

MIAR

crossref

Diadorim



Faculdade Santo Agostinho

revista fsa

www2.fsanet.com.br/revista

Revista FSA, Teresina, v. 11, n. 1, art. 20, p. 365-388, jan./mar. 2014

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2014.11.1.20>



WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

latindex

Sumários.org

e-revist@s

O CAMPO DA SAÚDE E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

FIELD OF HEALTH AND SOCIAL INCLUSION OF MENTAL HEALTH ASSISTANT BRAZILIAN

Catiane Maria Medeiros dos Santos

Mestranda em Políticas Públicas/Universidade Federal do Piauí

E-mail: catiane.mari@hotmail.com

Teresina, Piauí, Brasil

Simone de Jesus Guimarães*

Doutora em Serviço Social/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Professora da Universidade Federal do Piauí

Bolsista de Pós-doutorado Sênior do CNPq

E-mail: simone.guimaraes@uol.com.br

Teresina, Piauí, Brasil

*Endereço: Simone de Jesus Guimarães

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Serviço Social. Campus Ininga, Ininga, CEP: 64049-450 - Teresina, PI - Brasil.

Editora-chefe: Dra. Marlene Araújo de Carvalho/Faculdade Santo Agostinho

Artigo recebido em 15/11/2013. Última versão recebida em 06/12/2013. Aprovado em 07/12/2013.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

RESUMO

O objetivo do artigo é apresentar o percurso histórico em que a atual Política de Saúde brasileira foi desenhada, contando para tanto de um levantamento bibliográfico realizado com autores que abordam o tema do Serviço Social e da Saúde Mental, além da relação do Serviço Social com a respectiva área; entre os autores abordados destacamos Iamamoto (2002), Faleiros (2000), Vasconcelos (2010) e Bravo (2006). O trabalho levará em consideração as principais mudanças ocorridas na realidade brasileira a partir da década de 1930 até o período de grande mobilização social que se deu na década de 1980, que teve como resultado a promulgação da Constituição de 1988, considerada uma das maiores conquistas da sociedade brasileira. O artigo ressaltará a importância deste documento para a efetivação da Política da Saúde do país. Em seguida, far-se-á uma breve explanação da inserção do assistente social na área da psiquiatria brasileira e sua participação nas primeiras instituições voltadas para o atendimento ao doente mental. Posteriormente descreveremos sobre a área de Saúde Mental, identificando os principais espaços de trabalho que contam com o trabalho deste profissional, o qual é orientado tanto pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como também pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, potencializando a ação profissional e o seu reconhecimento no campo da saúde brasileira.

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

ABSTRACT

The aim of this paper is to present the historical background in which the current Brazilian Health Policy was drawn, telling both a literature survey conducted with authors who address the topic of Social Services and Mental Health and the relation of social work with respective area, among the authors discussed include Iamamoto (2002), Faleiros (2000), Vasconcelos (2010) and Bravo (2006). The work will take into account the major changes in the Brazilian reality from the 1930s to the period of great social mobilization that occurred in the 1980s, which resulted in the promulgation of the 1988 Constitution, considered one of the greatest achievements of Brazilian society, the article will highlight the importance of this document for effective health policy of the country. Then far will a brief explanation of the insertion of the social worker in the area of Brazilian psychiatry and its participation in the first institutions dedicated to serving the mentally ill. Later we will describe on the Mental Health area, identifying key areas of work that rely on the work of this professional, which is driven by both the principles and guidelines of the National Health System as well as the principles of psychiatric reform, enhancing professional action and recognition in the field of health in Brazil.

Keywords: Health. Mental Health. Social Service.

1 INTRODUÇÃO

O artigo denominado “O campo da saúde e a inserção do assistente social na Saúde Mental brasileira”, tem como objetivo apresentar, em dois momentos, o processo histórico em que a sociedade brasileira têm se desenvolvido e as principais mudanças ocorridas no campo social e especificamente no campo da saúde a partir da década de 1930. Ele se constitui a partir de um levantamento bibliográfico, realizado com autores que tratam sobre a área da Saúde Mental e do Serviço Social, entre eles Iamamoto (2002) e Vasconcelos (2010), além de outros nomes que subsidiarão a análise e discussão da temática.

Para tanto serão identificadas as primeiras medidas adotadas para o cuidado da saúde da população desde os anos de 1930, assim como também no período pós redemocratização da sociedade brasileira, em que foram levantadas reivindicações pelos diferentes movimentos sociais e de trabalhadores como o Movimento de Reforma Sanitária e Movimento de Reforma Psiquiátrica, além do período pós Constituição de 1988. E assim, identificar as influências dessas mudanças para a consolidação do campo da saúde brasileira e o conseqüente reconhecimento de direitos a todos os brasileiros.

O artigo ainda pretende mostrar como se deu a inserção do assistente social no contexto da Saúde Mental iniciado no período da Ditadura Militar de 1964, a partir da expansão do campo de trabalho para o assistente social na Política de Saúde Mental, e posteriormente com as conquistas da Reforma Psiquiátrica. Identificaremos ainda a importância desse trabalho no atendimento ao portador de transtorno mental nos espaços que são orientados pela Política de Saúde Mental, além do reconhecimento que a profissão ganhou no âmbito da sociedade, e da área de Saúde, quando orienta seu trabalho para a efetivação da cidadania dos seus usuários.

Nesse sentido, o levantamento bibliográfico realizado neste artigo não tem a pretensão de responder a todos os aspectos relacionados à inserção do assistente social na área da Saúde Mental, visto que seria necessário um trabalho mais detalhado. Ele se desenvolve como um resgate histórico sobre os temas abordados para se constituir em uma bibliografia atualizada e complementar a já existente. Tem antes de qualquer interesse a intenção de fomentar a discussão da área da Saúde e a inserção do assistente social na área da Saúde Mental.

Neste sentido o trabalho foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica de autores que trabalham com as categorias relacionadas à área da Saúde Mental e do Serviço Social. A leitura do levantamento bibliográfico foi realizada a partir de uma perspectiva analítica crítica para a interpretação das informações e de uma abordagem qualitativa.

Considerando a subjetividade tanto do pesquisador em interpretar as informações coletadas na pesquisa bibliográfica, o processo histórico em que a própria área de Saúde, Saúde Mental e o Serviço Social estão inseridos a interpretação dos dados foi possível a partir da adoção do método dialético. Posto que com o método seja possível compreender o tema e o objeto de estudo em seus processos, movimentos, contradições e dinâmicas singulares, particulares e gerais; além de potencializar explicações às diferentes dimensões que formam a sociedade em seu movimento mais completo.

Com base nesta metodologia é que o artigo intitulado “O campo da saúde e a inserção do assistente social na Saúde Mental brasileira”, inscreve-se como mais um instrumento de pesquisa e de elaboração de conhecimento junto a Revista Santo Agostinho.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Se hoje a política de Saúde não contempla todas as demandas da sociedade, pela diminuição nos investimentos nas últimas décadas, o consequente sucateamento das instituições públicas e a precarização das condições de trabalho nesses estabelecimentos, ela ainda é um dos exemplos de que a mobilização e organização da sociedade podem reverter qualquer quadro desfavorável e que esteja impossibilitando o pleno desenvolvimento dos sujeitos sociais. E mesmo com todos esses desafios a Política de Saúde, que faz parte do tripé da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, representa um passo gigantesco na conquista de direitos se comparada ao tipo de assistência prestada à população até este período. Essas conquistas de direitos estão “dialeticamente vinculadas às mudanças e às conquistas democráticas e cidadãs” forjadas no contexto da sociedade das últimas décadas (AIVES, 2008, p. 87).

É importante ressaltar, porém, que o acesso a serviços de saúde, antes do reconhecimento de direitos a toda a população brasileira pós-redemocratização e pós Constituição, já tinha sido viabilizado a alguns segmentos de trabalhadores, o que representou também reivindicações e luta por esse serviço, e representando um processo que começou desde os anos de 1920. Neste sentido, as conquistas relacionadas diretamente à mobilização dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho em toda a década de 1920 e a consequente criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923, (conhecidas também como Lei Eloi Chaves) representou a primeira forma de acesso a serviços de saúde assegurados a classe trabalhadora.

Na década seguinte, onde o Brasil já vivenciava um processo de desenvolvimento industrial. Assim como vivenciava um período de expansão populacional nas cidades. Além de está em um contexto de repressão pelo governo de Getúlio Vargas. Foi neste contexto dos anos de 1930 é que foram criados pelo governo vigente os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (espelhando-se no modelo das caixas de aposentadorias e pensões). Essa medida representou uma alternativa preventiva de mobilização dos trabalhadores, associada ao interesse do Estado por assegurar a reprodução da força do trabalho, via benefícios sociais, e conseqüentemente o ambiente favorável para o crescimento da produção capitalista no contexto de industrialização que o Brasil se inseria.

Em meio ao mesmo contexto dos anos de 1930, de desenvolvimento tanto industrial como populacional, o Estado passa a focalizar as ações, via benefícios sociais, com vistas a implantação da política da saúde. Esse direcionamento para ações em saúde, voltado às condições sociais da população, se dá pelo agravamento da questão social que está diretamente relacionada segundo Bravo (2006, p.4) a “aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” nas principais capitais do país. A autora afirma que:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006, p.4).

Como principal ação desenvolvida pelo subsetor de saúde pública, na década de 1930 até a década de 1940 no governo de Getúlio Vargas, estava o combate a endemias por meio de ações sanitaristas. Outra ação incorporada pelo mesmo subsetor foi a “reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública” (Ibid, 2006, p. 4). Essas ações podem ser compreendidas como investimentos por parte do Estado para a reabilitação e manutenção da saúde, principalmente, do trabalhador em um contexto de crescimento industrial e do novo processo de acumulação que se desenvolvia no Brasil desde o período de 1930 (BRAVO, 2006).

Como já mencionado acima, os Institutos de Assistência Pensões (IAPs) foram criados nos anos de 1930, estendendo seus benefícios às diferentes categorias de trabalhadores urbanos. Eles fizeram parte de uma estratégia adotada pelo governo de Getúlio Vargas para evitar possíveis manifestações no meio industrial. Considerando que apenas os trabalhadores

do campo industrial eram beneficiados pelos IAPs, em outro momento ouve uma extensão para outras categorias profissionais. Com este aumento no número de trabalhadores beneficiários, os benefícios disponibilizados passaram a serem dotados de um caráter contencionista. Neste sentido os institutos passaram a reorientar os benefícios às áreas da previdência e de assistência, com definição de limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica” (BRAVO, 2006, p. 5). E essa lógica de focalização e contenção orçamentária foi estendida até a década de 1945.

Mesmo tendo sido desenhada nos anos 1930 a Política Nacional de Saúde teve sua efetivação entre os anos de 1945 a 1950, com a criação do “Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) [...] durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller” (BRAVO, 2006, p. 5). De acordo com a mesma autora, outra iniciativa se deu com a criação do Plano Salte, em 1948, que previa investimentos para os anos de 1949 a 1953, contemplando outras áreas, mas tendo a saúde seu principal foco. Plano que acabou não sendo implementado. E a saúde da população, com alguns ganhos nas condições de saúde pelos investimentos na área sanitária, ainda representava um grande problema para o Brasil devido ao aumento das doenças infecciosas e parasitárias e no número de mortes causadas por esses agravantes até a década de 1964.

Considerando que, os atendimentos médicos previdenciários eram realizados pelos próprios IAPs. E que a pressão por investimentos estatais para a construção de hospitais privados, por parte dos médicos, ainda não representava um aumento expressivo de investimentos para o atendimento nesses centros privados. A pressão por investimentos, e a consequente expansão do complexo médico veio ganhar espaço no período posterior ao de 1964, apontando para uma lógica privatista dos atendimentos em saúde previdenciária, os quais respondiam por uma grande parte dos gastos públicos do período, passando a beneficiar atores ligados às áreas médicas e farmacêuticas.

Mendonça e Fontes (1996, p. 5) consideram que o golpe de 64, significou “a ruptura política com o populismo e o aprofundamento das tendências econômicas preexistentes, forneceu a moldura para algumas transformações expressivas na sociedade e nos rumos do capitalismo brasileiro”. Posto que, o período foi marcado pela crescente participação do Estado na economia e pela própria ampliação das atribuições do Executivo em detrimento a qualquer poder de representação política. Foi neste contexto que a área da Saúde, viabilizada até o período, sofre algumas alterações. Principalmente no tipo de serviço demandado, principalmente na área privada. Nesse sentido uma estratégia adotada para maior controle estatal foi à unificação dos IAPs em detrimento a

criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1966, que, além de centralizar na burocracia estatal os recursos e a administração dos serviços, os unificou, permitindo uma maior racionalidade e equidade na distribuição dos mesmos (SANTOS, 2012, p. 156)

Essa unificação se deu atendendo a duas características fundamentais: “o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 2006, p. 5). O que pode ser identificado como uma estratégia de controle político pelo governo, ou como identifica Faleiros (2000), carrega uma carga histórica e ideológica que ao aparecer como uma das ‘medidas de política social’,

faz com que pareça boa a população. Assim, quando o governo fala de prioridades sociais, de prioridades humanas, aparece como defensor das camadas pobres, ao mesmo tempo em que oculta e escamoteia a vinculação dessas medidas à estrutura econômica e à de capital (FALEIROS, 2000, p. 63).

Ainda no contexto da seguridade social, a previdência e a assistência se colocavam como duas categorias que distinguiam seus demandados a partir da condição do trabalho. Nesse sentido “aqueles vinculados ao mercado de trabalho, em tese, teriam acesso ao direito previdenciário de cobertura de riscos sociais, enquanto a grande parcela marcada pelo não exercício do trabalho, devia ter sérias razões que justificassem, para se garantir o acesso ao direito de prestações assistenciais” (ALVES, 2008, p. 95).

Enquanto o Estado precisava servir como mecanismo de acumulação do capital, em um contexto de expansão econômica e um período ditatorial, ao mesmo tempo precisava se legitimar e manter a sociedade sob seu controle. E com o agravamento da questão social o Estado passou a focar suas ações, no período de 1964 a 1974, na política de assistência (que não eram mais do que ações assistencialistas, burocratizadas e focalizadas), utilizando para tanto o binômio assistência- repressão (CERQUEIRA FILHO, 1982).

Por outro lado a Política de Saúde na Ditadura Militar focou no privilegiamento do produtor privado, e isso ocorreu justamente pelo novo momento econômico em que a realidade brasileira estava inserida. Assim, o “setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior” (BRAVO, 2006, p. 6). E nesse período a “medicalização da vida social foi imposta” (Ibid, p. 6), seja na Saúde Pública com o declínio de investimentos pelo governo, quanto na Previdência Social com o crescimento da medicina previdenciária após a reestruturação do setor em 1966.

Oliveira e Teixeira (1986) apontam que a expansão dos beneficiários da Previdência Social e a interferência pelo Estado na área da saúde, iniciada nos anos de 1964, correspondem a um novo modelo de privilegiamento do produtor privado. Suas características são delineadas por um padrão de organização da prática médica voltada para a lucratividade no contexto da saúde brasileira, pela prevalência da prática médica curativa, individual e assistencialista, além da criação do complexo médico-industrial que possibilitou o acúmulo do capital pelas grandes incorporações internacionais na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

Vicente de Paula Faleiros (2000, p. 68) chama a atenção para o fato do processo de privatização entre Estado - empresa privada, ou complexo sócio-empresarial, está se transformando em um complexo sócio-empresarial-financeiro, pela crescente articulação entre atribuições públicas e ações realizadas a partir de fundos privados.

Esse processo se manifesta pela privatização ou pelo apoio dado pelo Estado à rentabilidade dos empreendimentos privados de saúde, educação, habitação. O Estado realiza suas políticas por uma série de intermediações, numa simbiose entre o público e o privado, com a associação direta às multinacionais, seja pela compra e controle da tecnologia empregada seja pelo controle direto da propriedade das empresas sociais (FALEIROS, 2000, p. 68).

Com o privilegiamento do setor privado, que são assentados os investimentos da área de saúde, e no tipo de atendimento prestado a população pela área de Saúde Pública brasileira, é considerável compreender a ineficiência do Estado em abraçar a causa da privatização. Ineficiência no que corresponde à condição de acesso aos serviços privados, que põem em cheque a própria condição de saúde da maior parte da população que não tinha acesso a tais serviços. O que se explica pela não inclusão de todos os brasileiros no mercado de trabalho, impossibilitando o acesso a serviços de saúde por meio da previdência social e mais ainda, pela focalização das ações sociais aos mais carentes no campo de saúde. Ou seja, a privatização veio reforçar a estratificação das classes sociais em um ambiente favorável para o desenvolvimento do capital, em detrimento ao agravamento das condições sociais.

Nessa mesma perspectiva de precarização e focalização nas ações em saúde pública, também engloba o atendimento hospitalar de urgência, tanto que Sônia Draibe (1990) argumenta que

são bem conhecidas às restritas e más condições em que [...] a saúde vem sendo realizada. No modelo do tipo “hospitalocêntrico”, que privilegiou a assistência médica de natureza ambulatorial e hospitalar, apoiado prioritariamente por recursos da Previdência Social (Inamps) e fortemente assentado na compra de serviços junto ao setor privado (responsável por 70% dos atos médicos do sistema) – em tal

sistema, como dizíamos, além de todas as conhecidas distorções, vale a pena sublinhar que as ações de saúde pública, de tipo preventivo – atendidas tão somente com 15% dos recursos públicos aplicados na área, contra 85% dirigido a medicina curativa - foram recorrentemente incapazes de garantir melhorias constantes nos indicadores sociais mais importantes, tais como os da mortalidade, mobilidade, esperança de vida (DRAIBE,1990, p. 20).

Tal modelo de saúde se estendeu ao longo do período militar e não conseguiu amenizar os reflexos negativos da não assistência no campo da saúde. Ao contrário, as medidas assistencialistas por parte do Estado não foram capazes de amenizar o agravamento da questão social. As contradições ligadas ao quadro de saúde da população, seja pelo desemprego, precarização dos serviços públicos, falta de programas de habitação entre outras contradições, levaram a um período de intensas mobilizações, reivindicações e pressões por parte da sociedade. E devido ao levante de tais mobilizações o período compreendido entre 1974 a 1979 foi dedicado especial atenção a Política Social pelo governo nacional. Esse foi uma forma encontrada para o combate tanto das expressões da questão social, como em busca de controle das mobilizações que se levantavam em todos os campos da sociedade.

É neste ambiente de lutas e conquistas pela sociedade, recuo e implementação de medidas de intervenção social, por um determinado governo, é que as políticas sociais devem ser vistas na sua contraditoriedade. Justamente pelo fato de realizam não só uma “valorização do capital, mas [porque também] interferem diretamente na valorização e na validação da força de trabalho, como mercadoria especial, produtora de mais valia e como sujeitos de direitos no pacto de cidadania democrática” (FALEIROS, 2000, p 70). Direitos esses que foram cobrados com a retomada das reivindicações por condições dignas de trabalho, saúde e de vida na década de 1970 e 1980, resultando no reconhecimento de tais direitos, entre eles os sociais, a toda a sociedade.

No que corresponde às mobilizações no campo da saúde o Movimento de Reforma Sanitária foi o movimento que se lançou na década de 1970 como o principal reivindicador de melhorias na área, ao propor uma ampla reforma na Política de Saúde. Os médicos sanitaristas, principais personagens do movimento, contaram com apoio de diferentes atores da sociedade, entre eles:

profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p. 8-9).

Discutida coletivamente a proposta de reforma da política da saúde tinha como objetivos a descentralização dos serviços e a universalização do seu acesso a toda massa da população. No que corresponde à descentralização, ela exigia “a municipalização dos serviços de atenção à saúde, [com vistas ao] controle democrático da provisão de serviços na área da saúde, ao mesmo tempo em que se aumentava sua eficiência gerencial” (MELO, 1993, p. 130).

Outro aspecto discutido no processo de reforma da política de saúde foi o relacionamento entre a iniciativa privada e as agências governamentais na área de saúde, com vistas ao fortalecimento da rede pública e a formulação de critérios para os repasses de recursos aos atendimentos prestados pela área privada. O que representou uma forma de controle dos investimentos repassados ao setor privado, inexistentes desde a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária (INAMPS) em 1974. O qual, na época, possibilitou “a expansão notável do complexo médico-hospitalar viabilizada por meio de subsídios públicos, mediante mecanismo como o Fundo de Assistência ao Desenvolvimento Social” (MELO, p. 1993, p. 131). Na discussão sobre a política de saúde se tratava ainda, sobre o fortalecimento do Ministério da Saúde e sua participação nas ações de medicina curativa e preventiva, até o período, desvinculadas no contexto saúde.

No que corresponde a outro objetivo nas discussões da política de saúde, que se refere a universalização no acesso a saúde, ela “foi alcançada por intermédio da medida administrativas que aboliram a figura do “indigente” e a exigência de carteira para atendimento” (MELO, 1993, p. 132). Diferentemente da proposta de descentralização, marcada por interesses no controle dos recursos da previdência que vinculava o INAMPS ao Ministério da Saúde e os repasses da área da saúde devendo ser direcionados diretamente aos municípios, a universalização do acesso a saúde não gerou tanta resistência para sua implementação. O que não significa dizer que ela aconteceu pacificamente, já que foram necessárias mobilizações por parte dos sanitaristas e apoio de entidades ligadas a prestação de serviços aos excluídos da previdência, com vista a conquista de acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros.

Tanto o direcionamento de recursos públicos à rede privada de saúde como a universalização do acesso aos serviços de saúde, colocados em pauta pelo Movimento Sanitário, essa discussão até os dias de hoje e ainda se constitui em um problema para a sociedade. (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 116) confirma parte desta informação quando considera que há consenso “sobre as consequências de elevada proporção de gastos privados no gasto total com a saúde. [Tanto que,] cada anúncio de reafirmação do predomínio dos

gastos privados em relação aos públicos é acompanhado por espanto e preocupação”. O que também ocorre com a universalização do acesso a saúde que mesmo tendo sido conquistado a descentralização dos serviços no contexto nacional,

as mobilidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente no país. [Considerando que] a maioria dos municípios é muito pequena e não tem demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território. Na maior parte das vezes, os municípios possuem apenas estabelecimentos de atenção básica (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 462-3).

Voltando a falar sobre as conquistas relacionadas a área da saúde, a 8ª Conferência de Saúde, realizada em março de 1986 no Brasil, contou com mais de quatro mil participantes de todas as categorias da sociedade e representou um marco para a efetivação da Política de Saúde brasileira. Este evento foi promovido pelo Ministério da Saúde, e entre suas propostas incluíam a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, além da discussão do financiamento da área. A partir da realização desta conferência é que foi possível o desenho da política de Saúde que conhecemos hoje. Essa realização foi importante porque possibilitou a discussão da saúde por toda a sociedade, considerando que “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial [ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública], referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2006, p. 9).

A proposta de descentralização, que tinha sido apresentada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve início em julho de 1987 com a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que passou a desenvolver o papel de intermediador dos recursos financeiros da área da saúde, transferidos aos Estados e municípios. Os requisitos indispensáveis para os repasses dos recursos de saúde eram o desenvolvimento de planos municipais de saúde e a existência de conselhos municipais e estaduais de saúde nessas localidades (MELO, 1993).

Entre os motivos que dificultaram a implementação do SUDS e a consequente descentralização dos recursos da saúde, podemos citar o fato de ter atingido os interesses empresariais do complexo médico-hospitalar devido à “nova ênfase nas redes públicas e filantrópicas, tendo como base ações preventivas, [o que] implicava menos recursos para a rede contratada” (MELO, 1993, p. 133) e paga com recursos do próprio SUDS, a partir de um maior controle nos repasses financeiros. Outro obstáculo para a consolidação do SUDS “se devia a desarticulação dos arranjos clientelistas consolidados na estrutura da máquina federal de saúde que a descentralização acarretava” (Idem, p. 133). Foi em meio a esse jogo de

interesses que a política de saúde foi sendo discutida e ao mesmo tempo desenhada, contando entre outros atores, com a participação da sociedade para a sua consolidação.

Bravo (2006) destaca a organização da Assembleia Nacional Constituinte, como outro fato marcante para o desenho da Política de Saúde brasileira. Na Constituinte o setor de saúde foi representado por líderes de entidades como ABRASCO, CEBES e do Movimento de Reforma Sanitária. O êxito nas propostas apresentadas na ocasião da Constituinte se deveu a três fatores. O primeiro que se deve a própria pressão para a realização da Constituinte; também pelo evento ter contado com a participação e apoio da sociedade; e ainda, por ter sido apresentado o projeto referente à área da saúde, para o texto constitucional, de forma bem elaborado.

Os três fatores foram essenciais para a elaboração da política de Saúde, pelo fato da maioria das propostas apresentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária ter sido aprovado durante o processo Constituinte. Neste sentido, a área da Saúde foi contemplada na Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, na Ordem Social, no seu Capítulo II, que trata da Seguridade Social (BRASIL, 2012). E “o conteúdo ideológico deste capítulo demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 437). Direitos esses que perpassam as ações e serviços nas áreas de saúde, previdência social e assistência social. E neste contexto de “articulação e integração das políticas sociais, foram estabelecidos os fundamentos que, pela primeira vez em nossa história, orientam a inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e obrigação do Estado” (Idem, p. 438).

A Política de Saúde foi instituída na Carta Magna de 1988, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em substituição ao antigo SUDS. E posteriormente definida na Lei 8.080, de 1990. Este documento normativo, responde por um conjunto de ações e serviços públicos e gratuitos a todos os cidadãos que devem ser prestados nos níveis municipais, estaduais e federais, seja a partir da administração direta ou indireta e por fundações que receberem recursos do Poder Público. Estabelece ainda a prestação de serviços em saúde a partir de instituições privadas, “mediante o estabelecimento de contrato e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 438), no que corresponde às condições de funcionamento, controle e fiscalização das instituições que recebem financiamento público.

O Sistema Único de Saúde, a partir da Lei Orgânica da Saúde, ainda estabelece princípios e diretrizes que reforçam os direitos de todos os cidadãos, entre eles estão a:

Universalidade no acesso e *igualdade na assistência*; que garante a igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A *integralidade na assistência*; acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde. *Participação da comunidade*; participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implementação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo. [Além da] *descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde*; acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos a sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde, e atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 443).

Considerando a abrangência dos serviços e ações assegurados no SUS, o Estado é responsável por responder a determinações legais que ultrapassam a assistência a saúde. Neste sentido, também é competência do poder público executar ações na área de vigilância sanitária, epidemiologia, saúde do trabalhador; “a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente” (Idem, p. 441). E para que a Saúde responda como política de Estado, de acordo com Noronha; Lima; Machado (2008) é necessário que as ações e projetos do SUS estejam integrados nos três níveis de governo (o que não inviabiliza a descentralização), atrelando ainda a articulação com as diferentes políticas sociais e política econômica, que também precisa estar voltadas para o problema da saúde, já que fazem parte do mesmo contexto de organização da sociedade.

Sobre o processo de descentralização em saúde, sabemos que no nosso país ele é do tipo político administrativo. Ele “envolve não apenas a transferência de gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros [...] para estados e principalmente para os municípios” (Idem, p. 453). E a partir deste entendimento, podemos considerar que o processo de descentralização pode possibilitar uma atuação mais importante dos governos locais no que se refere à atenção em saúde da população local. Além de representar a possibilidade de democratização do acesso e a incorporação de novos atores no contexto da saúde, o que pode levar a universalização e integração desses mesmos atores na construção de um projeto de saúde nacional (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Possível se for considerada toda a complexidade e especificidades que envolvem cada região do país, no processo de descentralização desenhado para a área da Saúde (Idem, 2008).

Com todos os ganhos no campo social a partir da promulgação da Constituição e com os avanços no campo normativo da Saúde dos anos de 1990. Essa mesma década também foi um período de grandes transformações no campo econômico. Com o advento do modelo neoliberal, uma nova ordem econômica se desenvolve no contexto brasileiro impondo ao Estado uma nova forma de relacionamento com as questões tanto econômicas como sociais. Esse modelo, denominado de neoliberalismo, que prioriza o mercado em detrimento aos direitos e investimentos na área social, fez retroceder muitas conquistas alcançadas na década anterior.

Seguindo os preceitos da ideologia neoliberal, Bravo (2006) comenta que foi articulado na realidade brasileira a Reforma do Estado ou considerada também como uma Contra Reforma. A mesma autora considera que esta foi uma estratégia adotada, a partir do Plano Diretor e regida pelo modelo gerencial, como forma de viabilizar a transferência das ações do Estado, a eficiência da máquina pública e a uma redução nos custos ligados à área social. Ao se apropriar de tais características “o Estado [...] deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (BRAVO, 2006, p. 13).

No que corresponde à área da saúde ela passa a ser vinculado ao mercado, o que acaba impondo à sociedade brasileira a compra dos seus serviços, que são oferecidos na rede privada. Outra saída reforçada com a diminuição dos investimentos na área social, é a busca de atendimento junto às instituições da sociedade civil, já que elas estão ligadas a prestação de serviços gratuitos, viabilizados por trabalhos voluntários nessas instituições. Além da diminuição nos investimento no campo da saúde Bravo (2006, p. 14), também considera que “a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural [e] precarização do trabalho”. O que leva à precarização do trabalho também aos profissionais de saúde pelo agravamento das condições em que se dá esse trabalho, além da má prestação dos próprios serviços ofertados aos usuários. Um exemplo a ser considerado tem sido a elevada carga horária de trabalho desses profissionais e o número de instituições que precisam trabalhar devido à má remuneração, um reflexo claro da ordem econômica dominante.

O projeto de saúde articulado ao mercado desconsidera as conquistas alcançadas pelo Movimento de Reforma Sanitária dos anos de 1980, no que corresponde ao atendimento integral e não fragmentado, universal e não setorizado, com vistas à prevenção, promoção e recuperação da saúde como descrito na Constituição Federal de 1988. O incentivo ao desenvolvimento do neoliberalismo é legitimado pelo Estado e sua tarefa “nesse projeto,

consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2006, p. 15), retirando do centro da atenção às conquistas por democracia e por direitos que já foram tão reprimidos entre as décadas de 1930 a 1980, e que se vê novamente em retrocesso.

Na década posterior à adoção do modelo neoliberal, o Brasil nos anos 2000 vivenciou um momento de mudança radical na arena política. Foi eleito como presidente da República um político da esquerda, que fez parte da história do sindicalismo brasileiro. Como representante eleito pela maioria da população brasileira, foi inserido em um campo de batalha tanto para a manutenção e o desenvolvimento econômico do país, quanto tinha que prestar conta das propostas de campanha a nação brasileira. Neste sentido Anderson (2011, p. 24) considera que “seu primeiro mandato, dominado pelo legado econômico de seu predecessor, reverteu praticamente toda a esperança sobre a qual o Partido dos Trabalhadores havia sido fundado”. Em busca de restaurar a confiança de investidores e assim dar continuidade a política econômica brasileira,

Lula nomeou uma equipe econômica indiscutivelmente ortodoxa no Banco Central e no Ministério da Fazenda, que elevou ainda mais a taxa de juros e fez cortes no investimento público para atingir um superávit primário maior do que o próprio fmi havia recomendado. Para os cidadãos, os preços e o desemprego subiram enquanto o crescimento caiu pela metade. Mas o mais amargo remédio para os militantes foi o néctar dos que possuíam títulos da dívida pública: o fantasma do calote havia sido banido. O crescimento voltou em 2004, com a recuperação das exportações. Mas a dívida pública continuava crescendo, e a taxa de juros foi elevada mais uma vez. Partidários do governo anterior, que remoíam as críticas de Lula a Cardoso, apontaram triunfantemente a continuidade entre os dois (ANDERSON, 2011, p. 24).

Considerando o momento político em que o Brasil estava inserido, foi dado continuidade ao projeto neoliberal iniciado na década de 1990. Permanecendo, “no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”, apontando para o enfraquecimento dos princípios e direitos conquistados através do SUS (BRAVO, 2006, p. 18).

Ao mesmo tempo em que o governo que foi implantado no ano de 2002 continuou com o reforço das ideias neoliberais, Bravo vem destacar também, aspectos que contribuíram para retomada da discussão da Reforma Sanitária. Principalmente quando da escolha de atores relacionados a esse segmento para ocupar cargos no Ministério da Saúde e a estruturação do setor, com a criação de novas secretarias, entre elas a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, que teve como “função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área” (BRAVO, 2006, p. 18). Outro aspecto destacado

pela autora no governo de Luis Inácio Lula da Silva foi à convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e sua realização em dezembro de 2003.

Bravo (2006) destaca que o objetivo do evento foi definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e delimitar as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde, além de trazer como principal estratégia o equacionamento dos graves problemas do SUS, “com destaque para a área dos recursos humanos e a qualidade dos serviços” (Idem, p. 18). Mesmo com os esforços para a realização do evento, não se conseguiu aprovar o relatório final da conferência, o que implicou em

sérias consequências como, por exemplo, a falta de debate para a votação das propostas e, principalmente, a não influência das deliberações da conferência na elaboração das diretrizes a serem seguidas na política de saúde. A convocação da conferência, a partir do exposto, não conseguiu ser um mecanismo de democratização da política de saúde (BRAVO, 2006, p. 18).

É sabido que o campo da saúde sempre foi um campo conflituoso. Desde as primeiras iniciativas por melhoria na qualidade de saúde da população até a ampliação do acesso e o tipo de serviços direcionados a todos os brasileiros como um direito. O que não se pode esquecer é que mesmo tendo sido legitimados os direitos reivindicados no campo da saúde, há a necessidade de todos os brasileiros se comprometerem continuamente com a luta pelo fortalecimento da sociedade e fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, para efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde.

E a luta contínua pela garantia das conquistas já alcançadas e por novos direitos que satisfaçam todas as necessidades dos indivíduos exige “mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo, [já que a] luta pela garantia de saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 470). E um dos meios para a superação dos problemas relacionados ao campo da Saúde e o bom usufruto dos direitos pela população é o reconhecimento de todos os desafios e o desenvolvimento de políticas públicas que possam ser reconhecidas pelos governos e assumidas e cobradas pela própria sociedade.

3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

A Política de Saúde, a partir do seu reconhecimento e introdução como um dos modelos de proteção social, referente à Seguridade Social, foi instituída na Constituição Federal de 1988 pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como já mencionado, a lei que define o SUS é a

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei do SUS. Seu ordenamento jurídico “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”(BRASIL, 1990).

Nesta mesma linha de raciocínio, ao se ampliar o conceito de saúde para além da sua dimensão curativa, essa ampliação potencializou a abertura do campo de trabalho para profissionais que pertencem a outras áreas de atuação. Os quais têm sido chamados a prestar serviços por suas diferentes intervenções que se relacionam à área de Saúde¹. O Serviço Social, que ao longo das últimas décadas vem galgando novos espaços no mercado de trabalho, se insere no campo da Saúde como um profissional que vem viabilizar e potencializar direitos sociais por meio do acesso aos serviços instituições ligadas à área da Saúde. A partir do seu processo de trabalho ele desenvolve ações com vistas à prevenção, promoção e efetivação da saúde como meio de reforçar a cidadania de seus usuários

A Saúde Mental, que está ligada à área da Saúde, foi fortalecida e estabelecida nas conquistas alcançadas ao longo do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Este movimento, iniciado na década de 1980, trás em seu interior propostas que orientam “um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005, p. 6). Ele contou com a participação e apoio de diferentes sujeitos e também pelo Movimento Sanitário, e suas propostas foram discutidas político e socialmente no âmbito da sociedade brasileira. Entre suas principais propostas, que são carregadas de tensões e impasses nos seus direcionamentos, está a reorientação no tipo de atendimento que desloca a internação em hospitais psiquiátricos para o tratamento em instituições dentro da comunidade, com o argumento de que o hospital foi por muito tempo utilizado para excluir o louco do convívio na sociedade. O que favorece para o reconhecimento do portador de transtorno mental como sujeito de direito, que necessita de atendimento digno e humanizado e que contribua para o seu retorno e inserção no meio social.

A área da Saúde Mental é um campo de trabalho que acolhe entre outros profissionais o Assistente Social. Articulado às propostas do Sistema Único de Saúde, o campo da Saúde Mental também é orientado por diretrizes da Reforma Psiquiátrica, as quais orientam o tipo de tratamento que deve ser prestado ao portador de transtorno mental com vistas à efetivação

¹ O conceito ampliado de saúde desloca-se do campo biológico e precisa ser pensado não apenas do ponto de vista da doença, mas nos aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas, construídas ao longo de todo o ciclo da vida e do meio em que o sujeito convive. É importante nesse contexto, entender Saúde por meio das relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e as suas formas de convivência (BRASIL, 1990).

de sua cidadania. E o reconhecimento e a exigência de Assistentes Sociais nesse campo de atuação podem ser interpretados nas orientações da Lei de nº 10. 216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, em seu Art. 4º:

§1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001).

Tal orientação que, direciona as ações no campo da Saúde Mental e potencializa a efetivação dos direitos do portador de transtorno mental. O qual passa a ser atendido em instituições orientadas pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Vasconcelos (2010 a) confere a essas transformações uma mudança nos seus paradigmas, considerando que o

campo da saúde mental é chamado a se refazer-se por inteiro, ampliando o foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma nova reposição de conhecimentos sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados (VASCONCELOS, 2010 a, p. 46).

Nesse sentido Vasconcelos (2010 a) aponta a necessidade da formação e fortalecimento de equipes interdisciplinares, em que profissionais de diferentes áreas devem atuar com vistas ao fortalecimento da reciprocidade, ou seja, a troca de experiência profissional a favor do tratamento de seus usuários, favorecendo também para o enriquecimento mútuo das equipes de trabalho. Como elemento novo no debate atual em Saúde Mental, o autor coloca que a proposta da interdisciplinaridade não se propõe a intervir na totalidade da vida social, como aconteceu na proposta higienista americana, mas como ação potencializadora da autonomia profissional quando possibilita ações com outros profissionais a partir de quebra de paradigmas, como a centralidade do saber médico, a segregação de saberes, a qualidade de serviços e o reconhecimento dos direitos do portador de transtorno mental, que leva a potencialização de sua cidadania (VASCONCELOS, 2010 a).

Atualmente os estabelecimentos que permitem o desenvolvimento de ações interdisciplinares no campo da Saúde Mental são os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS's), as Residências Terapêuticas e os próprios Hospitais Psiquiátricos. Essas unidades contam com um quadro de profissionais diversificado, que tem o assistente social como um de seus profissionais. E a incorporação do assistente social nestas equipes interdisciplinares

ressalta a importância do trabalho prestado pelo Serviço Social no que corresponde a promoção e efetivação dos direitos sociais do portador de transtorno mental no campo da Política de Saúde Mental.

No que corresponde às bases da inserção dos assistentes sociais na área de Saúde Mental, de acordo com Vasconcelos (2000), ela se deu via campo psiquiátrico e psicossocial desde a década de 1930. O mesmo autor identifica, através de pesquisas realizadas, que o Serviço Social, quando inicia sua atuação na saúde mental, teve forte influência das doutrinas da Igreja e do Movimento Higienista². Sendo identificadas essas características, principalmente pelo número de disciplinas relacionadas ao que o movimento defendia, no primeiro Curso de Serviço Social implantado na cidade do Rio de Janeiro, em 1936.

São identificadas ainda, de acordo com Vasconcelos (2000), outras formas de atuação do Serviço Social na Saúde Mental, a partir de atuações desses profissionais nos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil – (COJ), na década de 1940. Esses Centros foram desencadeadores de projetos que tinham como características, a adaptação e normatização dos indivíduos no que tange à prevenção de possíveis patologias. As ações desenvolvidas pelo assistente social da época, não partiram das necessidades terapêuticas ou clínicas para o trato dos transtornos mentais. De acordo com Bisneto (2005), as demandas eram tidas como forma de legitimação das áreas mais críticas, ou seja, em um contexto de agravamento da questão social, as ações do governo precisavam reestabelecer a ordem e o bom desenvolvimento do sistema. O exemplo foi direcionar essas ações a área de saúde para trabalhadores do sistema previdenciário. Enfatizando a noção de práticas funcionalistas que eram disseminadas pelo governo, que na maior parte dos casos serviam para adaptar os indivíduos ao meio, de acordo com a ideologia da época, e ainda, com conotações higienistas e psiquiátricas.

No Brasil foram adotados alguns modelos de atendimento que nortearam os primeiros assistentes sociais no âmbito da Saúde Mental brasileira. O primeiro modelo refere-se às Oficinas Terapêuticas, que “objetivavam proporcionar aos pacientes o desenvolvimento pessoal estimulando a projeção de suas imagens interiores, numa estratégia de humanização” (LIMA, 2004, p. 126). O segundo modelo denominado “porta de entrada e de saída” subordinava a prática profissional do assistente social à prática médica, com a função de apenas levantar dados das pessoas que passavam por hospitais, sem qualquer noção crítica de

² “Os princípios da higiene mental, defendidos pelo Movimento Higienista, relacionavam-se à promoção do desenvolvimento normal e saudável dos indivíduos, com o objetivo de combater as causas das doenças, prevenindo-as tanto na infância quanto na vida adulta”. Este princípio estava amparado no paradigma médico baseado no diagnóstico-tratamento-cura, cuja fundamentação teórica provinha da psicologia do ego e das doutrinas funcionalistas” (LIMA, 2004, p. 125).

sua prática. Esse segundo modelo influenciou os profissionais nas décadas de 1940 e 1950 (VASCONCELOS, 2000, p. 186). Um terceiro modelo, conhecido como Comunidades Terapêuticas, vigorou entre as décadas de 1960 e 1970 e tinha como objetivo “estabelecer um processo de democratização e humanização das relações entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde mental” (LIMA, 2004, p. 128). Esse modelo influenciou a atuação mais “autônoma” do assistente social, já que retirava do centro a figura do médico, além de promover a ressocialização dos usuários ao meio familiar e comunitário.

O assistente social desenvolvia suas atividades no campo da psiquiatria com o número de profissionais reduzido até a década de 1960, o que vem mudar a partir da absorção desses profissionais pela área previdenciária, devido ao aumento da população beneficiada, após o período militar. Sobre esse assunto é conveniente relatar que

O número de hospícios teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovida pela ditadura militar, com a administração centralizada e a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico com a rede previdenciária conveniada particular abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área da Saúde Mental (BISNETO, 2007 p. 23).

O mesmo autor relata que a inserção efetiva do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu por força de exigências do Instituto Nacional de Previdência Social nos anos de 1970 (BISNETO 2007), para o controle das contradições no sistema manicomial (no que corresponde a superlotação e suas consequências para qualidade dos serviços prestados aos usuários). E também, como parte dos esforços em diminuir os gastos previdenciários, que, absurdamente, chegaram ao ponto de “destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar” (AMARANTE, 1994, p. 79). Aspecto que reforçava a política de privilegiamento do produtor privado adotada no período militar.

A abertura de campo profissional para o assistente social na área de Saúde Mental se efetivou com as conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica. Uma delas foi à reorientação do atendimento por serviços substitutivos dentro da própria comunidade, retirando do Hospital Psiquiátrico a função do cuidado exclusivo, com a diminuição progressiva dos leitos para internação. O modelo atualmente adotado para esse redirecionamento do atendimento diz respeito ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS's exigem a formação de uma equipe interdisciplinar para o atendimento do portador de transtorno mental. E empregam entre outros profissionais o assistente social. Esse tipo de atendimento, no contexto da Saúde Mental, favorece a evolução do tratamento

oferecido ao portador de transtorno mental, já que possibilita a compreensão desse sujeito na sua integralidade. A partir do desenvolvimento de estratégias por uma equipe interdisciplinar, ele favorece a reinserção familiar e social dentro e fora dos locais de atendimento (VASCONCELOS, 2010).

As lutas defendidas e apoiada pelo Serviço Social no contexto de redemocratização da sociedade brasileira, articulado as conquistas alcançadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, Movimento de Reforma Psiquiátrica e o reconhecimento de direitos mais abrangentes consolidadas na Constituição Federal de 1988 por toda a sociedade, tem possibilitado ao assistente social a sua inserção em novos espaços de trabalho. Atualmente desenvolve suas atividades na área da Saúde em unidades que integram ações da Política de Saúde Mental, entre elas Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Hospitais com leitos reservados para o atendimento psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial.

Como campo de trabalho, a Política de Saúde Mental se constitui como um espaço marcadamente conflituoso e envolvendo correlação de poder entre os que dele participam. Nesse sentido o assistente social deve orientar suas ações a partir do seu aporte teórico metodológico, e com o desenvolvimento de competência ético-político:

ético porque se movimenta no campo dos valores, porque parte do conhecimento da condição humana dos sujeitos, e político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde doença, cuidados; a população atendida, seus familiares e a própria comunidade (MARTINELLI, 2011, p.501).

O Serviço Social tem, ao longo de sua história profissional, alcançado cada vez mais legitimação de suas ações pela sociedade e pelo Estado, pelo trabalho crítico e comprometido com a ampliação e defesa dos direitos a seus usuários. Estando a profissão ligada à área das Ciências Sociais e Humanas, o assistente social é também “reconhecidamente um profissional de saúde” (MARTINELLI, 2011, p. 500). E esse reconhecimento se dá pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 218 de 6 de março de 1997 e do Conselho Federal de Serviço Social nº 383, de 29 de março de 1999. Outro instrumento legal, que orienta o trabalho do assistente social, corresponde aos Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde. Esse instrumento teórico e legal “vem potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais” (IAMAMOTO, 2002, p. 23).

E é com base nesses e em outros instrumentos que dão suporte as ações do assistente social atuando no campo da Saúde, é que podemos reconhecer que a normativa jurídica e os

instrumentos apresentados são também direcionamentos políticos, e devem contribuir para a melhor prestação de serviços nos espaços de atendimento da Política de Saúde Mental, com vistas à garantia de direitos e a efetivação da cidadania de todos os sujeitos atendidos. Portanto o que se espera do assistente social inserido na Área de Saúde Mental, mesmo dentro dos limites que envolvem sua atuação profissional, que ele possa atuar em conformidade à cidadania do portador de transtorno mental,

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde e mais especificamente, o campo da Saúde Mental sempre foi marcado por conflitos. E se considerarmos a correlação de forças existente entre esses polos e os distintos interesses envolvidos, o conflito se desenha como a possibilidade de ganhos e rearranjos entre as partes envolvidas. Assim foi desde as primeiras reivindicações populares que resultou na troca de assistência a trabalhadores, na relação Estado/sociedade da década de 1930. Assim como também foi continuado, nas décadas posteriores, por novas mobilizações no contexto de redemocratização da sociedade brasileira a partir da década de 1970. Neste contexto, que contou com a organização e luta de diferentes sujeitos vivendo em precárias condições de vida em todas as áreas, incluindo as más condições sanitárias, passou a expor tanto a força das mobilizações no âmbito da sociedade, como também apoiaram os principais movimentos organizados por profissionais, entre eles o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica. Esse levante popular e organizacional, formado por diferentes interesses na sociedade brasileira forçou um rearranjo por parte do Estado em responder as reivindicações no contexto da década de 1980. Essas mobilizações representaram o pano de fundo para as grandes conquistas sociais consolidadas com a Constituição de 1988.

Na área da Saúde, especificamente, as mobilizações da Reforma Sanitária e na área de Saúde Mental a Reforma Psiquiátrica, levantadas na década de 1970 e 1980 respectivamente, podem ser considerados os principais movimentos que possibilitaram o desenho atual da Política de Saúde Mental brasileira. E as conquistas alcançadas nessas áreas afetam diretamente no tipo de serviço oferecido ao portador de transtorno mental, que tendo sido reconhecido como sujeito de direitos passa a receber atendimento holisticamente, ou seja, são considerados aspectos que ultrapassam o estar doente, sendo portanto importante considerar aspectos que estão relacionados a sua exclusão dos meios necessários de sobrevivência, como emprego, moradia, educação, entre outros. O assistente social é um dos profissionais chamado a atender a esse novo conceito de Saúde, inserido também na Política de Saúde

Mental, já que luta pela efetivação dos direitos sociais de seus usuários, nas diferentes instituições relacionadas à área da Saúde Mental.

Nesse sentido, o levantamento bibliográfico realizado a partir de autores que conversam sobre a temática abordada não tem a pretensão de responder a todas as peculiaridades que envolvem tanto a área de Saúde como a inserção do assistente social na área da Saúde Mental, dada a abrangência do assunto. Antes ele buscou contribuir como mais uma bibliografia complementar para subsidiar e fomentar discussões acerca do tema a quem dele se interessar.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Perry. *O Brasil de Lula. Novos estud.* - CEBRAP [online]. 2011, n.91, pp. 23-52. ISSN 0101-3300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002011000300002>.
- AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.
- ALVES, A. A. F.. *Assistência social – história, análise e avaliação*. Curitiba: Juruá, 2008. P. 318.
- BISNETO, J. A.. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL. P. da R. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. P. da R.. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental.
- BRASIL. M. da S. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASI, S. F. Secretaria Especial de Editoração e Publicação. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2012.
- BRAVO. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera, MARSÍGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, M. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.
- CERQUEIRA FILHO, Gisálio. *A questão social no Brasil*. Rio: Civilização Brasileira, 1982.

DRAIBE, S. M. “*As políticas sociais e o neoliberalismo*”. Revista USP n. 17 mar./abr pp. 86-101, 1993.

FALEIROS, V. de P. *A política social do Estado capitalista* – 8. ed. Ver. – São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V.. *Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos*. 6ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LIMA, Maria José Girão. *A prática do assistente social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários*. Teresina: 2004.233 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – UFPI, 2004.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. 2 ed. São Paulo: EDUC, 1999.

MENDONÇA, Sônia Regina, FONTES, Virgínia Maria. *História do Brasil recente* - ed. 4. São Paulo: Ed. Ática, 1996.

MELO, M. A. A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, n. 1 v. 36, 1993.

MARTINELLI, M. L. *O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo. nº 107, p. 497-508. jun/set. 2011.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V.. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Sara Escorel (Org.). *Políticas e Sistema único de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRU, 2008. 1112p.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

VASCONCELOS, E. M. (org.). Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* - 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, E. M. (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, J. S. “*Questão Social*”: particularidades no Brasil – São Paulo: Cortez, 2012 – (Coleção biblioteca básica de serviço social; v. 6).