extrapolam a formação ofertada pelos cursos de graduação em Serviço Social “ (Ibidem,2004:16).

Até aqui pudemos ter uma visão de que trabalhar em equipe não necessariamente significa diluir as fronteiras profissionais, mas sim transformá-las

em unidade diante da diversidade de profissões ofertadas na instituição, sendo uma unidade interprofissional cuja riqueza se nutre da afirmação da diferencialidade das várias profissões que a compõem.

3.3 - O serviço social no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub – RJ.

A seguir, apresentarei o produto do trabalho de campo, durante o qual utilizei a técnica de observação participante ao longo dos cerca de dezoito meses em que permaneci no Núcleo na condição de estagiária de serviço social. Inicialmente minha intenção foi realizar também entrevistas com as assistentes sociais, mas isto se tornou inviável em função de mudanças na gestão institucional enquanto construía esta monografia.

Para falar do período em que fui estagiária do NSM, é importante também falar do processo que vivenciei na busca de qual era o significado do serviço social na saúde mental. Para isso dividi este momento em três partes: o primeiro momento foi de dúvida, quando não eu não conseguia enxergar o assistente social atuando naquele campo, sem percebê-lo como indistinto da psicologia. O segundo momento, considero o mais importante, pois nele fui invadida por um sentimento de curiosidade e partir deste decidi abordar esta angústia ao longo do meu trabalho final da graduação (TCC). Hoje vivo um terceiro momento, quando estou analisando e escrevendo sobre o processo de trabalho das assistentes sociais e o serviço social na saúde mental e este como um todo. Este tema se tornou minha paixão, pois durante minha graduação pouco aprendi sobre saúde mental, e desde que comecei este estágio sempre que tive oportunidade, apresentei trabalhos sobre o tema nas disciplinas que cursei.

Quando apresentava estes trabalhos percebia que meus colegas acadêmicos também compartilhavam da mesma curiosidade que eu, ou seja: o que faz um assistente social que atua na saúde mental? Foi através deste trabalho que busquei responder a esta questão e assim, quem sabe, despertar o interesse de outros colegas por abordar mais profundamente este tema.

O tempo em que fiz parte da equipe do serviço social como estagiária, tive a oportunidade de participar das reuniões de equipe, porém o que considero como a

maior limitação do período, foi o fato de não ter tido conhecimento teórico e até mesmo prático para começar a atender. Sei que como acadêmica meu espaço de atuação era restrito, estava ali na condição de aprendiz, mas dentro deste limite, aprendi a importância de ser uma profissional dedicada, e engajada na Reforma Psiquiátrica.

Sobre as características gerais da equipe do Serviço Social do NSM, observei que ela era formada por quatro assistentes sociais, cujas idades variaram entre 35 e 45 anos. Todas as assistentes sociais da equipe foram alunas de graduação da Universidade Federal Fluminense e, embora elas tenham um considerável tempo de graduação, já foram formadas no período após o Movimento de Reconceituação da profissão.

Com relação a experiências de trabalho anteriores, todas elas tiveram pelo menos uma, sendo que apenas uma delas no âmbito da política de saúde. As demais o fizeram em outras políticas setoriais, como segurança pública e educação. Como um todo, a equipe tem em média 14 anos de exercício profissional como assistente social. Especificamente no âmbito do NSM, a média de tempo em que trabalham na instituição foi de 8 anos, todavia apenas uma permanece desde a fundação do NSM há 16 anos, as demais atuavam em outras instituições do município de Macaé (RJ) e foram transferidas voluntariamente para o Núcleo por demonstrarem interesse no campo da saúde mental. A esse respeito, pude constatar que uma das profissionais sintetiza o motivo da permanência no Núcleo, afirmando que “saúde mental, a gente tem que gostar” (SIC), certamente referindo-se ao fato de que para responder aos desafios daquele espaço, o profissional precisa ter todo seu interesse deslocado para ele, embora de fato a maior parte delas viva a experiência do multiemprego, algumas vezes em outros municípios.

Das quatro assistentes sociais, atuantes no NSM, três fizeram cursos de pós-graduação *latu sensu* em terapia de família em universidades privadas. Analisando este aspecto, Bisneto (2007) destaca a necessidade de melhorias na formação do assistente social no campo da saúde mental, pois esta se configura como uma dos problemas da metodologia do serviço social nesta área. Todas as assistentes sociais encontram no município condições para participar de cursos complementares com diferentes temáticas como dependência química, técnicos (como o de Teatro do

Oprimido³³) e outros. Também participam, sem maiores dificuldades, de congressos e eventos técnicos de atualização profissional.

3.3.1. O processo de trabalho do assistente social no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub – Macaé (RJ).

“A análise institucional incorporada ao Serviço Social não é contra as instituições em si, e sim a favor de transformá-las processualmente para atender a um projeto político democrático e popular” (Ibidem, 2007:40).

Dentre as atividades exercidas por estas profissionais estão: o atendimento individual, chamado de “Porta de Entrada” e os grupos de acolhimento infantil. Neste capítulo iremos nos aprofundar na concepção destas duas formas de intervenção que as assistentes sociais do NSM utilizam em seus processos de trabalho.

As principais atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais do NSM são os atendimentos individuais e o trabalho realizado com as famílias dos usuários nos grupos de acolhimento infantil, onde são discutidos temas relacionados à dinâmica familiar. Tais espaços profissionais nos parecem coerentes com a necessidade apontada por Vasconcelos (2007) dos assistentes sociais e usuários, enquanto sujeitos envolvidos no processo, criarem condições de pensar e definir, juntos, alternativas e formas de encaminhamento das demandas presentes.

Os atendimentos individuais são feitos somente por um profissional do serviço social por vez, porém nos atendimentos grupais, a equipe geralmente é composta por um assistente social e um outro profissional da instituição (na maioria das vezes observa-se que são fonoaudiólogos ou psicólogos). Como existem vários grupos, em determinado momento aconteciam até três grupos de acolhimento diferentes na instituição, e estas reuniões ocorrem às terças feiras às 15 horas e às quartas feiras em dois turnos (às 10 horas e às 15 horas e 30 minutos).

O atendimento individual é o primeiro contato que o usuário tem com os profissionais da instituição, quando alguém procura por atendimento (demanda

³³ Teatro do Oprimido é um método teatral que reúne exercícios, jogos e técnicas teatrais elaboradas pelo teatrólogo brasileiro Augusto Boal. Seus principais objetivos são a democratização dos meios de produção teatrais, o acesso das camadas sociais menos favorecidas e a transformação da realidade através do *diálogo* (wikipédia,2009).

espontânea) ou é encaminhado por outro dispositivo da rede municipal passa por esse contato com o serviço social. O assistente social naquele momento preenche uma ficha de anamnese³⁴ com os principais dados do usuário com seu perfil sócio-econômico e histórico familiar, assim como com sua situação de moradia e, no final do preenchimento desta chamada “ficha de identificação”, o profissional dá um parecer para que o próximo profissional da instituição a ter contato com este usuário, fique ciente de suas condições, de forma a agilizar o atendimento e facilitar possíveis encaminhamentos.

Analisando as técnicas de trabalho do serviço social na saúde mental, especificamente a entrevista, Bisneto argumenta:

“Para que o uso das técnicas fique esclarecido é necessário clarificar quais são os fins do serviço social em Saúde Mental e qual seu objetivo institucional... isso não fica evidente para os assistentes sociais, assim se corre o risco de usar as técnicas ‘por usar’. Muitos assistentes sociais se queixam de que precisam entender mais de técnicas, por exemplo, de entrevista, quando na verdade o uso dessa ferramenta se mostra frágil, não por falta de aprimoramento, mas porque é difícil ligar a entrevista com os fins da profissão nos estabelecimentos psiquiátricos. A entrevista é terapêutica? A prática do Serviço Social visa à cura? À reabilitação psicossocial? À integração do paciente à instituição? À cidadania? Com que objetivo se faz a entrevista?” (2007:138).

Porém, para que o espaço da porta de entrada da instituição utilizada pelo usuário permaneça sob responsabilidade do serviço social, se faz necessário que elabore um projeto de forma a organizar essas ações pautadas teoricamente.

É através destes atendimentos que as assistentes sociais viabilizam o processo de concessão para benefícios sociais como o Passe Social da prefeitura, o BPC (Benefício de Prestação Continuada) e fornecem orientações quanto a outros direitos que o usuário por ventura venha a ter e desconheça os meios para materializá-los.

³⁴ **Anamnese** (do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória) é uma entrevista realizada por um profissional da área da saúde com um paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. Em outras palavras, é uma entrevista que busca lembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente (Wikipédia,2009).

Porém em alguns casos, o usuário não chega a ter contato com outros profissionais da instituição, pois no momento em que ele é atendido na Porta de Entrada, quando é percebido pelo profissional que a demanda trazida não corresponde às atribuições do NSM, este usuário é encaminhado para outros dispositivos da rede. Este trabalho é importante para evitar um desgaste desnecessário do usuário, evitando que ele passe por todo um processo de atendimento que, ao final, não irá atender a sua necessidade. Não podemos deixar de ressaltar que o serviço social não diagnostica nenhuma doença, mas quando existe alguma dúvida quanto à disponibilidade de atendimento (vagas) face à demanda apresentada, o profissional procura dividir seus questionamentos com os demais profissionais e isto é recíproco.

Não seria um erro dizer que o serviço social também atua descobrindo a real necessidade por detrás das demandas apresentadas pela população usuária. Isto não acontece por acaso, mas sim por que este profissional possui capacitação técnica e um olhar apurado para perceber sutilezas das necessidades dos usuários. Deste modo:

“O serviço social em Saúde Mental faz entrevistas com os usuários e mantém ao longo do atendimento um processo de escuta da pessoa. Isto, juntamente com outros procedimentos (até visitas domiciliares), serve para reunir dados que possibilitam uma maior conhecimento do paciente, uma vez que obtêm-se informações relevantes, como a sua realidade pessoal e social, um histórico de vida, que permitem ao estabelecimento o controle do processo de prestação de serviço, no que tange ao comportamento previsto ou imprevisto do paciente. Essas informações são também usadas na admissão e na alta do paciente bem como no seu processo de adaptação institucional e social ” (ibidem,2007:129).

Em relação ao planejamento dos grupos de acolhimento, este acontece durante as reuniões da equipe multiprofissional da instituição que ocorre uma vez por semana, conforme citado no segundo capítulo deste trabalho. Porém, é importante ressaltar que não existe uma regularidade nas reuniões da equipe do serviço social. Elas ocorrem exclusivamente, quando se faz “necessário” para a discussão de algum tema importante “a gente se encontra esporadicamente quando

quer pensar alguma atividade ou algum projeto, mas não existe uma regularidade” (SIC).

O NSM hoje funciona em uma instalação onde antes funcionava um centro de internação temporária de doentes mentais e alcoolistas, a chamada “Transitória” (SIC), devido a este histórico, o espaço é composto de uma casa grande, porém com várias “mini salas”, onde anteriormente funcionavam os quartos com pequenas suítes (banheiros). Ao todo são 20 pequenas salas e um salão social onde são realizadas as reuniões com toda a equipe multiprofissional. Tais salas são distribuídas em um longo corredor onde se tem a nítida impressão de se estar no corredor de uma pousada. Além desta casa, existe ainda um anexo em frente ao primeiro prédio onde funciona a parte administrativa da instituição e este conta com uma recepção, três pequenas salas em anexo ao primeiro prédio onde funciona e um banheiro para uso exclusivo dos funcionários.

As condições materiais de trabalho são as mais básicas, porém recentemente ocorreu uma reforma na instituição que podemos caracterizar como uma obra mais estética do que estrutural, pois os problemas anteriores a esta obra continuam. Podemos observar que nas salas as portas estão quebradas e o piso, que é de revestimento amadeirado (taco), solta frequentemente, ameaçando a saúde dos pacientes em especial das crianças atendidas. Neste ponto, recordo que em determinado atendimento em que participei da observação de uma usuária e seu filho, não pude ater-me ao assunto e sim me dispus a vigiar a criança que estava com os tacos soltos nas mãos. Uma das salas mais equipadas é a de um profissional da psicologia que, por conta, própria mobiliou esta sala com móveis e decoração bem aconchegante, além de um condicionador de ar. As demais salas possuem ventilador de teto, um armário de compensado, uma mesa, uma cadeira acolchoada e duas cadeiras de plástico brancas. Estas salas possuem uma janela grande de esquadria de alumínio. Vale ressaltar que no salão principal existe um aparelho condicionador de ar.

Atualmente, o NSM conta apenas com um computador sem acesso à internet. Este computador é utilizado por todo o corpo administrativo e profissional, quando se faz necessária a elaboração de laudos e pareceres. Existe apenas uma linha telefônica e o aparelho telefônico utilizado é sempre fruto de doação de algum profissional que se sente incomodado pelas condições precárias dos aparelhos da instituição, ou seja: alguém doa o aparelho já usado, este vai ficando velho, vem

outro profissional e doa outro, e assim cria-se um círculo vicioso de substituição de recursos públicos por doações privadas no interior da instituição pública, porém quando questionados sobre esta situação a resposta é sempre a mesma “nem adianta pedir na prefeitura, eles dizem que não tem verba” (SIC).

Os prontuários dos pacientes ficam dispostos em um grande arquivo de metal, e são constantemente manuseados pelas recepcionistas quando o paciente é atendido na instituição, o que nos faz pensar sobre o quão sigilosas permanecem as informações íntimas acerca dos usuários, porém existe um “código informal de ética” entre as recepcionistas, o qual elas seguem rigorosamente. Este inclui prescrições como a de não abrir os envelopes, mesmo estes sendo muito vulneráveis.

Atualmente, o corpo administrativo do NSM conta com dez funcionários que se revezam em três turnos manhã, tarde e noite (até as 21h). Destes dez profissionais administrativos, um deles trabalha como segurança da instituição, uma outra atua na limpeza e as outras oito são recepcionistas. O NSM não possui veículo próprio, quando os profissionais necessitam de transporte para realizarem procedimentos como as visitas domiciliares, têm que solicitar ao CAPS com antecedência.

A carga horária dos profissionais do NSM é de 20 horas semanais, inclusive a das assistentes sociais, porém este horário pode ser dividido da forma como melhor convier à instituição e ao profissional. No caso do serviço social esta carga horária fica distribuída de forma a ter sempre algum profissional do serviço social disponível para atendimento na instituição, porém ocasionalmente ocorrem modificações nos horários dos atendimentos. Dentro do horário estabelecido para o trabalho das assistentes sociais, podemos observar que existe uma certa autonomia de atuação, ou seja, as profissionais têm liberdade para decidirem os horários dos grupos e dos atendimentos, assim como para elaborarem projetos. Se formos calcular, a grosso modo, o aproveitamento do tempo de trabalho dos assistentes sociais poderíamos dizer que cerca de 60% do tempo delas é dedicado aos atendimentos individuais e 40% à condução de grupos.

Em muitas vezes observei as assistentes sociais ao telefone entrando em contato com a rede, tentando agilizar o processo de encaminhamento dado a um usuário. Existe ainda o momento destinado às “consultorias informais” dadas aos demais profissionais, que às vezes abordam o assistente social nos corredores (ou até mesmo quando no momento de “tomar o café”), para tirar dúvidas sobre como e

pra quem encaminhar determinado caso, e muitas vezes solicitar uma parceria no atendimento. A nosso ver, este é um indicador da importância do saber profissional do assistente social naquele espaço, mas tal importância não necessariamente se converte em melhores meios de trabalho.

Atualmente, não existe nenhum projeto de intervenção nem de pesquisa do serviço social na instituição, porém em vários momentos o desejo de criar um projeto esteve na fala das profissionais, mas isto não se concretizou. Também os dados coletados através do formulário de atendimento (vide anexo 1), ainda não são sistematizados para fins de projetos de intervenção do serviço social. Embora os profissionais reconheçam sua importância, apenas no plano interventivo (continuidade dos atendimentos) e não como dados para estudos e pesquisas sobre a população usuária, como vemos no trecho abaixo, da entrevista:

“Não, não existe realmente [projeto do serviço social], não que eu ache desnecessário, hoje não existe esta motivação, mas eu acho importante. Esses dados (ficha de identificação) ficam no prontuário do paciente, quem tem acesso são os outros profissionais que atendem, a gente tem um formulário próprio do serviço social, que inclusive foi revisto recentemente, alterando algumas questões. É um instrumento muito importante, na continuidade do atendimento pois o paciente é recebido pelo serviço social e já é feita uma anamnese, uma coleta de dados importante”. (SIC)

A relação entre as quatro profissionais que compõem a equipe do Serviço Social do NSM é bem amistosa e colaborativa e este clima de colaboração se estende às demais equipes da instituição, mas isso não anula questões conflituosas entre os profissionais, embora possamos afirmar que o clima amistoso da equipe, facilita a solução destas questões.

3.3.2 – Possibilidades e dificuldades presentes no processo de trabalho.

Fazendo um panorama geral do processo de trabalho do serviço social do NSM, podemos ver que tanto o atendimento individual como o trabalho realizado com grupos, possuem uma dinâmica muito importante para a instituição, e não podem ser vistos separadamente. Quando o usuário é atendido na porta de entrada ele também tem a opção de ingressar nesses grupos, porém vale ressaltar que existem outros grupos na instituição nos quais não existe participação direta do serviço social, tais como os grupos terapêuticos realizados pelos psicólogos.

O elemento atraente neste aspecto do processo de trabalho, é poder enxergar o usuário como um sujeito que é produto do ambiente onde vive, e esta análise inicialmente ocorre quando a ficha de anamnese é preenchida. Nesta ficha existem itens que investigam mais a subjetividade do usuário, ou seja, conhecendo mais sobre a vida econômica e sócio-afetiva do usuário seria possível compreender mais sobre ele, e talvez até mesmo, entender o que o trouxe até a instituição, mas não ignorando o discurso do mesmo.

Através destes dados, se por ventura fossem sistematizados pela equipe e transformados em projetos em projetos de pesquisa - poderiam ser pensados, como uma forma de intervir na realidade do usuário e não somente circunscrever nele um problema que também é fruto das muitas expressões da “questão social” brasileira.

Deste modo, penso que o NSM é um campo fértil para pesquisas e criação de projetos de intervenção, porém como observei durante o estágio, as demandas de atendimento para o serviço social são grandes, e para que projetos sejam pensados e implementados, seria necessário dispor de um tempo da carga horária destas profissionais exclusivamente voltado para a elaboração de projetos, porém infelizmente a demanda de atendimentos é grande. A falta de tempo para isto se traduz em uma das maiores dificuldades para a evolução do trabalho das assistentes sociais do NSM, segundo o discurso das profissionais.

No entanto, existe uma contradição neste discurso, uma vez que elas (as assistentes sociais do NSM) possuem certa autonomia e flexibilidade em seus horários, poderiam assim organizar-se de modo a pensar em conjunto um projeto para o serviço social do NSM. Talvez esta contradição ocorra por não haver uma

unidade no entendimento deste assunto, pois nem todas elas vêm a construção de um projeto de intervenção do serviço social como algo importante, mas sim como algo secundário: “não acho necessário um projeto só do serviço social, aqui somos todos militantes da saúde mental, o serviço social não é separado disto” (SIC), porém outras assistentes sociais demonstraram preocupação pela ausência de um projeto próprio da categoria na instituição: “acho importante, senão nossa atuação fica muito pontual, precisamos sim sentar, reunidas para pensar um projeto” (SIC).

O NSM está inserido no Programa Municipal de Saúde Mental de Macaé (RJ) e pude observar que existe um investimento na formação dos profissionais por parte da prefeitura que investe em cursos de capacitação, fóruns e isto também pode ser observado quando um profissional necessita se ausentar para fazer algum curso - dentro ou fora da cidade- e não encontra dificuldade para conseguir dispensa das demais atividades.

Analisando o processo de trabalho das assistentes sociais do NSM, tenho outras considerações a fazer. Admito ser o trabalho do assistente social na saúde mental muito importante, pois não podemos dissociar a subjetividade do usuário do seu processo saúde-doença e não apenas por questões econômico-assistenciais. Logo, assim como o médico psiquiatra atua na medicação através dos psicotrópicos e terapias, o assistente social intervém na realidade social deste sujeito, como *parte do* tratamento de saúde deste usuário. Para Vasconcelos (1997) o grupo tem a seguinte dinâmica:

“O usuário participa na definição da direção e do encaminhamento do processo tendo respeitadas as demandas que traz para o serviço, ainda que as repense e/ou reencaminhe, mude ou amplie o entendimento que tenha sobre elas a partir da ação profissional. No processo de desmontar, recriar, recuperar, desmistificar, negar, analisar e desvendar seu cotidiano, o usuário vai articulando um outro esquema referencial sob novas bases a partir de interpretações, avaliações, interrelações, analogias, conexões, com socialização de informações entre usuários/usuários e usuários/profissionais” (1997:148).

Partindo desta análise, podemos dizer que não somente o contato do usuário com o profissional colabora para esse desdobramento das questões subjetivas, mas também a relação de troca com outros usuários presentes no grupo.

Diante dos instrumentais utilizados pelo serviço social, e tendo em vista que são muito ricos os dados obtidos sobre a população usuária, seria interessante, portanto, dar continuidade ao trabalho já realizado, aproveitando os dados coletados nos atendimentos individuais para a elaboração de projetos ou até mesmo para requisitar junto à prefeitura municipal, novos recursos/parcerias que atendam às necessidades subjacentes às demandas identificadas neste esforço de sistematização da prática.

Outra ação possível, caso ocorra o interesse por parte da equipe multiprofissional da instituição, seria a realização de reuniões semestrais ou trimestrais organizadas pelo serviço social, de modo a apresentar aos demais profissionais um panorama dos atendimentos ocorridos na instituição, facilitando assim a descoberta e a constante atualização do perfil do usuário atendido na instituição. Estes dados e a reunião mais constante dos profissionais, serviria para a elaboração de projetos multiprofissionais no NSM. No geral, não visualizei necessidade de mudanças na forma de atendimento, mas sim de um melhor aproveitamento das ferramentas que a instituição já possui.

Durante o tempo de estágio, participei de grupos de acolhimento infantil onde em uma sala era formado um círculo composto em sua maioria por mães, avós e em poucos momentos por pais. No centro do grupo ficavam as crianças fazendo alguma atividade, brincando ou pintando. Em muitas vezes, pude perceber na fala dos responsáveis pelas crianças, o prazer de participar daquelas reuniões, como se ali eles encontrassem as respostas para seus questionamentos em relação à criação dos filhos. Naqueles momentos entrei em profunda crise: seria o assistente social um ditador de normas acerca de como criar um filho? Não aprendi na universidade a ensinar pais a criarem seus filhos.

Com o passar do tempo e de longas conversas com minha supervisora de campo, pude compreender que, naquele momento de discussão, muitas vezes sobre família, sociedade e saúde, as assistentes sociais utilizavam-se da ferramenta dialética para auxiliar os responsáveis a entenderem a sua realidade desvelando papéis socialmente construídos. Isto ocorria, portanto, na direção do que é escrito por Bisneto: a atuação do assistente social, frente ao sofrimento mental, não se

resume a restituir uma “falta de cidadania” ou a suprir direitos previdenciários: os problemas nessa área são muito mais complexos que isso (2007: 195).

No NSM, percebemos que o trabalho das assistentes sociais em grupos muito se parece com as primeiras práticas do serviço social no COI (Centro de Orientação Infantil) na década de 40. Aquela instituição atuava numa prática voltada para a educação, porém na época dos COI e dos COJ (Centro de Orientação Juvenil) essa educação era voltada para uma prática higiênica e, no caso do Núcleo, pude observar que esta tendência “educativa” continua, no entanto focada numa prática como a educação familiar, pois em muitos casos presenciei as assistentes sociais intervindo nos grupos de forma a orientar os responsáveis (mães, pais ou avós que estavam presentes) acerca de como impor limites e guiar a educação de seus filhos, um olhar voltado para a subjetividade de cada usuário, a especificidade de cada caso. Atualmente o que demanda uma maior reflexão, são as formas como estes grupos são orientados, a fim de que se tenha um referencial teórico mais sólido no serviço social acerca desta forma de intervenção. Porém, este trabalho tem raízes na história do serviço social, pois:

“A presença contínua do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil e em especial no Rio de Janeiro se inicia sob inspiração direta do modelo das ‘Child Guidance Clinics’ proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico e tratamento de ‘crianças-problema’ e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, através principalmente dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ) (...) já nos primeiros anos do século, o Serviço Social brasileiro iniciou sua inserção no campo da saúde mental através dos COJ e dos COI, diretamente influenciados pelo modelo proposto pelos higienistas naquele contexto, tendo por base a experiência (...) norte-americanas” (Vasconcelos, 2002:163).

O serviço social do NSM tem sua atuação voltada para as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, respeitando os sujeitos em sua particularidade, atuando em consonância com a política da Reforma Psiquiátrica, auxiliando o usuário a que procure a instituição caso tenha a necessidade, a se reinserir em comunidade, nas famílias e no ambiente social de trabalho.

Nos casos em que se fazem necessárias as reinserções no trabalho, não me refiro à inserção de um usuário desempregado ao mercado de trabalho, mas sim aos casos de usuários afastados do trabalho por motivos de saúde, e em especial problemas causados por questões de ordem mental ou psicológica. Neste sentido, recordo de um usuário, do sexo masculino, de aproximadamente 50 anos, que procurou o NSM por indicação de colegas de trabalho, devido ao seu comportamento isolado e agressivo que estava causando-lhe mal estar no ambiente de trabalho e tal fato culminaria em sua demissão, sendo isto uma questão de tempo (SIC). Tal usuário foi encaminhado ao atendimento psicológico e psiquiátrico, e logo após ter passado por tais profissionais, foi constatado um quadro depressivo.

Vejo neste atendimento, do qual pude participar, que o olhar do assistente social foi muito refinado para entender as condições que se apresentavam diante da queixa apresentada, afinal o entendimento sobre as questões sócio-afetivas, econômicas e das condições de trabalho, foram importantes para o entendimento da demanda apresentada, não deixando que esta se perdesse.

Como sabemos, a saúde mental atravessa o mundo do trabalho na maioria dos casos, pois não se pode dissociar o homem de sua condição de trabalho. O trabalho é uma atividade tão específica do homem que funciona como fonte de construção, prazer e bens materiais, mas também pode significar escravidão, exploração, sofrimento e doença (Silva, 2000:218).

Sabemos que para atender efetivamente a todos os objetivos da Reforma Psiquiátrica, seria necessária uma maior articulação dos setores de políticas públicas tanto na esfera federal quanto na municipal com a rede de saúde mental, a fim de garantir que todos os objetivos previstos na PNSM (Política Nacional de Saúde Mental) fossem garantidos aos usuários tanto do NSM como das demais instituições de saúde mental brasileira.

3.3.3 – O Núcleo como um espaço multiprofissional com práticas interdisciplinares.

Nas várias reuniões de equipe que pude participar no NSM, em vários momentos, a palavra “interdisciplinaridade” apareceu nas falas de vários profissionais, e esta equipe se reconhece como “interdisciplinar” em sua prática. No entanto entende-se por interdisciplinaridade a relação de disciplinas a partir da relação hierárquica de uma disciplina integradora e coordenadora de disciplinas que recombina seus elementos internos (Almeida & Melo, 2001:228).

Antes que este tema se torne confuso, é preciso entender também outros dois diferentes conceitos que serão abordados neste capítulo, que são: multidisciplinaridade e multiprofissionalidade. A multiprofissionalidade configura-se quando há mais de um profissional envolvido nas ações, e na multidisciplinaridade as disciplinas que abordam o objeto não se relacionam (Ibidem, 2001).

O tema interdisciplinaridade é um tanto quanto polêmico, para (Teixeira & Nunes, 2007) ele é complexo “devido aos limites e grandes desafios que hoje talvez, estejam mais acentuados, por se ter a hegemonia neoliberal impondo-se à operacionalização de uma ação (interdisciplinar), que se caracteriza pela troca e reconhecimento de um saber coletivo”.

Analisando o processo de trabalho multiprofissional da instituição, em atividades como as de serviço social em saúde mental, em que se inserem fatores biológicos, psicológicos e sociais, entende-se que já não se acredita que apenas um ramo do conhecimento dê conta da problemática, somos interrogados quanto à relação entre as profissões e a questão da multidisciplinaridade (Bisneto, 2007: 50).

Diante da minha observação durante o período de estágio, pude observar a dinâmica multidisciplinar do NSM, porém como disse uma das assistentes sociais esta é “uma instituição com práticas interdisciplinares” (SIC), pois para que seja considerada totalmente interdisciplinar seria necessário que esta equipe se integrasse nas várias esferas de atendimento, ou seja, neste caso a porta de entrada não seria exclusiva do serviço social, mas sim aberta aos demais profissionais.

Conjugando a prática profissional do NSM com a fala de Vasconcelos podemos entender que esta instituição possui práticas interdisciplinares, pois para

ser interdisciplinar é necessário que se faça a identificação de uma problemática comum, no caso do NSM, identifico como a política de Reforma Psiquiátrica no trato com o usuário portador de sofrimento mental. Na visão deste autor:

“Muitas das práticas que venho conhecendo em serviços de saúde mental brasileiros, que se inspiram na proposta de desinstitucionalização feita pela psiquiatria Democrática Italiana, possuem várias dessas características básicas de interdisciplinaridade” (Ibidem: 2002:47).

Os grupos de acolhimento podem ser considerados uma forma de prática interdisciplinar, pois no momento em que ocorrem, vários profissionais de diversas categorias da saúde se encontram para trabalhar num objetivo comum, neste caso, a reinserção social do usuário (o grupo como forma de desconstrução de paradigmas através do diálogo) ou o acolhimento para a instituição. Os integrantes de equipes interdisciplinares em Saúde Mental podem contribuir com seu ramo de conhecimento não apenas para alcançarem objetivos isoladamente da equipe, mas também para construir a própria equipe (Bisneto, 2007:199).

Um momento em que fica nítido o entrosamento da equipe do NSM, e o que acredito ser um momento de grande aprendizagem para os profissionais da instituição, é a reunião semanal grupal, chamada reunião de equipe. Naquele momento, questões referentes ao atendimento de um usuário, ou até mesmo situações complexas e difíceis de resolver, são explicitadas, para que vários profissionais de diversas áreas possam discuti-lo, trazendo para o mesmo “caso” diversos olhares de várias categorias profissionais diferente. Neste momento, vejo uma prática interdisciplinar. Os problemas em Saúde Mental são complexos e exigem a articulação de vários saberes (Ibidem, 2007:200).

Podemos observar que para que a atuação do assistente social assim como dos demais componentes da equipe do NSM seja proveitosa, se faz necessário agir como um “pêndulo”, indo e vindo no campo de conhecimento da outra disciplina, porém sem perder o foco pertinente à sua atuação, ou seja, no caso do NSM, que o serviço social continue dessa forma integrada, mas que a visão adquirida das demais profissões enriqueça e atualize o debate no interior da equipe de assistentes sociais para que isso frutifique e se traduza em projetos de intervenção e pesquisa,

não deixando que a visibilidade da equipe fique como “auxiliar” das demais, como Almeida & Melo discorrem:

“a interdisciplinaridade, mesmo para alguns de seus adeptos, não pode prescindir de uma boa dose de *disciplinaridade*, ou seja, é necessário que o profissional envolvido em trabalhos interdisciplinares funcione como um pêndulo, que ele seja capaz de ir e vir: encontrar no trabalho com outros agentes, elementos para a (re)discussão do seu lugar e encontrar nas discussões atualizadas pertinentes ao seu âmbito interventivo, os conteúdos possíveis de uma atuação interdisciplinar” (2000:235).

Concluindo esta analogia proposta pelas autoras, podemos visualizar o lado positivo desta troca de saberes, pois da oscilação do pêndulo, o profissional volta fertilizado; como a margem de um rio, periodicamente inundada, torna-se boa para novos plantios, significando aquele exercício de uma abertura ao debate plural e com o diferente (Ibidem, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, depois de analisarmos todo o processo histórico da saúde em si, da saúde mental e da intervenção do serviço social nesta área, podemos ver que o trabalho das assistentes sociais do Núcleo de Saúde Mental, em alguns pontos se parece com o trabalho realizado por seus antecessores históricos, porém este trabalho sofreu modificações benéficas com o movimento da Reforma Psiquiátrica. Vislumbro esta Reforma um como ponto positivo e também como um nicho potencial de trabalho para as assistentes sociais dentro da saúde mental, pois tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária estão em consonância com o projeto ético-político profissional que tem entre seus princípios fundamentais a construção de uma nova ordem societária e a defesa intransigente dos direitos humanos (Código de Ética Profissional de 1993).

Diante desta ação transformadora, a Reforma Psiquiátrica “casou” com o ideal do Código de Ética Profissional e assim com o surgimento de novos modelos de atenção ao usuário portador de transtornos mentais. Assim, o assistente social teve seu campo de atuação ampliado, podendo desta maneira trabalhar diretamente na defesa dos direitos sociais dos “oprimidos mentais”, que antes ficavam confinados em manicômios.

Porém esta intervenção não ocorre de forma messiânica como acontecia nos seus primórdios (Iamamoto, 2007), mas sim como um projeto profissional pautado teoricamente e por um contrato social firmado com a população usuária. Após esta inserção profissional do serviço social, o assistente social é chamado a potencializar as reservas de sanidades latentes nos portadores de sofrimento mental (Bisneto, 2007:204).

Acredito que o desafio atual do serviço social na saúde mental seja, garantir não somente os direitos dos usuário da instituição, mas também ter um olhar voltado também para “fora” da instituição, ou seja, para aqueles que estão em seus lares, ou até mesmo vagando pelas ruas e não conseguem o direito de ser internado devido a diminuição progressiva de leitos imposta pela reforma psiquiátrica, e as famílias que adoecem socialmente e psiquicamente junto com eles (Mito,1997).

A instituição NSM, diferentemente do CAPS e de suas modalidades, tem um olhar para além do usuário, abrange toda a família e a comunidade que necessite de cuidados em saúde mental ou reabilitação. Com esse alcance social, tem-se um campo fértil para pesquisas, projetos, pois precisamos teorizar mais em saúde mental, atentando para as novas demandas impostas pelas novas configurações da sociedade capitalista, fazendo a ligação entre saúde mental e sociedade contemporânea (Bisneto, 2007). Apoiando-me neste autor, reafirmo minha opinião a respeito da necessidade de pesquisas e de projetos voltados a uma constante atualização tanto dos profissionais do NSM, quanto para o conhecimento contínuo da demanda atendida, fazendo destas “ferramentas” para requisitar junto às autoridades governantes mais recursos tanto para melhoria no atendimento ao usuário, quanto para fundamentar e garantir a manutenção dos direitos dos mesmos.

Não posso deixar de mencionar a importância da troca que ocorre entre os profissionais do NSM, seja através das reuniões semanais, seja pelos grupos de estudo realizados, mas a “militância” que é latente nos profissionais pela Reforma Psiquiátrica não pode dissolver a especificidade de cada profissão, não digo isto de forma segregadora, mas sim para que como o “pêndulo” citado por Almeida e Mello (2000), os saberes possam ir e vir, trazendo em cada volta mais conhecimento para cada área profissional atuante na instituição.

Acreditamos ser através da especificidade da profissão somada à junção de diferentes conhecimentos da equipe multiprofissional, aliada a criação de projetos ou pesquisas, que o serviço social se manterá permanentemente apto para uma melhor atuação na identificação do conjunto de necessidades impostas pelas múltiplas expressões da questão social e pelas lutas de classes no cenário contemporâneo, quer no capital quer no trabalho (Bisneto, 2007).

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, G.E.S. & MELO, A.I.S.C. *Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional*. In. Capacitação em Serviço Social e Política Social: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. (Modulo4). CFESS-ABEPSS-CEAD/NED-UNB, Brasília, 2000.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. *Locos pela vida*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

BARBOSA, R.N.C., CARDOSO, F.G. & ALMEIDA, N.L.T. *A categoria "processo de trabalho" e o trabalho do assistente social*. In Serviço Social e Sociedade. N.58. ANO XIX. Cortez Editora, 1998.

Biblioteca Virtual dos Direitos Humanos – Universidade de São Paulo - USP
http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/texto/texto_1.html . acessado em 20/04/2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. [et al]. *Saúde e Serviço Social*. 3.ed. – São Paulo: Cortez ; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da Saúde Pública no Brasil. Coleção História em Movimento*. 4.ed. Editora Ática, 2006.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da Prática*. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

COUTO, Berenice Rojas, *O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal*. In. Capacitação em Serviço Social e Política Social: Reprodução social, trabalho e Serviço Social (Modulo 02). CFESS – ABEPSS -CEAD/NED-UNB, 1999.

CONSTANTINE, Elizabeth Piemonte; Caruso, Ilda A. (orgs), *Educação e Saúde: realidades e utopias*. Ed.Arte & Ciência. Disponível na página eletrônica-
<http://books.google.com/books> - acessado em 01/05/2009.

DATASUS – site acessado em 20/04/2009
http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls

GRANEMANN, Sara. *Processos de trabalho e Serviço Social*. In. Capacitação em Serviço Social e Política Social: Reprodução social, trabalho e Serviço Social (Modulo 2). CFESS-ABEPSS-CEAD/NED-UNB, Brasília, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 13. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

_____ & CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil; esboço de uma interpretação histórico metodológica*. 22. ed. São Paulo, Cortez, 2008

LIMA, Maria Cristina P & BOTEGA, Neury José, *Hospital dia – para quem e para que?* - SCIELO – Biblioteca Virtual - acessado em 05/2009 - <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf>

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. 2005.

_____, Portal da Saúde – acessado em 14/06/2009. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf

_____, Portal da Saúde – acessado em 05/2009. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1

_____, Portal da Saúde - Lei nº.8.080/90 –. *Sistema Único de Saúde* <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

_____, Portal da Saúde do Estado do Rio de Janeiro – Lei nº. 8.142/90 – *Dispõe sobre os Conselhos de Saúde*. Acessado em 05/2009. <http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei%20n%C2%BA%208142.pdf>

MIOTO, R.C.T. *“Família e Serviço Social – Contribuições para o debate”*. In Serviço Social e Sociedade, nº.: 55. São Paulo: Cortez, 1997.

OLIVEIRA, Raquel Correa de. *A Recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. Cadernos IPUB (UFRJ)*, Rio de Janeiro, v. VI nº. 17, p. 30-46, 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde – representação Brasil <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=25&area=Conceito> acessado em 25/04/2009.

RESENDE, Heitor. *“Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica”*. In Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes. 2000.

SANTOS, W.G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro. Ed. Campus – 1979.

SIMÕES, Carlos. *Curso de Direito do Serviço Social*. 2. ed. rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2008. – (Biblioteca Básica do Serviço Social; v.3).

SPOSATI, A. & LOBO, E. *Social Control over Health Policies*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/dez., 1992.

VASCONCELOS, E. M. *Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. *Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho profissional*. 2.ed. São Paulo: Cortez ,2007.

_____, *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo. Cortez Editora, 2006.

_____. *Serviço Social e Práticas democráticas*. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf - acessado em 21/06/2009.

_____, *Serviço Social e prática reflexiva*. Em pauta – n.10. Rio de Janeiro: FSS / UERJ, 1997.

WIKIPEDIA – Biblioteca Virtual – www.wikipedia.org – acessado em 03/2009.

PERIÓDICOS:

Revista RADIS – ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ – Disponível <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html> portal acessado em 05/2009.

SEGATTO, Cristiane (at.al) – “Dói internar um filho. Às vezes não há outro jeito”.
Revista Época. ed.n. 576 – 01/06/09.

