



Universidade Federal de Ouro Preto
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Serviço Social

Monografia

Serviço social e políticas públicas de saúde mental: uma trajetória de luta.

Bianca Ciacia Verdibello

Mariana – MG

2021

BIANCA CIACIA VERDIBELLO

Serviço social e políticas públicas de saúde mental: uma
trajetória de luta

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal de Ouro Preto
como requisito à obtenção do título de
bacharel em Serviço Social. Orientadora:
Prof. Dr.^a Cristiane Silva Tomaz

MARIANA - MG

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

V484s Verdibello, Bianca Ciacia.

Serviço Social e políticas públicas de saúde mental [manuscrito]: uma trajetória de luta. / Bianca Ciacia Verdibello. - 2021.
72 f.

Orientadora: Profa. Dra. CRISTIANE SILVA TOMAZ.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Política de saúde. 2. Política pública. 3. Saúde mental. 4. Serviço social. I. TOMAZ, CRISTIANE SILVA. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 364.4

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter de Sousa-Bibliotecário ICSA/UFOP-CRB6a1407



FOLHA DE APROVAÇÃO

Bianca Ciacia Verdibello

Serviço social e políticas públicas de saúde mental: uma trajetória de luta

Monografia apresentada ao Curso de serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em 24 de agosto de 2021

Membros da banca

Profª Orientadora Drª Cristiane Tomaz
Universidade Federal de Ouro Preto

Prof Drª Adriana de Andrade Mesquita
Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Msª Taciane Gonçalves
Universidade Federal de MATO GROSSO

Profª Drª Cristiane Tomaz, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 03/09/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Silva Tomaz, CHEFE DO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**, em 03/09/2021, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0217647** e o código CRC **774D7A3E**.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, minha família, obrigada a todos aqueles que acompanharam de forma presente minha trajetória na graduação, em principal a minha mãe, que nunca soltou a minha mão. Aos meus professores e professoras, grandes mestres e profissionais de inspiração. Particularmente a Taciane Gonçalves e Cristiane Tomaz pelas orientações para que esse trabalho se materializasse. Aos meus amigos da República Orfanato, que tanto amo e carrego comigo no peito. À minha companheira e grande parceira Mariana, que acompanhou os altos e baixos de todo meu processo de escrita. A todos os funcionários do ICSA que possibilitaram uma boa passagem pelo campus. Aos meus guias que me permitiram os caminhos e vitórias da vida.

RESUMO

O presente artigo expõe o processo brasileiro de construção da profissão de assistente social juntamente com o processo da Reforma psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil. Procurou-se abordar a Luta Antimanicomial numa perspectiva histórico-dialética, com aparato teórico percorre-se um caminho teórico analítico a partir da Pesquisa Bibliográfica e da Análise Documental. Aborda-se os temas: Serviço Social e sua insurgência como profissão no Brasil; Processo de Renovação da profissão e Projeto Ético político; a construção de políticas públicas na saúde mental; trajetória sócio-histórica Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; O profissional de Serviço Social e saúde mental e por fim, as investidas neoliberais e os desafios de uma atuação profissional crítica na contemporaneidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I - SOBRE O SIGNIFICADO SOCIAL DA PROFISSÃO	8
1.1 A emergência e institucionalização no Brasil	8
1.2 Sobre o Processo de Renovação do Serviço Social no Brasil	14
1.3 O Projeto ético político profissional e estatuto assalariado	19
CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL, ESTADO E SAÚDE	26
2.1 A constituição da política de saúde no Brasil	26
2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Movimento da Luta Antimanicomial	35
CAPÍTULO III - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	41
3.1 O trabalho profissional do Assistente Social na Saúde Mental	41
3.2 Serviço Social e saúde mental na contemporaneidade	44
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	59

INTRODUÇÃO

A partir da experiência de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponte Nova, realizado em parceria com a Universidade Federal de Ouro Preto, durante o período de 2019.1 e 2019.2, surgiu o interesse em analisar o trabalho profissional do/a assistente social na saúde mental. Para tanto, utilizando-se de pesquisa bibliográfica, pretendo expor a historicidade da profissão na área da saúde mental, perpassando pela reforma psiquiátrica e luta antimanicomial a fim de subsidiar a análise do trabalho profissional neste âmbito de atuação.

Considerando as vivências e reflexões de aproximadamente um ano e meio enquanto estudante estagiária, pude observar as possibilidades dos espaços sócio-ocupacionais do/a Assistente Social enquanto trabalhador/a assalariado/a na saúde mental. Com um projeto profissional fincado no processo histórico e apoiado em valores radicalmente humanos, o campo da saúde mental é uma área de grande interesse de estudo e entendimento, por perceber a prática social construída coletivamente, composta por Estado¹, usuários e familiares.

No modo de produção capitalista vigente nessa sociedade, a lógica de realização da riqueza socialmente produzida implica, sem dúvidas, na reprodução contínua da pobreza. O produtor/trabalhador não é dono dos meios de produção (instrumentos, ferramentas e utensílios utilizados no processo de produção), tampouco daquilo que ele mesmo produz. O trabalho realizado apresenta-se cotidianamente alienado, ou seja, expropriado por aquele que possui a propriedade dos meios de produção - o capitalista/burguês -, que investe na compra de força de trabalho para produzir mercadorias, se apropria da riqueza socialmente produzida concentrando-a em suas mãos.

¹ A história da atenção à loucura, no Brasil e no mundo, revela uma clara relação com os projetos societários hegemônicos, seja através do processo de construção dos diversos paradigmas de cuidado, seja na própria definição da loucura como doença mental (ROBAINA, 2010) -

O progresso e a generalização do capitalismo fomentam ainda mais contradições entre o capital e trabalho e resulta no fenômeno conhecido como “questão social”². Uma expressão que surge, inicialmente, para dar conta do pauperismo, que se expressa numa multiplicidade de fenômenos na vida cotidiana. Em concordância com Netto (2001) a “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Diante disso, compreende-se que a referida questão está intimamente relacionada ao sistema de produção capitalista, o qual engendra as desigualdades sociais. Ou seja, as múltiplas expressões da questão social são os desdobramentos da apropriação capitalista dos meios de produção e da produção social, são as mazelas geradas pela emergência, consolidação e reprodução desse sistema.

No tratamento do cotidiano no capitalismo e suas contradições é inevitável que as discussões e reflexões feitas a partir do Serviço Social e a atuação no CAPS, perpassam e reflitam essa realidade. Na trajetória do Serviço Social brasileiro a profissão construiu um projeto profissional que reconhece a liberdade como valor ético central. Portanto, a relação entre a área da saúde mental é de suma importância para o caminhar do Serviço Social, como uma profissão que busca atingir igualdade e equidade social, por articular uma relação que visa transformar a relação entre a sociedade e a loucura.

Dessa forma, um dos objetivos do estudo é revelar como se desenvolve o trabalho do/a Assistente Social em saúde mental com as novas expressões da questão social, as diferentes demandas, os desafios e impasses dessa atuação.

O objeto de estudo será a trajetória do Serviço Social na saúde mental como parte da luta e construção dos serviços substitutivos ao manicômio, bem como profissional de referência no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social com ênfase nas políticas públicas de saúde mental.

A construção da presente pesquisa implicou, necessariamente, em um levantamento bibliográfico a respeito da atuação da/o Assistente Social no

² A esse respeito, vale conferir o artigo Cinco notas a propósito da “questão social”. Netto, 2001.

âmbito da saúde mental, a partir de artigos produzidos e publicados por Bravo (2001), Tomaz (2009, 2019), Robaina (2010) entre outras pesquisadoras do Serviço Social. O trabalho visa expor a dialética e a historicidade acerca do trabalho do Assistente Social na saúde mental. Para tal, apresenta o debate sobre o significado social da profissão, sua institucionalização e profissionalização, a partir de sua inserção na divisão social e técnica do trabalho como trabalhador/a assalariado/a. Neste ponto, os estudos de autores/as como lamamoto (1982, 1994, 2011, 2017), Netto (2012, 2015) e Yasbek (2009), foram as principais fontes. Sobre o trabalho na área da saúde em geral, da saúde mental e os fundamentos da política social de saúde mental, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, em particular, foram referenciadas as obras produzidas por Bravo (2001), Tomaz (2009, 2019), pelo CFESS, Maciel, Barros, Silva e Amarantes.

A pesquisa aqui apresentada buscou, com base nos autores citados, analisar as atribuições e competências profissionais do/a Assistente Social inseridos no CAPS e as políticas públicas em saúde mental. Também é do meu feitio expor a indiferenciação da teoria e da prática na atuação profissional. Ou seja, expor a trajetória do Serviço Social na saúde mental como parte da luta e construção dos CAPS, bem como profissional de referência no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social com ênfase nas políticas públicas de saúde mental.

CAPÍTULO I - SOBRE O SIGNIFICADO SOCIAL DA PROFISSÃO

1.1 A emergência e institucionalização no Brasil

O significado social da profissão parte de sua inserção na sociedade e na reprodução das relações sociais capitalistas, ou seja, identifica-se que as demandas, atribuições e funções do Serviço Social só ganham sentido se correlacionadas com o contexto sócio-histórico em que estão inseridas (IAMAMOTO, 2005). O conceito de reprodução social, na tradição marxista, refere-se ao modo como as relações sociais são reproduzidas nesta sociedade, ou seja, a reprodução das relações sociais expressa a totalidade da vida social, no que tange tanto à reprodução da vida material quanto espiritual.

Partindo desse princípio, o/a assistente social participa tanto da reprodução dos interesses de manutenção do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência dos/as trabalhadores/as. Somente com a qualificação **teórico-metodológico, ético-política e técnico-operativo** torna-se possível desvendar criticamente a realidade social, o objeto de intervenção e as requisições e demandas postas ao Serviço Social nas instituições e, por consequência, propor uma intervenção profissional crítica e comprometida com os interesses da classe trabalhadora.

Então, as particularidades e demandas sócio-históricas fazem parte do processo de inserção do/a assistente social na realidade colocada:

É a partir da análise das condições reais nas quais este trabalho se realiza que torna possível uma compreensão da profissão, dos seus limites e suas possibilidades no atual ordenamento societário. Dessa monta, o trabalho do Assistente Social é tratado de forma indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas em tempo de financeirização do capital. (TOMAZ, 2018, p.26)

As relações sociais se consolidam pela união de processos sociais, políticos e econômicos entre as classes sociais no capitalismo monopolista. Neste rumo, fica evidente a progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social:

As particularidades desse processo no Brasil evidenciam que o Serviço Social se institucionaliza e legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política. (YAZBEK, 2009, pag.6).

Nessa linha de raciocínio, em concordância com Yazbez (2009), a “matéria prima” da profissão pode ser encarada como a contradição entre capital e trabalho, da qual resulta a “questão social” em suas várias expressões, em especial, quando se manifesta nas condições objetivas de vida dos segmentos mais empobrecidos da população.

A acumulação capitalista ocasiona uma acumulação de miséria correspondente à acumulação do capital. A acumulação de riqueza num polo é, portanto, ao mesmo tempo a acumulação de miséria, tormento de trabalho, escravidão, ignorância, brutalidade e degradação moral no polo oposto (Marx, 1984, I, 2, p.210).

Quando o Serviço Social surgiu no Brasil, na década de 30 do século passado, registrava-se no país uma intensificação do processo de industrialização e um avanço significativo rumo ao desenvolvimento econômico, social, político e cultural. Tornaram-se mais intensas também as relações sociais peculiares ao sistema social capitalista. Quando se coloca em discussão a denominada questão social, dois elementos surgem em destaque: o trabalho e o capital. A resposta a ser dada ao conflito, entre esses dois pólos, vai depender da maior ou menor importância que se atribui a um ou outro desses elementos. Para entender melhor essa problemática, considera-se, de início, o trabalho humano, destacando as relações sociais que se desenvolvem no sistema produtivo. Focaliza-se, então, o cerne da questão social, a exploração do trabalho pelo capital, com todas as suas consequências para a vida do/a trabalhador/a.

Já no governo Vargas, o Estado assume posição de regulamentador das tensões entre as classes sociais, “versão brasileira atenuada do modelo fascista europeu” (Yazbek, 1980, p.24), ou seja, as diretrizes assumidas pelo

governo Vargas baseavam-se nos modelos corporativos europeus. A criação de medidas como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o salário mínimo, dentre outras medidas de cunho controlador, assistencial e paternalista, buscou absorver para o Estado, de forma jurídica, a legitimação da questão social, promovendo a desmobilização da classe operária e a regulação das tensões entre as classes sociais. Assim, o Estado transformou a questão social em problema de administração, desenvolvendo políticas e agências de poder estatal nos mais diversos setores da vida nacional, como afirmado por Ianni (1990).

A profissão tem como pilar fundamental na sua emergência no país a Igreja Católica, responsável pelo processo de formação dos primeiros assistentes sociais e pelo aparato teórico do mesmo. Criado em 1932, o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) era a

entidade que seria fundadora e mantenedora da primeira Escola de Serviço Social do país. O Centro surge após um curso intensivo de “formação social para moças”, organizado pelas Cônegas de Santo Agostinho de 1o de abril a 15 de maio de 1932. (YAZBEK, 2009, p.7).

O CEAS foi inicialmente gestado pela professora da Escola de Serviço Social Belga - Melle. Adèle de Loneux, que implementou uma programação teórico-prática (que incluía visitas a instituições beneficentes), tinha como objetivo difundir a doutrina e a ação social da Igreja. Mantido a partir de mensalidades, o curso foi de grande procura e aceitação por jovens “do bem” que buscaram criar uma associação de ação social.

Tal momento histórico contou com “o magistério social”, mobilizada no ventre Igreja; no que se refere à Doutrina Social da Igreja, com as encíclicas papais que assumiam um posicionamento antiliberal e antissocialista: Rerum Novarum (1891) e do Quadragésimo Anno (1931). A "Rerum Novarum" procurou analisar os problemas enfrentados pelos trabalhadores e procura soluções para esses problemas. Já na "Quadragésimo Anno",

O Papa condena os males provocados pelo capitalismo e afirma que somente através da regulação das relações entre os homens pela justiça, pela caridade cristã e com uma generalização do cristianismo na vida econômica é que a humanidade se livrará desse mal também

afirma que ninguém poderia ser católico e socialista ao mesmo tempo (Carta Encíclica Quadragesimo Anno do Papa Pio XI: 40º aniversário da Rerum novarum, de 15 de maio de 1931).

Cabe ainda evidenciar que:

a "questão social" é vista a partir do pensamento social da Igreja, como questão moral, como um conjunto de problemas sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam embora situados dentro de relações capitalistas. Trata-se de um enfoque conservador, individualista, psicologizante e moralizador da questão, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrará, no Serviço Social, efetivas possibilidades de desenvolvimento. (YAZBEK, 2009, p.8).

A emergência da profissão no Brasil tem referência na Doutrina Social da Igreja, nas fontes franco-belga e na filosofia de São Tomás de Aquino (séc. XII): o tomismo e o neotomismo. Nessa relação, o Serviço Social brasileiro funda seus primeiros objetivos político-sociais, imbricado a posicionamentos de cunho humanista conservador, em contramão ao ideário marxista.

O conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 1940, a avançar tecnicamente ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista. (YAZBEK, 2009, p.9).

Precursora na elaboração dos fundamentos teóricos do chamado Serviço Social norte-americano, Mary Richmond, junto com Jane Addams, influenciou a profissão no Brasil, com autoras como Balbina Ottoni Vieira, Nadir Kfourri, Helena Iracy Junqueira e outras. Tal troca de saberes foi possível via bolsas de intercâmbio com os EUA, o que tornou as teorias positivistas funcionalistas de fácil acesso.

A institucionalização - na vertente da caridade e filantropia, pautada nas teorias funcionalistas - resultou no debate sobre o Serviço Social de Grupo e de Comunidade, sob "interferência das experiências do Desenvolvimento de Comunidade, adaptadas da versão americana e inglesa de Organização de Comunidade" (PEREIRA, 2016, p.6).

Na perspectiva de superar o dito subdesenvolvimento do país, o Serviço Social brasileiro, ao ser inserido em programas governamentais da época, tomara para si o protagonismo de desenvolver as comunidades em ações coletivas e integradas entre o povo e os governantes, a fim de mediar o entrave para o progresso social e econômico da nação. Para incentivar o papel da profissão, através da promoção de eventos e de capacitações complementares, a Organização das Nações Unidas (ONU) legitima e cria a Divisão de Assuntos Sociais, com o propósito de impulsionar programas nesse aspecto.

Pressionado pelas exigências da reprodução social da vida de crescentes parcelas de trabalhadores/as empobrecidos/as, o Estado é obrigado a propor uma ação social, que se explicita em demandas por bens e serviços. Na década de 1940 o Estado assume a responsabilidade de criar e desenvolver instituições assistenciais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações, tanto na viabilização do processo de acumulação capitalista, como no atendimento das necessidades sociais das classes subalternas. (YAZBEK, 2009, p.9).

Ao objetificar e incorporar as leis sindicais, sociais e trabalhistas, o Estado brasileiro, concomitante às instituições assistenciais, abre para o emergente Serviço Social brasileiro um mercado de trabalho

que amplia suas possibilidades de intervenção mais além dos trabalhos de ação social até então implementados no âmbito privado, sob o patrocínio do bloco católico. A profissão amplia sua área de ação, alarga as bases sociais de seu processo de formação, assume um lugar na execução das políticas sociais emanadas do Estado e, a partir desse momento, tem seu desenvolvimento relacionado com a complexidade dos aparelhos estatais na operacionalização de Políticas Sociais (YAZBEK, 2009, p.9).

Por esta razão se percebe que a profissionalização do Serviço Social ganhou, de fato, estímulo e ampliação em seu campo de trabalho na medida em que o Estado (e as frações da classe dominante que representa) passou a cumprir sua função de enfrentamento da “questão social” em suas múltiplas expressões. Em meio a este processo, tendo em vista as transformações macrossociais e a complexificação da divisão sociotécnica do trabalho nos

marcos do capitalismo monopolista, a ampliação da intervenção social do Estado vai repercutir também nas Políticas Sociais e na implementação dos seus respectivos serviços junto aos trabalhadores.

Vale salientar que nesse momento, apresentam-se fortes características paternalistas e repressivas, reforçadoras da ideia de um Estado humanitário e benemerente. No entanto, o Estado monopolista não age de forma a alterar, e sim, reproduzir/contribuir para a manutenção do sistema, com suas contradições e ambiguidades e é dotado de pouca efetividade social, de forma paliativa e numa crescente tendência de subordinação a interesses econômicos.

É no cerne da contradição social entre o capital e o trabalho, que o Serviço Social, inserido no processo da divisão social e técnica do trabalho, encontra condições para constituir um espaço de profissionalização e assalariamento. Ao se legitimar no conjunto de mecanismos reguladores e políticas socioassistenciais, a categoria é posta a desenvolver atividades que respondam aos objetivos do capital, com atividades que ultrapassam sua vontade e intencionalidade.

esta inserção, que inscreve o assistente social em uma relação de assalariamento e o integra ao mercado de trabalho como um dos agentes responsáveis pela execução de políticas engendradas no âmbito do Estado e voltadas ao atendimento de sequelas da "questão social", vai conferir um caráter não liberal ao exercício profissional, apesar de seu reconhecimento legal como profissão liberal pelo Ministério do Trabalho pela Portaria n. 35 de 19 de abril de 1949. (YAZBEK, 2009, p.11).

Embora tenha sido regulamentada como profissão liberal no Brasil, o/a assistente social possui relativa autonomia, ou seja, não dispõe do controle das condições materiais, organizacionais e técnicas para o desempenho de seu trabalho. No entanto, na contemporaneidade, não quer dizer que a profissão não apresenta um caráter de relação com os/as usuários/as, com um Código de Ética orientando as ações para com os usuários e um Projeto Ético Político comprometido com a emancipação humana, dentre outros valores ético-políticos.

O Serviço Social passou por uma crise ideológica como profissão, em meados de 1960, que teve início nas escolas de Serviço Social. Trata-se da questão de autojustificação da atividade profissional e das estratégias de desenvolvimento no campo de ação profissional. Como apontado por Iamamoto (2008), os Congressos e Seminários, realizados por todo o Brasil, resultaram em três documentos importantíssimos - Araxá, Sumaré e Teresópolis - para o desenvolvimento das estratégias de confirmação e autojustificação. Por reunirem a vanguarda e os principais interessados dos setores na instituição, das entidades assistenciais públicas e particulares, do aparelho de Estado e do empresariado, constituem-se em momentos privilegiados para explicitar a atualização da profissão, a partir da redefinição de seu - objeto, método, suas técnicas etc.

É no âmbito Universitário, especialmente na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, nos anos 1970, que se inicia um movimento de ruptura com o conservadorismo. Somente no começo dos anos 1980, conhecido como o Congresso da Virada, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979) obteve um maior abarcamento, onde se rompe de vez com o tradicionalismo da profissão.³

1.2 Sobre o Processo de Renovação do Serviço Social no Brasil

Nos anos 1950, e na entrada dos anos 1960, o mercado de trabalho se expandiu para os/as assistentes sociais no Brasil. Com a industrialização pesada, o Estado tinha se racionalizado para que o desenvolvimento econômico e industrial do país se consolidasse. Em 1966/1967 surgiram, por exemplo, reformas no sistema previdenciário e os profissionais se especializaram para atender às novas demandas do Estado, inseriram-se nos serviços públicos e se tecnicaram.

³ Ver mais IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. *Serv. soc. soc.*; (136): 439-461, set.-dez. 2019.

O Estado ditatorial proporcionou a consolidação do mercado nacional de trabalho para os/as assistentes sociais: a filantropia e as obras sociais já não davam conta de atender as demandas geradas pela apropriação de riqueza capitalista, já que com o crescimento industrial havia também desigualdades sociais e pauperismo. Esse modelo econômico da ditadura proporcionou requisitar o concurso de profissionais. A partir de então, o Serviço Social passou a ter um novo padrão de exigências para o seu desempenho profissional, tanto nas agências estatais como nos espaços privados.

A "modernização conservadora" no Estado militar exigiu dos profissionais uma postura inovadora para atender a racionalidade burocrática e administrativa imposta naquele contexto. Os traços tradicionais são substituídos por procedimentos racionais (ainda de caráter conservador), com isso, a política educacional da ditadura se encarregou de modificar o ensino para a formação de assistentes sociais, fazendo a refuncionalização e expansão dessas agências, inscrevendo o Serviço Social nas universidades. Em pouco tempo uma refuncionalização se deu de acordo com as exigências do regime autocrático burguês.

A laicização do Serviço Social, gerou uma disputa pela hegemonia do processo profissional. Vista como um grande avanço, essa laicização foi uma característica da Renovação do Serviço Social desenvolvida ainda nos marcos da autocracia burguesa e é constituída pelas novas características como a profissão articulou, visando a construção de um pluralismo profissional.

As abordagens, se popularizaram nesse momento, como "individuais" e em grupo passaram a ser comunitárias, usando o método de desenvolvimento da comunidade. Porém, a sociedade estava em mudança e crescimento e era preciso aperfeiçoar o aparelhamento conceitual do Serviço Social, elevar o padrão técnico científico e cultural dos/as profissionais, reivindicar funções e implementar projetos de desenvolvimento. Assim, os profissionais se inserem em equipes multiprofissionais e em outras instâncias se afastando da Igreja Católica. Porém ainda com ressalvas, pois nunca deixou de existir uma relação com o pensamento conservador religioso, seja de origem católica ou protestante,

por um grupo de assistentes sociais, sendo um campo político de luta constante no interior da profissão.

A profissão também é influenciada pelo momento de intensa luta de classes e efervescência do movimento universitário, e executa um processo de questionamento de seus posicionamentos e suas finalidades - como fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos operativos e formação profissional, tal qual apontado por Nunes (2017), bem como o reconhecimento teórico de classes antagônicas e a negação da neutralidade profissional.

De acordo com Iamamoto (2007), a nível de América Latina, procura-se ter uma identidade profissional marcada na afirmação do compromisso com as lutas dos “oprimidos” pela “transformação social” e no propósito de atribuir um caráter científico às atividades profissionais (IAMAMOTO, 2007).

No Brasil, a influência desse movimento ocorreu no início dos anos 1970, por volta de 1972/1975, e tem relação com a tradição marxista. É no âmbito Universitário, especialmente na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, nos anos 1970, que se iniciou um movimento de crítica e busca de ruptura com o Serviço Social tradicional, e só no começo dos anos 1980, após o Congresso da Virada (nome com o qual ficou conhecido o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979), se obteve um maior abarcamento teórico. Rompe-se de vez com o tradicionalismo da profissão, o que não significou a ruptura com o conservadorismo, pela multiplicidade de trabalhadores na profissão e o também por ser um processo ideológico que se afirmou como hegemônico no decorrer da história do serviço social.

A intenção de romper com a herança teórica-metodológica do pensamento conservador, expresso na tradição positivista, e com uma intervenção social reformista conservadora, registra-se como um processo, em certa medida, ainda em andamento com o conservadorismo e a construção de um projeto profissional crítico. No entanto, esse projeto profissional crítico não é homogêneo, pois a profissão se coloca num lugar político de disputa e, por isso, o conservadorismo se faz presente no interior da categoria e no cotidiano de

trabalho de alguns profissionais. Diferentemente do que encontramos no âmbito da organização política da categoria, através do conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS, ENSSO: a hegemonia desse projeto. Contudo, é fato o amadurecimento alcançado pela profissão em termos políticos, éticos, teóricos e metodológicos.

As vertentes mais progressistas das/os assistentes sociais brasileiros/as construíram um projeto ético-político fruto de lutas e embates, alinhado aos interesses da classe trabalhadora. O atual projeto ético político do Serviço Social brasileiro é historicamente datado e fruto de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado, em conjunto com a ascensão dos movimentos sociais populares e a aprovação da Carta Constitucional de 1988.

No que tange o debate e compreensão dos projetos profissionais, segundo Netto, estes

[...] apresentam a autoimagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para o seu exercício [...] (1999:95).

A estrutura legal na qual se constitui a dimensão jurídico-política da profissão envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos “consagrados no seio da profissão” (BARATA, BRAZ. p.10). Dentre estes, temos: o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social (1993); a Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (1993) e as novas Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social⁴ (1996). Há também um aparato jurídico- político de caráter mais abrangente, que corresponde ao:

conjunto de leis (a legislação social) advindas do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, que, embora não exclusivo da profissão, a ela diz respeito tanto pela sua implementação efetiva tocada pelos assistentes sociais em suas diversas áreas de atuação (pense na área da saúde e na LOS – Lei Orgânica da Saúde – ou na assistência social e na LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – ou, ainda, na área da infância e juventude e no ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente), quanto pela participação decisiva que tiveram (e têm) as vanguardas profissionais na construção e

⁴ documento referendado em sua integralidade pela Assembleia Nacional da ABEPSS em 1996 e aprovado, com substanciais e prejudiciais alterações, pelo MEC. (BARATA, BRAZ. p 10)

aprovação das leis e no reconhecimento dos direitos na legislação social por parte do Estado em seus três níveis. (BARATA, BRAZ. 2009)

A proposta curricular vigente contém elementos que representam uma ruptura com a concepção predominante nos anos 1980. Um deles é ponderar a questão social como base de fundamentação sócio-histórica do Serviço Social, e outro é compreender a prática profissional como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho.

O aprendizado dos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social, contemplado pela revisão curricular, parte da premissa de que interpretar a profissão exige aprendê-la sob uma visão dicotômica e aproximar-se da perspectiva de Serviço Social como uma profissão na história da sociedade brasileira. Sendo assim, [...] analisar a profissão é também pensá-la como produto dos sujeitos que a constroem e a vivenciam. (IAMAMOTO, 2004). Sujeitos esses que acumulam saber, sistematizam a prática profissional e contribuem na criação de uma cultura técnica do trabalho.

Apesar de reconhecer um projeto ético-político hegemônico, não significa que seja um cárcere entre os pensadores da profissão (é o próprio projeto profissional que apregoa o pluralismo), assim permitindo um espaço de embate entre teorias, pensamentos e disputa do projeto ético-político, em defesa do pluralismo e da democracia.

No contexto político-social do Brasil contemporâneo, o conservadorismo manifesta-se, dentre outras formas, na ideologia neoliberal, no senso comum, na lógica presente nas políticas públicas individualistas e focalistas no cenário histórico-social. Tal contexto não se diferencia do vivido por Neto, quando escreveu o texto "Transformações Societárias e Serviço Social", em 1996, pois as transformações societárias reconfiguram as necessidades sociais e criam novas, fazendo com que o Serviço Social se reconfigure e apresente teleologicamente embasamentos para tratar as novas demandas da questão social.

São tantas as novas expressões da questão social que há necessidade de um profissional generalista, que possa atender a diversas demandas no local

de trabalho, sendo de cunho obrigatório o saber sobre as políticas sociais e setoriais, como: Assistência Social (LOAS), Criança e Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/1990), Idoso (Lei nº 10.741/2003), Pessoa com deficiência (Lei nº 13.146/2015), Saúde (Lei nº 8.080/1990) e Previdência Social (Lei nº 8.213/1991), dentre outras legislações e teorias que nos dão legitimidade de atuação. Neto coloca em xeque o perfil tecnocrático atual da profissão, apresentando profissionais genéricos e provocando o sucateamento da atuação profissional. Para isso, ele defende que o profissional que é capaz de responder a diversas demandas é um agente real da mudança, pois para esse entendimento é necessário um grande aprofundamento da teoria marxista e das políticas públicas estruturais.

Um grande erro atual é fazer a separação entre a prática e a teoria, colocando como cargo da prática a especialização do profissional. Sem o embasamento teórico necessário, o Assistente Social pode cometer atitudes conservadoras sem ao menos saber que as comete, pela falta de carga teórica para tal atuação. Ou seja, uma consciência de classe necessita ser alimentada por teorias e embasamentos para poder agir de acordo e fazer cumprir o projeto profissional.

Fazendo-se assim um debate pertinente sobre a formação do assistente social, seu caráter de atuação e a produção fora e dentro da academia, como uma forma de afirmar, reforçar e realmente lutar por um ideal societário de liberdade.

1.3 O Projeto ético político profissional e estatuto assalariado

Iamamoto (2015), ao considerar as tensas relações entre projeto ético político profissional e estatuto assalariado, apresenta os elementos que possibilitam uma análise do trabalho de assistentes sociais em tempo de capital fetiche. Assim, a autora contribui para uma leitura do trabalho profissional que não resulte “numa incriminação moral da categoria por não aderir ou não ser capaz de implementar o projeto idealizado” (IAMAMOTO, 2015, p. 431), por

considerar que tal análise desloca o projeto profissional das bases sociais de sua realização e passa a tratá-lo ao nível da intencionalidade das profissionais.

Em sua análise acerca do trabalho do assistente social em tempo de capital fetiche, Iamamoto (2011) elenca algumas particularidades da profissão, buscando abordar e problematizar as tensas relações entre projeto ético político e estatuto assalariado. Para tanto, antes de tudo, é imprescindível considerar o Serviço Social como profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, que faz parte de uma especialização do trabalho.

Iamamoto (2011) elabora uma análise crítica da profissão debruçando-se na teoria e nas categorias teóricas de Marx, tais como: trabalho, trabalho útil, trabalho abstrato, propriedade privada, reino mercantil, divisão do trabalho, entre outras. No movimento de discutir o trabalho do/a assistente social em tempo de capital fetiche, a autora também trata da dimensão teleológica do trabalho de assistentes sociais, considerando que possuem conhecimentos, princípios éticos e projeções profissionais.

Uma das objeções do Serviço Social é a implementação de seu projeto profissional que, na realidade, depara-se com fortes tensões e grandes desafios. Segundo Iamamoto (2010), a tensão entre projeto profissional e a condição de trabalhador assalariado é um dos grandes dilemas da profissão, tal como “o distanciamento entre projeções e realidade, entre teoria e prática” (IAMAMOTO, 2011, p. 416), e aponta o desafio posto à profissão em “romper as unilateralidades presentes nas leituras do trabalho do assistente social com vieses ora fatalistas, ora messiânicos, tal como se constata no cotidiano profissional” (IAMAMOTO, 2011, p. 417).

A autora ressalta a importância das contribuições que a revisão da literatura concedeu sobre os movimentos do trabalho profissional que colocou a atividade do/a assistente social, por exemplo, no terreno político e ideológico; no campo das políticas públicas; que referenciou o trabalho profissional e o seu valor de uso social no circuito do valor; dentre outros. Ainda pontua que, o debate em torno do circuito do valor não é comumente pautado como característica central nas produções que envolvem o trabalho do assistente social na

sociedade do capital e que a discussão, por sua vez, tem centralidade no que tange a qualidade a atuação profissional, na qual, identifica-se esse profissional como uma força de trabalho portadora de capacitação especializada, cujo demonstra capacidade de criar um tipo de trabalho concreto distinto e particular (IAMAMOTO, 2011, p. 417-418). Posto isto, torna-se necessário pensar a profissão inserida em um mundo dominado pelo valor de troca. Pensar, sobretudo, a sua forma específica inserida na divisão social do trabalho e as suas determinações, como as leis do mercado, os “processos de trabalho nos quais se envolve na condição de trabalhador assalariado” (IAMAMOTO, 2011, p. 429).

Iamamoto (2011, p. 420) afirma que “a divisão do trabalho desenvolvida torna o trabalho do indivíduo tão unilateral quanto multilaterais são suas necessidades, fazendo com que seu produto lhe sirva apenas enquanto meio de troca, visto que o trabalho não é diretamente social”. Se apenas na sociedade mercantil o trabalho do sujeito apresenta-se enquanto valor no qual o trabalho é pensado quantitativamente e medido pelo tempo, tendo seu processo encoberto, é também nela que se busca preponderantemente a utilidade dos produtos e serviços. O assistente social é trabalhador assalariado que tem como objeto de trabalho as múltiplas expressões da “questão social”. Esse profissional realiza trabalho complexo e vende a sua força de trabalho especializada em troca de salário e, ao ingressar-se nas instituições, têm condições de trabalho determinadas.

A autora chama a atenção para o peso do poder institucional em busca de discorrer acerca da relativa autonomia do assistente social. Relativa porque é expressão própria da contradição das relações sociais. Para realizar as suas atividades profissionais, o assistente social conta com qualificação acadêmico-profissional, regulamentação de funções privativas, competências profissionais, forças políticas, organizações sociais da classe trabalhadora etc. Iamamoto (2010) evidencia a necessidade de expandir as margens da autonomia profissional no campo do mercado de trabalho e, para tal, tem de se pensar fundamentalmente no respaldo coletivo da categoria profissional; nos valores e princípios hegemônicos, nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-

operativas e ético-políticas; nos valores comprometidos com a democratização. Manter consonância com esses princípios fortalece o alargamento da relativa autonomia do profissional em seu espaço de trabalho.

Ao abordar a questão jurídica, Iamamoto (2010) resgata Lefebvre (1983, p. 83) para ressaltar que “a justiça do direito é o corolário da injustiça”. Desse modo, compreende-se que a justiça do direito é resultado da injustiça existente em uma sociedade fundamentada em princípios mercantis que, para existir, necessita de desigualdades e injustiças. Por isso é importante levar em consideração que “para além dos acordos previstos no contrato de trabalho, [...] o que determina o cotidiano das ações profissionais são as condições e relações sociais que circunscrevem esse trabalho” (IAMAMOTO, 2011, p. 424). Nesse sentido, torna-se crucial ter em mente a existência da correlação de forças nos espaços de trabalho em que o assistente social atua ou irá atuar.

A partir da apreensão de que o assistente social é trabalhador assalariado, é possível compreender que esse profissional tem seu trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, seja ele o Estado ou a empresa. Há, pois, determinantes históricos e limitações institucionais que perpassam as idealizações profissionais do assistente social. O Estado capitalista, por exemplo, é o espírito da burocracia que reverencia a autoridade e é ele quem mais demanda da atuação do assistente social. Na sociedade burguesa, em que há fortes traços do “saber burocrático” (IAMAMOTO 2011, p. 425).

No sentido de desburocratizar as relações com os sujeitos que solicitam direitos e serviços sociais, Iamamoto (2011) pondera que é fundamental o profissional de Serviço Social incentivar a elaboração de métodos que busquem qualificar o atendimento para com os usuários, tais como: criar estratégias de comunicação entre instituição e usuário, de forma coletiva; socializar informações a fim de transparecer aos sujeitos que buscam os serviços sociais o que está por trás de suas demandas, um movimento que deve ter como premissa apresentar a essência do fenômeno; “articulação do trabalho com as

forças organizadas da sociedade civil” (IAMAMOTO, 2011, p. 428), como os movimentos sociais. Faz-se importante ter sempre em vista que

o assistente social ao atuar na intermediação entre as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais, coloca-se na linha de intersecção das esferas pública e privada, como um dos agentes pelo qual o Estado intervém no espaço doméstico dos conflitos, presentes no cotidiano das relações sociais (IAMAMOTO, 2011, p. 428).

No que concerne o ensino universitário e a formação acadêmica, a estudiosa do Serviço Social elenca questões acerca da política universitária, ressaltando sua defesa à universidade pública e de qualidade, plural e democrática, e aponta que cada vez mais a universidade busca adequar o ensino superior público a uma lógica mercantil, em uma “universidade operacional”, de resultados e serviços. Isso reafirma a perspectiva de que a mundialização do capital tem gerado repercussão na esfera das políticas públicas, que leva a “subsunção real e formal do trabalho ao capital” e a “fetichização das relações sociais” (IAMAMOTO, 2011, p. 434).

À vista disso, percebe-se que os próprios processos do modo de produção capitalista influem na criminalização da “questão social”, onde se percebe a naturalização das desigualdades sociais e o progresso da busca pela “equidade”, que para lamamoto (2011) favorece a expansão dos acessos e não a igualdade de rendas. Mais à frente, a autora faz suas críticas às instituições de ensino superior privado tanto presencial como o ensino à distância, apontando que essas tornam a educação submissa a acumulação do capital e coopera com a “pulverização e massificação da formação universitárias voltadas para as demandas do mercado” (IAMAMOTO, 2011, p. 441), contribuindo desse modo com os mecanismos ideológicos burgueses. Além disso, o grande e desordenado crescimento do curso de Serviço Social nas instituições privadas (presencial e EAD) traz implicações no tangente às relações de trabalho desse profissional, como, por exemplo, nas condições salariais e na precarização da condição de trabalho.

Tendo como base a teoria marxista, lamamoto (2011) faz uma reflexão sobre o “exército assistencial de reserva” e discorre em torno da invisibilidade do trabalho do assistente social, da naturalização das relações sociais, da assistencialização da pobreza, das normas do mercado e da despolitização da “questão social”. Essas questões implicam na qualidade da formação e consubstanciam a precarização do ensino, do trabalho profissional e comprometem a direção social do projeto profissional. A expansão do ensino superior privado também contribui para o alargamento da classe trabalhadora e o agravamento da “questão social” uma vez que a lógica privada/mercantil de educação superior viabiliza o que a autora categoriza como assistencialização da “questão social”.

Assim, torna-se vital que não caiamos na leitura do trabalho do assistente social de modo que ocorra incriminação da categoria profissional por não incorporar ou não ser capaz de concretizar o projeto profissional idealizado. São diversos determinantes que influem na concretização, ou não, do projeto profissional. Os mais evidentes podem ser constatados a partir da compreensão do funcionamento da própria dinâmica do capitalismo, onde o assistente social enquanto trabalhador assalariado encontra-se imerso numa sociedade mercantilizada, fetichizada, alienada e que tem em si infinitas contradições. É preciso considerar à construção social e histórica da profissão na sociedade brasileira e todos os seus movimentos: de um projeto conservador a um projeto que busca romper com o conservadorismo; o “saber pragmático” presente no exercício profissional dos assistentes sociais; o cotidiano muitas vezes exaustivo desses profissionais; as tendências teóricas em torno da produção de conhecimento do Serviço Social; os projetos profissionais em disputa; a orientação teórico-ideológica das políticas sociais; entre outros elementos.

As observações de lamamoto (2011) evidenciam a existência de condições estruturais que perpassam as idealizações da profissão. Logo, as relações com o mundo empresarial reforçam nas produções acadêmicas a alienação da atividade do assistente social e do seu produto para o produtor, bem como o seu saber pragmático e instrumental. Essas determinações são instituídas pela lógica capitalista burocrática-estatal e apresentam grandes

desafios à constituição do projeto profissional do Serviço Social brasileiro, pois, de acordo com a autora, existe uma forte tensão entre independência do trabalho intelectual e autonomia institucional. A razão moderna, vigorosamente marcada pela racionalidade técnica, leva a “submissão da produção acadêmica a uma transcendência profana, a do mercado, segundo princípios liberais” (IAMAMOTO, 2011, p. 450), tendo como resultado a alienação da atividade profissional.

No que diz respeito ao nível de intencionalidade dos assistentes sociais, lamamoto (2011) considera que é fundamental refletir sobre o enfrentamento dos dilemas que o trabalho realizado por esses profissionais acarreta. Deve-se, portanto, reflexionar sobre o trabalho do assistente social, considerando sua condição de trabalhador assalariado que vive as mesmas condições do conjunto da classe trabalhadora, que vem perdendo progressivamente conquistas históricas nesse tempo de capital fetiche. A profissão necessita “dar um salto de profundidade na incorporação da teoria social crítica no universo da profissão em busca de respostas para fazer frente à questão social” (IAMAMOTO, 2011, p. 431) que leve em conta a todo momento o processo de formação da força de trabalho do assistente social.

CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL, ESTADO E SAÚDE

Este capítulo apresentará a estruturação das políticas públicas de saúde e saúde mental no Brasil, bem como sua relação histórico-dialética e relacionada com o sistema dominante vigente. Perpassa e explora os pilares da Reforma Psiquiátrica brasileira, juntamente com a Luta Antimanicomial.

2.1 A constituição da política de saúde no Brasil

Nos anos 1960 e 1970 surgiram no Brasil várias manifestações de resistência ao autoritarismo de Estado que se impôs a partir do golpe civil-militar de 1964. No campo da saúde, ao lado do que se produzia nas artes, nas organizações clandestinas de luta contra a ditadura, no movimento sindical, definiram-se formas específicas de resistência ao autoritarismo expressas nas práticas de saúde. Se o autoritarismo assume frequentemente a forma do centripetismo – isto é, a concentração de poder e saber em centros de organização da cultura e da sociedade – a resistência dos trabalhadores de saúde aos modelos médico centrado e hospitalocêntrico indicava a inflexão singular da luta pela democratização no campo das práticas em saúde.

O movimento da reforma sanitária, desde seu início, no final da década de 1970, construiu as bases do SUS criando as condições de possibilidade para que a saúde se tornasse direito de todos e dever do Estado, em uma aposta clara na democratização das práticas de produção de saúde.

A questão de direito deve se tornar uma questão de fato: vai-se da dimensão formal do direito ao seu exercício político; do direito como lei ao direito como experiência subjetiva – o meu reconhecimento como sujeito de direito e o acolhimento do outro nestas mesmas condições. (PASSOS, CARVALHO, 2015)

O Sistema Único de Saúde (SUS) no formato legal que o conhecemos tem seu marco na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF-1988). Entretanto, seu

esboço vem de raízes não distantes, referenciado em processos que conformaram o denominado Movimento de Reforma Sanitária.

No que tange tal Movimento, cabe destacar alguns elementos dessa trajetória a fim de compreender o significado histórico do SUS.

Apesar de os debates terem-se iniciado nos anos 1950, nenhum país, até a década de 1970, havia colocado em prática os planos ou estudos realizados sobre a Força de Trabalho em Saúde, o que levou os ministros de saúde a recomendar a integração do planejamento de recursos humanos ao planejamento geral de saúde, no Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972 (OPAS, 1974).

Em meio às décadas de 1960 e 1980, os serviços prestados à saúde eram reféns da categoria médica e de uma maior disponibilidade desses profissionais, o que implicava a necessidade futura de alcançar metas padronizadas internacionalmente, além do ritmo de formação pelas escolas médicas.

Em concordância com Carvalho; Santos e Campos (2013), os eventos internacionais assumiram o papel de construtores da crítica para a disseminação e a sistematização de experiência de planejamento de recursos humanos entre os países americanos.

Realizou-se em 1973, a Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS), em Ottawa (Canadá), em que se identificaram problemas, como: a centralidade no profissional médico e o desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; a concentração de pessoal em centros urbanos e a tendência à formação especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas, porém, desvinculada dos problemas dos serviços de saúde. A expressão propagada na referida Conferência resumia a inquietação dos participantes: "É necessário formar os recursos humanos que os países necessitam" (OPAS, 1974, s.p.)

As recomendações dessa Conferência destacaram a necessidade de os programas nacionais de planejamento de Recursos Humanos em Saúde - RHS estarem integrados aos planos nacionais de saúde, e de que desencadeassem esforços

para elaborar planos de longo prazo. Enfatizaram, ainda, que, nos países cujo sistema de saúde estivesse subdividido em setor público e privado, o setor público liderasse a tomada de decisões, inclusive no campo de recursos humanos. Também indicaram as necessidades de: articulação dos setores de educação e saúde, com a participação da comunidade; organização e aperfeiçoamento de sistemas de informação sobre RHS e necessidades de saúde e de atenção não cobertas; e transferência de conhecimentos e responsabilidades dos profissionais de saúde à comunidade, para ampliar a cobertura dos serviços de saúde, particularmente, os das áreas rurais (OPAS, 1974, CARVALHO, 2013).

Brasil em 1964, num contexto de ditadura civil-militar, com promessas de reorganizar o país através da “disciplina e pulso forte”, tal discurso ganha espaço desarticulando a participação social bem como as lutas sociais. Restava ao sistema público de saúde duas alternativas: a medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira era destinada aos/às trabalhadores/as formais em áreas urbanas e a segunda era direcionada principalmente para as zonas rurais ou para a população mais pobre com caráter preventivo, portanto, durante esse período

As políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e Carlos Henrique Assunção Paiva e Luiz Antônio Teixeira facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas (Almeida, 1998, p.72).

Tinham como objetivo também a privatização de parte dos serviços médicos estatais já que eles não eram geradores de lucro.

Os relatos sobre a reforma sanitária têm origem em meados dos anos 1970, quando foram criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Tendo como vetor das mudanças no sistema de saúde o desenvolvimento da medicina preventiva que fortalecia uma visão contrária ao autoritarismo da época, em 1979, o CEBES apresentou no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, princípios que seriam adotados na reforma sanitária, tais como: direito

universal à saúde; a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema.

Compreendendo então que o movimento da Reforma Sanitária nasceu em meio ao contexto de lutas no período ditatorial, com o tema “Saúde e Democracia”, registra-se ter sido um movimento de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde da população.

Num primeiro momento, o movimento pela reforma sanitária não teve uma denominação específica. No âmbito das universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços começou o processo do termo que se referia a um conjunto de ideias e transformações necessárias na esfera da saúde e previdência. Em uma reunião da Organização da Saúde (OPAS), em Brasília, esse movimento foi denominado, à priori, como “partido sanitário”.

O termo “crise sanitária”, nos anos 1980, foi substituído por crise dos sistemas de serviços de saúde, observando uma grande semelhança nos problemas enfrentados nos sistemas sanitários de diversos países. O projeto de reforma foi construído com base em crises: crise na prática da medicina, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. O que estava em curso, era uma reforma democrática não anunciada na área da saúde.

O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais e, em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal.

Esse movimento social precursor consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde se tornasse um direito do/a cidadão/ã e um dever do Estado (AROUCA, 1998). Essa conferência ocorreu com o intuito de assegurar que a saúde fosse um direito do cidadão, um dever do Estado e que fosse universal o acesso a todos os bens e serviços de saúde.

Esse processo de ‘institucionalização’ dos projetos e propostas revelou-se uma faca de dois gumes: por um lado, era estratégico penetrar nos espaços para tentar implementar ideias e alterar os rumos da política, por outro lado, o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe. O processo passou a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e, concentrado nesse espaço (político-legal ou jurídico-institucional) de luta, o movimento tendeu a perder de vista a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares e o que Berlinguer chamou de “o verdadeiro caráter revolucionário da Reforma Sanitária, que é a saúde das pessoas”⁵.

Durante o processo da Constituinte, o movimento sanitário encontrou-se com seu objeto ‘ausente’ – as organizações populares e de trabalhadores em geral – através da sua participação na Plenária Nacional de Entidades pela Saúde, superando ou atenuando a separação entre suas vertentes constitutivas. Posteriormente, a Plenária Nacional de Entidades de Saúde (1995) retratou uma nova institucionalidade e uma organicidade diferenciada do movimento sanitário. Se congregou um espectro mais amplo de entidades com diferentes bases sociais, também estabeleceu uma relação mais orgânica entre as vertentes que

⁵ Observação feita pelo senador italiano Giovanni Berlinguer em sua participação no seminário “Análise Comparada das Reformas Sanitárias: Brasil e Itália” promovido pela equipe do Nupes, com o apoio do CNPq, na Ensp/Fiocruz, em julho de 1987. (ESCOREL, p. 195)

constituíam originalmente o movimento e as vertentes que então se incorporaram.

De acordo com Reis (2014, n.p)⁶, entre as propostas colocadas pelo movimento da reforma sanitária, estão:

1. Construir coletivamente um projeto nacional para o país que promova a inclusão, no âmbito do Estado Democrático e dos Direitos de Cidadania, em sintonia com as demandas da sociedade e que considere a saúde como direito humano fundamental e não como mercadoria, colocando-se em defesa daqueles que mais necessitam da intervenção do Estado para garantir condições de vida dignas.

2. Reforçar o papel do Estado e promover mudanças estruturais nos mecanismos de financiamento, no equilíbrio federativo e na gestão pública, de modo a conter o desfinanciamento e a mercantilização das políticas sociais, com redução dos gastos com pagamento dos juros da dívida pública e adoção de gestão macroeconômica articulada com os objetivos redistributivos e com o combate às desigualdades no acesso a políticas e serviços públicos universais de qualidade.

3. Promover reforma democrática do Sistema Político Brasileiro, com fortalecimento da democracia direta, controle social do processo eleitoral e do financiamento público de campanhas, e utilização plena dos mecanismos de democracia participativa, como plebiscitos e projetos de iniciativa popular, para tomada de decisões sobre políticas sociais.

4. Promover Reforma Tributária que recupere os princípios basilares da justiça fiscal – equidade, capacidade contributiva e progressividade – e que considere a tributação como instrumento de diminuição das desigualdades sociais.

⁶ Reis, Vilma. Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para debate nacional. ABRASCO, 2014. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/propostas-do-movimento-da-reforma-sanitaria-para-debate-nacional/1797/>>. Acesso em: 10/06/2019.

5. Rever a Lei de Responsabilidade Fiscal com relação ao limite da despesa de pessoal com saúde, no intuito de não comprometer os governos estaduais e municipais com a execução das ações e serviços de saúde e possibilitar a efetiva organização do SUS, de caráter público, em todas as cidades brasileiras.

6. Reafirmar o Sistema de Seguridade Social Brasileiro, com a valorização do orçamento da seguridade social, a convocação da Conferência Nacional da Seguridade Social e a criação de fóruns de deliberação conjunta da Previdência, Saúde e Assistência Social.

7. Ampliar os recursos destinados à saúde e aprovar imediatamente o projeto de lei de iniciativa popular que destina 10% da Receita Corrente Bruta à saúde e o fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU) para o orçamento da Seguridade Social.

8. Extinguir os subsídios diretos e diminuir progressivamente o gasto tributário com o setor privado, revendo o desconto dos gastos com planos de saúde no cálculo do imposto de renda de pessoa física e jurídica, bem como os incentivos fiscais destinados à indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos não voltados ao atendimento público e universal, com a efetivação do ressarcimento ao SUS, toda vez que clientes de planos de saúde forem atendidos na rede pública.

9. Renovar o pacto federativo com responsabilização de gestores federal, estaduais e municipais do SUS na efetivação da regionalização e das redes de atenção à saúde, reforçando a atenção primária resolutiva e o diálogo entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS, com o objetivo de responder às necessidades da população, organizar e integrar o sistema de saúde, diminuir filas e tempos de espera e garantir a continuidade do cuidado, considerando o rápido processo de envelhecimento da população e o incremento das doenças crônicas.

10. Adotar irrestrito caráter público nos mecanismos de contratação de prestadores de serviços em suas diferentes formas organizacionais de oferta,

públicas e privadas, no sentido do fortalecimento da gestão regional e com controle social, na consolidação do controle público do sistema de saúde em todos os seus níveis, superando as já fracassadas terceirizações e outras lógicas privadas gerencialistas que podem comprometer a qualidade da atenção à saúde.

11. Adequar a formação em saúde às necessidades do SUS, à produção de práticas mais cuidadoras e à integralidade nas redes de atenção, respeitando os princípios fundamentais dos modelos de atenção à saúde preconizados para o SUS, e realizar reformas curriculares nos cursos de saúde em todo o País.

12. Implantar carreiras do SUS de base municipal, regional ou estadual, tanto para a gestão de serviços de saúde como para a atenção à saúde, de acordo com as diretrizes nacionais e com os planos plurianuais de saúde.

13. Promover o conhecimento e o desenvolvimento de tecnologias voltadas às necessidades de saúde da população, com promoção de política industrial nacional democrática e inovadora, capaz de reduzir a dependência da importação de medicamentos, equipamentos médicos, kits diagnósticos e insumos e com reforma na lei de patentes que favoreça o acesso universal e igualitário da população às tecnologias adequadas, sem comprometer a sustentabilidade do sistema de saúde, ampliando a possibilidade de compra e produção de medicamentos genéricos a preços mais acessíveis e o acesso da população à assistência farmacêutica.

A 'nova' configuração do movimento sanitário, a Plenária de Entidades, se manteve ativa e atuante durante todo o período constitucional e posteriormente nas discussões, negociações e lutas para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde. O fato de se ter conseguido inserir na Constituição a saúde como direito universal, integral, descentralizado, acessível e democrático, constituído por um conjunto de práticas que extrapolam o setor institucional da saúde, deve-se à existência de uma ampla frente de forças políticas, articuladas em torno de um projeto comum (que lhe confere identidade); frente suprapartidária e organizada ao redor das práticas teóricas, ideológicas e políticas. (SCOREL, 1999, p188)

Uma das características da Reforma Sanitária, de acordo com Arouca (1998), é ser considerada uma "totalidade de mudanças" e, por isso, apresentar quatro dimensões: a específica, que se apresenta no campo do fenômeno que

é a saúde/doença nas populações; a dimensão institucional, que seriam as instituições que atuam no setor de saúde, incluindo farmácias, produtoras de equipamentos etc; a ideológica, que se insere nas expressões históricas de uma dada situação sanitária; e, por fim, a dimensão das relações, que leva em conta as relações sociais e produtivas da sociedade.

A Reforma Sanitária, deste modo, é pensada através da realidade da população, da estrutura da sociedade e das condições de saúde. O movimento da Reforma Sanitária não coloca a saúde como uma questão a ser resolvida pelos serviços médicos e sim como uma questão social e política enfatizando o dever do Estado com a mesma. Apesar de nem todas as propostas terem sido incorporadas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080 de 1990), por haver contradições e oposições dentro do movimento (a disputa com o projeto privatista que o antagoniza até os dias de hoje), é inegável pensar na Reforma Sanitária sem contar suas vitórias, como, a universalização do direito à saúde sancionada na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS se constitui em um sistema destinado a toda população, sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e de contribuições sociais. Cabe ao município aplicar 15% do seu orçamento próprio em saúde, ao Estado 12% e à União, conforme a variação do Produto Interno Bruto - PIB. Independente do poder aquisitivo, todos têm assegurado o direito ao acesso aos serviços oferecidos por este sistema. (SILVA, p.36)

O sucateamento do SUS sempre foi uma investida neoliberal para promover a saúde com finalidade de lucro. A Proposta de Emenda à Constituição 55/2016 (PEC/55) é uma das materializações da fragilidade do Estado em proteger e garantir a saúde (e não só) como seu dever, como assegura o artigo 6º da Constituição Federal

Então, enquanto o Estado estiver sobre controle da atual classe dominante, as ações e projetos implementados por ele tenderão aos interesses do capital e na contramão da equidade e do alargamento das políticas públicas. Cabe a nós, sociedade civil organizada e orientada por um projeto social crítico buscar a manutenção e o alargamento das políticas públicas.

2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Movimento da Luta Antimanicomial

Imbricado nos marcos políticos, teóricos e práticos, temos uma abordagem que identifica as ações e as estratégias relacionadas ao aspecto da participação social na construção das políticas públicas, um dos princípios fundantes do SUS. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico que ocorre no âmbito da saúde pública, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental. Juntamente com a Luta Antimanicomial, que busca a reestruturação e a não continuidade do sistema manicomial no Brasil.

Como afirmado por Rosa (2002) entende-se que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente, a sua reinscrição no mundo social.

Em concordância com Robaina (2010), a história da atenção à loucura, no Brasil e no mundo, revela uma clara relação com os projetos societários hegemônicos, seja através do processo de construção dos diversos paradigmas de cuidado, seja na própria definição da loucura como doença mental.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem influência italiana, com o trabalho de Basaglia, que incorpora na psiquiatria outras determinações e traz novos elementos para as discussões sobre as formas de tratamento.

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica para Basaglia não se restringe apenas à questão biológica ou psíquica, dá ênfase ao doente como sujeito social e de direitos, independente de sua doença, denunciando que o mais grave é a situação em que se encontra dentro do contexto social de exclusão, segregação, asilamento e sob o domínio dos saberes médico e psicológico. Portanto, do ponto de vista da psiquiatria democrática italiana, faz-se necessário desconstruir o conceito de “doença mental” através da desmontagem do conceito “doença-solução” e questionar as práticas sociais que deram margem à criação dos manicômios definindo limites para a doença mental. (TOMAZ, 2009, p.96)

No Brasil, os movimentos iniciais relacionados à assistência psiquiátrica surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência,

assim, são emblemáticos no período o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia⁷ e a “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social). (AMARANTE; NUNES, 2018, p.2)

O primeiro momento da RP diz respeito à constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), precedente sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. É importante observar que, neste momento, pouco se utilizavam os termos saúde mental ou reforma psiquiátrica por dois motivos:

O primeiro por estar ainda praticamente restrito à proposta da saúde mental comunitária ou psiquiatria preventiva, fundamentada por Caplan⁸, que foi objeto de muitas críticas, conhecidas e acatadas pelos participantes do MTSM. Duas destas críticas se tornaram emblemáticas: a de Franco Basaglia, intitulada “Carta de Nova York - doente artificial”⁹, e a de Joel Birman e Jurandir Freire Costa, intitulada “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária”¹⁰. O segundo termo, reforma psiquiátrica, só viria a ser utilizado na virada dos anos 1980 para 1990, no mesmo período em que o termo reforma sanitária começa a ser adotado¹¹. (AMARANTE, NUNES, 2018, p.2)

Em 1978, várias atividades importantes culminaram para o reconhecimento do MTSM como movimento de luta, com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), praticamente ocupado pelos participantes do movimento e para o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições.

7 Associação Psiquiátrica da Bahia. Memorial. Saúde em Debate 1978; 6:32-35.

8 Caplan G. *Princípios de psiquiatria preventiva* Rio de Janeiro: Zahar; 1980.

9 Basaglia F. Carta de Nova York – o doente artificial. In: Amarante P, organizador. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 151-160.

10 Birman J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In Amarante, P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015. p. 41-72.

11 Fleury S, organizadora. *Reforma sanitária. Em busca de uma teoria* Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989.

No ano seguinte, a aproximação com a recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) significaria mais uma estratégia de ampliação da articulação do movimento com o campo mais geral da saúde. Neste ano também foi realizado o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, demonstrando vigor e iniciativa, mesmo sem qualquer apoio financeiro.

Com a crise financeira da Previdência Social (PS), em 1980, como colocado por Robaina (2010) surgiram propostas de reformulação da assistência médica neste âmbito, mas também da saúde, e muitos dos participantes do MTSM foram envolvidos nestes processos, e, em consequência das mudanças políticas, especialmente com a *Nova República*, houve a convocação da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas.

Na medida em que a *oitava*, como ficou conhecida, teve um temário mais geral (Saúde como direito; Reformulação do sistema nacional de saúde; Financiamento do setor)¹¹, foi decidido convocar conferências específicas, dentre as quais a de Saúde Mental. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no entanto, ocorreu após muitas dificuldades na medida em que, paradoxalmente, o setor de saúde mental do MS era desfavorável às ideias reformadoras e mesmo à participação social na construção das políticas públicas. Para sua realização foi decisiva a atuação de participantes do MTSM que desencadearam conferências estaduais sem a anuência do governo central. E foi a única conferência que não aconteceu em Brasília, e sim no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho de 1987 (AMARANTE, NUNES, 2018, p.3)

Em concordância com Tomaz (2009), esta nova fase do movimento foi marcada, primeiramente, pela I Conferência Nacional de Saúde Mental e pelo Congresso de Bauru, no ano de 1987 e, posteriormente, em 1990, pela Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região, realizada em Caracas.

Durante a I CNSM ocorreu um encontro do MTSM que decidiu convocar o seu II Congresso Nacional, com a proposta de “uma sociedade sem manicômios”

Isto quer dizer que, para o movimento não bastava a humanização do manicômio. Naquele período, para os militantes que assumiram a luta contra os manicômios, para que de fato houvesse uma mudança na condição em viviam os loucos se fazia necessário uma transformação maior tanto da concepção sobre a loucura quanto das práticas em saúde mental. Por isso, o MTSM transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial.(TOMAZ, 2009, p.100)

Lema proposto pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, após realização de importante encontro em Buenos Aires, em 1986, do qual participam alguns dos mais importantes membros internacionais (Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli, Franca Basaglia).

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). (AMARANTE, NUNES, 2018, p.5)

Uma vez constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país. Elemento decisivo para esta ampliação foi a criação, já em Bauru, do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O dia *18 de Maio* serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se considerar que o objetivo teve êxito na medida em que, desde então, são realizadas atividades políticas, científicas, culturais e sociais não apenas no dia em questão, mas por todo o mês de maio, que passou a ser considerado o *Mês da Luta Antimanicomial*. Dada a grande repercussão dos eventos organizados pelo MLA e pela sua também expressiva participação nos fatos mais gerais da saúde, a denominação de *mentaleiros* (em alusão ao *heavy metal*) passou a ser amplamente utilizada para caracterizar o “barulho” causado por este ator social. (AMARANTE, NUNES, 2018)

Com trajetória apresentada acerca da Reforma Psiquiátrica e Movimento de Luta Antimanicomial, vai na contramão ao reducionismo que a psiquiatria imprimiu à loucura, ao limitá-la como doença. Como colocado por Robaina (2010) assim a Reforma Psiquiátrica se constitui num campo interdisciplinar onde as especialidades são essenciais para, no tensionamento de suas interfaces, reconstituir dialeticamente o objeto.

Além do mais, está posto o desafio de construir uma versão de desinstitucionalização que negue sua vertente de “desospitalização como desassistência”, tendo em vista que na formação social brasileira não há vigência do Estado de Bem-Estar Social.

Podemos concluir que durante a RP o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas

ocorridas no exterior. Bravo (2000) afirma também que Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000, p.”15)

As mudanças na política de saúde mental em decorrência da reformas Psiquiátrica, em concordância com TOMAZ(2009), dá ênfase ao doente como sujeito social e portador de direitos, independente de sua doença, denunciando que o mais grave é a situação em que se encontra dentro do contexto social de exclusão, segregação, asilamento e sob o domínio dos saberes médico e psicológico.

Ainda, de acordo com a concepção de Basaglia,

para que a desinstitucionalização seja efetiva, faz-se necessário criar meios de tratamento e políticas de saúde mental que possam transformar a instituição psiquiátrica, inverter ou derrubar alguns paradigmas, como por exemplo, o paradigma médico de problema-solução, doença-cura, que não se adaptam à psiquiatria, para o paradigma de atenção à doença para atenção ao doente, visto que no campo da psiquiatria as doenças são crônicas em sua maioria. (TOMAZ, 2009, p.94)

A criação efetiva da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Juntamente, mas não só, com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS no Brasil e os princípios e das diretrizes do SUS constroem o aparato legal e de regulamentação dos serviços do Estado para com as pessoas com doenças mentais.

A política de saúde mental no Brasil desde os ataques conservadores que vimos enfrentando a partir do golpe de 2016 agem na contramão de toda luta percorrida até aqui, como elucidado por TOMAZ (2009)

vivenciamos os influxos da pós-modernidade, expressão ideocultural dessa fase do atual ordenamento societário, fruto da chamada “crise da modernidade”, que atravessa o mundo contemporâneo e faz

emergir as tendências ao conformismo social. Dentre outras coisas, caracteriza-se pela hipertrofia da dimensão da subjetividade, negando a objetividade da vida material. (TOMAZ, 2009, p.230)

A investida neoliberal de oprimir as políticas públicas e os investimentos na área, trazem uma boa elucidação do projeto político que está em andamento. Num panorama geral, estamos retrocedendo e sucumbindo a uma nova política de engessamento das políticas públicas de saúde e saúde mental.

CAPÍTULO III - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

3.1 O trabalho profissional do Assistente Social na Saúde Mental

Como aponta Bravo (2000) a conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às expressões da questão social de forma orgânica e sistemática. Assim, a “questão social” já colocada durante os anos 1920 retoma e toma um caráter de questão política.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.

Em concordância com Bravo (2000) a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada desde os anos 50 do século passado e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

Especificamente, a inserção do profissional de Serviço Social na saúde mental ocorreu em meados da década de 1940, mais especificamente em 1946, no âmbito dos chamados “serviços sociais psiquiátricos” (Bravo, 2000). A presença de assistentes sociais em hospitais psiquiátricos e manicômios era relativamente reduzida, como também o número de hospitais psiquiátricos estatais e privados. Vale pontuar que nesse período a psiquiatria estava organizada conforme o modelo manicomial, baseado na exclusão do sujeito do convívio social por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo. Nesse período, os hospitais psiquiátricos eram comparados a grandes campos de concentração, uma vez que a miséria era real naquele ambiente que nada tinha de terapêutico.

Como aponta Vasconcelos (2000) os assistentes sociais eram situados como a “porta de entrada e saída” dos hospitais, e ocupava um lugar de subalternidade em relação aos médicos e a direção da instituição. As primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil (COI/COJ) no ano de 1946. Essas práticas possuíam um caráter de “Serviço Social Clínico”, em que predominavam abordagens higienistas. Nesse processo, o Serviço Social atuava junto com as famílias do chamado “cliente”, a fim de ajudá-la a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico da criança, além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos.

Durante a década de 1960, há um grande aumento no número de hospícios no Brasil, ocorre à reforma da saúde pública brasileira promovida pelos governos militares, e a elevada privatização no atendimento médico, ou seja, o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e a loucura passa a ser fonte de lucro (“indústria da loucura”), uma mercadoria para os empresários. Em decorrência disso, registra-se nesse momento um considerável aumento no número de internações em hospitais privados, foram abertas várias clínicas psiquiátricas, hospitais, manicômios que eram de origem privada, mas que prestavam serviços ao governo e eram pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso levou a uma ampliação na rede de hospitais psiquiátricos e conseqüentemente uma maior contratação de profissionais de Serviço Social na saúde mental, que eram contratados por meio de vínculos precários e baixa remuneração.

O Serviço Social estava sendo requisitado, nesse período turbulento de ditadura civil-militar, a desenvolver nada mais que a essência de sua função para a sociedade capitalista, isto é, participar das formas de enfrentamento das expressões da “questão social” que eram expressas na realidade da população internada nos hospitais psiquiátricos.

Mioto e Nogueira (2013) elucidam que fica evidente que a inserção de assistentes sociais no campo da saúde mental brasileira se deu pela necessidade do Estado em controlar as expressões da questão social que estavam postas aos profissionais na Saúde Mental. Nesse sentido, o Estado

visa a regulação das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas a fim de reiterar a acumulação capitalista e controlar os trabalhadores. O Serviço Social entrou na Saúde Mental como mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência.

Vale dizer que nessa época, mesmo de ditadura militar, já havia psiquiatras com visão social, que defendiam a ideia de um atendimento mais humanizado de esquerda e de um tratamento por meio de uma equipe multiprofissional. Estes contribuem na elaboração de políticas públicas dentro do Estado.

Podemos considerar que a nova perspectiva que a saúde mental brasileira experimentou com a reforma psiquiátrica a possibilidade de atuação do Serviço Social numa perspectiva histórico-crítica. Assim, a inserção do assistente social em saúde mental é primordial para o aprimoramento da práxis profissional, pois o código de Ética profissional (1993) é a base para a prática e a intervenção, pois as informações passadas por este profissional precisam ser coerentes e claras.

Como já exposto acima, e em concordância com Bravo (2000), a partir do final da década de 1970 o Serviço Social passou por uma autocrítica de questionamento de suas bases, que resultará numa renovação crítica da profissão, influenciada pelo recente Movimento de Reconceituação. Em 1980, o Serviço Social passa a pensar a história brasileira e a gênese da profissão de maneira crítica, com o suporte das tendências marxistas, possibilitando o questionamento das perspectivas profissionais até então presentes na profissão.

Como já mencionado acima, somente com 1990 que a profissão nega a atuação conservadora. Bravo (2000) fala da não participação de assistentes sociais no movimento da Reforma Sanitária, pois estes tinham uma atuação, ainda, marcadamente, conservadora; somente com o Movimento de Ruptura, embasado no Projeto Ético Político da profissão cujos valores guardam similaridades com o projeto da Reforma Psiquiátrica foi possível a real inserção profissional na área.

Ou seja, os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, se apresentam como mais um espaço sócio ocupacional para a atuação do

Serviço Social, na qual expressivamente na década de 1990 ocorre uma intensificação da inserção de assistentes sociais nesses espaços. Assim, considera-se que os princípios do Código de Ética da profissão de 1993, estão em consonância à proposta de Reforma Psiquiátrica, uma vez que a reforma tem por objetivo construir um novo espaço social para a loucura, questionando as práticas da psiquiatria tradicional. Relaciona-se com os princípios do código no que diz respeito à garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental, eliminação de qualquer forma de preconceito, discriminação, bem como a garantia da inclusão e da cidadania.

É com essa nova forma de tratar as pessoas com transtornos mentais que a loucura passa a ser vista de forma não mais isolada, mas como *parte integrante da sociedade*. O potencial dessas pessoas é levado em consideração, e estes são vistos como um indivíduo participante, com habilidades e potencialidades para assumir diversos papéis na sociedade. O Serviço Social na saúde mental contribui na viabilização de direitos sociais e na luta pela garantia da qualidade dos serviços, buscando erradicar qualquer forma de exploração, e discriminação como afirma o Código de Ética Profissional de 1993.¹²

Apesar dessa renovação na saúde mental é importante salientar que os atuais dispositivos de atenção à saúde mental configuram-se em estabelecimentos que mesclam serviços tradicionais e serviços renovados, como também as pessoas que trabalham nesses dispositivos têm posicionamentos diversos e variados, tornando-se muitas vezes um campo contraditório e tenso da prática multiprofissional.

3.2 Serviço Social e saúde mental na contemporaneidade

A Reforma Psiquiátrica iniciada no país, na década de XX, após um longo movimento de autocrítica e a luta pelo fim do modelo de atenção à saúde mental com base em hospitais psiquiátricos, resultou na abertura e expansão da rede

¹² Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8662/93 - CFESS

de serviços substitutivos ao manicômio e os serviços de saúde mental brasileiros vêm se expandindo como espaços sócio-ocupacionais

“para o Assistente Social, principalmente a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”(TOMAZ, 2019).

Esta expansão tem possibilitado a inserção de Assistentes Sociais nos serviços substitutivos ao manicômio e tem desafiado os profissionais a construir um trabalho que seja de acordo com o acúmulo teórico-político e técnico-interventivo do Serviço Social brasileiro dos últimos 40 anos.

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário que oferece assistência especializada a pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico; que sofrem de transtorno mental grave e persistente (transtornos de humor, quadros psicóticos agudos, reagudização de quadros crônicos, psicoses reativas e psicoses associadas e quadros orgânicos), com ou sem história de internação em hospital psiquiátrico, neuróticos graves e dependentes de substâncias psicoativas (como álcool e outras drogas) em diferentes níveis de cuidado: Intensivo (diariamente), Semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e Não-intensivo (até três vezes por mês).

Os/As usuários/as são assistidos/as em regime de atenção diária. O tratamento acontece através de atendimentos individuais e em grupos, e oficinas terapêuticas que buscam a inclusão social através do desenvolvimento da cidadania.

O trabalho dos/as Assistentes Sociais nos serviços substitutivos ao manicômio, tradicionalmente, tem sido o trabalho com as famílias. Robaina (2010) levanta e aponta algumas perguntas pertinentes e inerentes a profissão, pois, apesar desse tipo de trabalho não resultar e/ou ser uma atribuição específica do Serviço Social, nem mesmo como objeto de estudo, é correto afirmar que no meio das categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, os/as assistentes sociais possuem maior conhecimento e trato nessa área. Essas perguntas são: o conceito freudiano de função pai/ função mãe, associadas às figuras de homem e mulher, fundamento para o modelo de família nuclear burguesa, se ajusta ao perfil das famílias atendidas no serviço? A propósito, qual é o perfil das famílias usuárias daquele equipamento, no que diz respeito a gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio? Que

políticas sociais podem ser acionadas para suportes desses grupos? Que modelo de atenção às famílias está disponível no serviço no que se refere, por exemplo, ao seu papel: ela é coadjuvante no tratamento ou objeto de atenção? Os horários de realização dos grupos de familiares são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho? Como o serviço compartilha o cuidado contínuo dos usuários? As ações no serviço atendem às demandas materiais dessas famílias? O perfil e as preocupações das famílias são requisitos para a formulação dos programas e projetos?

As questões aqui apresentadas não são propostas a título de divagações teóricas, mas se constituem elementos a serem tratados no interior dos dispositivos onde estão inseridos os assistentes sociais, nas reuniões de equipe, nos grupos, nas oficinas com os usuários, nas supervisões, da forma mais criativa que pudermos protagonizar. (ROBAINA, 2010, p9)

Um dos dispositivos substitutivos aos manicômios foram os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, com a função paliativa de lidar com as múltiplas expressões da questão social geradas pelo capitalismo, bem como mecanismo de redução de danos aos usuários. Como elucidado por TOMAZ (2010) a Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002a) estabelece os Centros de Atenção Psicossocial como um dos dispositivos substitutivos ao manicômio poderão constituir-se nas modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 estabelece as modalidades dos CAPS como:

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º ¹³desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas: CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com

¹³ Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistência. CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

Há também a Portaria nº 189/SAS/MS, de 20 de março de 2002, incluindo na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento “Acolhimento a pacientes do Centro de Atenção Psicossocial”.

O Serviço Social, de longa data, está inserido nos CAPS e dentre as atribuições da profissão na instituição, estão presentes no cotidiano de trabalho:

- Escuta ativa dos pacientes em busca de compreender sua realidade social bem como as demandas do usuário;
- Acolhimento aos usuários e familiares, acompanhamento das demandas de dependentes químicos que voluntariamente solicitem a internação em comunidade terapêutica, contato com as comunidades terapêuticas em busca de vagas, articulação da rede para transporte e atendimento aos familiares, encaminhamento do usuário as comunidades terapêuticas, acompanhamento da internação atendendo as demandas que venham a surgir no período de internação.
- Visitas Domiciliares;
- Atendimento à denúncias de maus tratos;
- Encaminhamento às políticas sociais municipais para benefícios eventuais;
- Articulação com a rede para melhor oferta de serviços e garantia dos direitos dos usuários;
- Encaminhamento para benefícios e auxílios previdenciários;
- Atendimento das demandas espontâneas dos usuários (CFESS, 2012, p.____).

A lei nº 8.080/90 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, sp, 1990). Já a lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A lei 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental; ainda:

“Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”¹⁴

Como elucidado pelo CFESS (2012), entre as atribuições do Assistente Social está ser Técnico de Referência (TR), ou seja, profissional responsável em lidar com as demandas dos usuários de uma determinada área.

apresentaram-se como prioridade do trabalho realizado pelos Assistente Sociais como “Técnicos de Referência”, por vezes, sobrepondo-se à necessidade de realização de um trabalho de enfrentamento das expressões da “questão social”, manifestas nos serviços de saúde mental. (TOMAZ, 2019, p. 206)

O Técnico de Referência desenvolve atividades, tais como: marcação de consulta médica quando há necessidade; discussão de casos de usuários em reuniões técnicas; realização de visitas domiciliares, principalmente visitas aos usuários que não frequentavam o CAPS; acolhimento, elaboração de parecer social e relatório situacional; atendimento individual e familiar; viabilização e orientação acerca de benefícios sociais; inserção de usuários em grupos terapêuticos e atividades externas (na comunidade).

Considera-se que o Serviço Social constitui-se historicamente como uma profissão especializada na divisão sociotécnica do trabalho, atuando na viabilização das políticas sociais, compondo os serviços sociais voltados para a reprodução (material e ideológica) da força de trabalho, que neste caso, seria da atuação sobre as demandas postas pelas pessoas com transtornos mentais.

Podemos considerar que o Assistente Social, é chamado a atuar na política de saúde mental, pois apresenta como objeto de trabalho, as expressões da “questão social” que se desenvolvem na sociedade capitalista. E, neste sentido, a Saúde Mental constitui-se de uma expressão da “questão social” por ser uma configuração que se amplia no sistema capitalista e o Assistente Social passa a atuar frente às essas demandas envolvidas neste setor.

Cabe ao Assistente Social, porém, ir além desses objetivos institucionais e enfrentar esses desafios que se colocam na sua realidade de trabalho. Este profissional que se apresenta dotado de capacidade crítica e reflexiva da

¹⁴ LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

realidade tem como objetivo realizar o seu trabalho de maneira a analisar o contexto do seu usuário (o paciente da instituição de saúde mental). Para isso, busca conhecer a relação deste usuário com a sociedade que o cerca, como família e a comunidade em que está inserido sobre a perspectiva de identificar e intervir em situações que se configuram como demandas de sua prática profissional, com o objetivo de lutar para a garantia e construção dos direitos dos seus usuários.

Assim, é necessário que este profissional desenvolva um cenário capaz de mostrar sua importância e a sua contribuição na construção do processo de Reforma Psiquiátrica, onde juntamente com as categorias profissionais da Saúde Mental, os usuários desta política, os familiares desses usuários, a sociedade como um todo devam estar envolvidas neste processo, considerando que ele não está restrito apenas em a uma política, a Política de Saúde Mental, mas esta está envolvida em uma ação integral e articulada com outros processos e outras políticas que a sociedade em geral está inserida.

Com as ameaças neoconservadoras, fica evidente o processo de desmanche e retrocesso nas políticas de saúde mental, o que leva a uma atuação profissional ainda mais centrada e crítica, para as demandas dos usuários. Em concordância com TOMAZ (2019), esse conjunto de medidas favorece a possibilidade de renascimento do modelo hospitalocêntrico e essa nova diretriz da política nacional de saúde mental altera radicalmente a proposta de cuidado psicossocial, que vinha sendo adotada até 2016, na medida em que há um incentivo à internação em hospitais psiquiátricos, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta rede, que tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, vem sendo construída no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, a partir das últimas medidas governamentais citadas acima, esta rede encontra-se sob forte ameaça de continuidade.

CONCLUSÃO

O campo da atenção psicossocial no Brasil vive atualmente uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. Por mais de trinta anos, o modelo de cuidado em saúde mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, avançou lenta, porém ininterruptamente. A rede de serviços de base comunitária, o orçamento para estes serviços e sua proporção com o custo dos hospitais psiquiátricos, cresceram em cada um destes anos. Desde 2016, no entanto, pela primeira vez, vemos um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019).

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019, p. 4). Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019, p. 4).

Conforme apontado pela Defensoria Pública da União (Brasil, 2019d), a ‘nova’ política nacional de saúde mental - PNSM contraria as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, sp, 2018) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (BRASIL, sp, 2019), que indicam a revogação desta nova orientação governamental. (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, p.1, 2019)

Como elucidado por Cruz et al (2019) as mudanças propostas configuram um retrocesso direto na política de saúde mental sustentada de acordo com a lei 10.216/2001. Pode-se afirmar que o marco inicial da 'nova' política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial.

Veio com intuito de reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS. O texto afirma que leva em conta a lei federal 10.216/2001 (Brasil, 2011); no entanto, traz pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste. (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2019)

Em seu artigo 3o, vem “Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidado na RAPS” (BRASIL, 2017), sem definir exatamente quais seriam estas novas diretrizes e como elas se diferem do que a PNMS já estabelecia pela lei 10.216 e pela portaria 3.088, de 2011, que definia a RAPS até então (Brasil, 2011). Também vem “reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados” (art. 9o) e “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT [Ministério da Saúde (MS); Ministério da Justiça (MJ); Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Ministério do Trabalho (MT)] em relação às Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017, art. 11o).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2019) apontam que além do hospital psiquiátrico, esta resolução inclui na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial. A restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar.

A resolução institui ainda as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são nada menos do que os antigos e pouco

resolutivos ambulatoriais psiquiátricos. É importante apontar que estas equipes nascem com um orçamento previsto de 12 a 30 mil reais por mês, de verba de custeio, dependendo de seu porte, de acordo com a portaria de consolidação n. 3, art. 1062 A do título II-B do anexo V (BRASIL, 2017). Estas equipes não têm estrutura física própria, nem parâmetros populacionais de referência. Para efeito de comparação, as equipes maiores, com cinco profissionais, recebem 30 mil reais/mês de custeio, enquanto um CAPS I, com estrutura própria e uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo diariamente em dois turnos, responsável pelos casos mais graves de uma população de até 70.000 habitantes, recebe 28.305 reais/mês de custeio (BRASIL, 2002 e 2011).

Em meio à pandemia, o governo neoliberal de Jair Bolsonaro prepara a revogação de cerca de cem portarias sobre saúde mental, editadas entre 1991 a 2014, ameaçando diversos programas e serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, que afetam diretamente o campo da saúde mental. Assim, correm riscos os seguintes dispositivos antimanicomiais: o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; as equipes de Consultório na Rua; o Serviço Residencial Terapêutico; e a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta para Casa; e ainda, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e com trajetórias de abuso do uso de crack, álcool e outras drogas também estão na mira dos cortes e ajustes propostos.

Dos absurdos da NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS ainda: “quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711.

Assim, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (National Institute for Clinical Excellence, N., Guidance on the use of electroconvulsive therapy. 2014, National Institute for Clinical Excellence: London; Moshkovitch, M.D., et al., Diretrizes Terapêuticas Para

Eletoconvulsoterapia - Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira, in Projeto Diretrizes. 2013, AMB/CFM)”.

Podemos avaliar as mudanças na PNSM por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Em termos de conteúdo, ela representa a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência (sua formalização como manifesto de um movimento nacional está expressa na Carta de Bauru, em 1987).

Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (BRASIL, 1988, 1992, 2002, 2010), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como ‘nova’ PNSM está sendo imposto sem nenhuma legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal. (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, p.10, 2019)

Logo, o debate sobre o modelo assistencial na saúde mental é legítimo, e deve ser realizado em busca dos melhores caminhos para enfrentar os enormes desafios da atenção psicossocial em um país de 211 milhões de habitantes, com as iniquidades socioeconômicas que o caracterizam. Mas a imposição pela força do retorno ao paradigma manicomial só pode ser entendida como efeito da situação política singular que o país vive desde a ruptura institucional de 2016.

As alterações na concessão do - Benefício de Prestação Continuada - BPC - (Lei nº 14.716/2021), significam um grande retrocesso. Isso ficou nítido com a nova legislação que vem para dificultar e limitar o acesso de pessoas idosas e deficientes ao benefício, pois propõe formas e critérios excludentes para concessão (CRESS, 2021). Traz também o que é chamado de teleavaliação. Será mesmo que ela é “boa” para a população usuária? Mas o que é teleavaliação?

É a avaliação social (§ 6º do art. 20 e o art. 40-B da Lei nº 8.742/1993) realizada por meio de videoconferência (on-line). A nova lei do BPC autoriza, em caráter excepcional, que o atendimento para fins de

avaliação biopsicossocial, realizada por assistentes sociais, ocorra remotamente. A partir do dia 26/7, o INSS dará início a um projeto-piloto para a avaliação remota, noticiada como um “ganho”, pois iria agilizar o atendimento. Pode parecer um facilitador, mas não é bem assim. (CRESS-MG, 2021)

Quais são os problemas que essa novidade traz consigo? Primeiro, devemos levar em consideração é a dificuldade no acesso e uso das tecnologias de comunicação (celulares e computadores) que as famílias e usuários possuem, pois pessoas requerentes do BPC, cuja renda per capita é inferior a ¼ do salário mínimo e em situação de extrema pobreza, e não têm recursos financeiros para um ter celular ou computador com internet. O segundo é acerca da privacidade e o sigilo dos dados de usuários,

A avaliação social é uma análise aprofundada sobre determinada doença/deficiência de uma pessoa dentro de um contexto social e econômico. Quando uma requerente é atendida pelo serviço social, vários aspectos são avaliados: discriminação e preconceito vividos, situação familiar, acesso (ou não) a serviços, impactos/dificuldades no cotidiano. Abordar esses assuntos requer privacidade, o que é impossível de ser garantido em um atendimento remoto, já que não ocorrerá no espaço adequado, como em uma sala com sigilo garantido. (CRESS-MG, 2021)

Vale ressaltar em concordância com CRESS-MG (2021) que, para as pessoas usuárias de políticas públicas, por lei, é garantida a visita domiciliar ou hospitalar em situações onde há impossibilidade de locomoção /deslocamento da pessoa idosa e/ou com deficiência. O/a assistente social realiza a visita para fazer a avaliação social.

É nítido a dificuldade posta pelos gestores do Estado acerca da saúde mental. Com todos os desmanches e retrocessos é muito mais dificultoso o trabalho do Serviço Social dentro dos aparelhos de substituição aos manicômios e num aspecto geral. Enfrentamos todos os dias as mazelas do capitalismo juntamente com a fragilidade e a precarização dos serviços prestados pelos diversos dispositivos substitutivos ao manicômio.

Apesar da ameaça de continuidade desse modelo de assistência psiquiátrica colocada pelo governo federal, que aprovou a Portaria Nº 3.588 (Ministério da Saúde, 2017) e uma nova “Política Nacional sobre Drogas” (Ministério da Saúde, 2019) as quais trazem em seu conteúdo alterações que valorizam o modelo biomédico e enfraquecem a lógica de construção do cuidado em Saúde Mental, a partir da Rede de Atenção Psicossocial. As diretrizes contidas nesta nova política

consolidam portarias e resoluções publicadas desde o final de dezembro de 2017. Entre as alterações, constam: a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia – eletrochoques – para o SUS; a internação de crianças em hospitais psiquiátricos e a defesa da abstinência para o tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, em substituição à política de danos. Assim, entendemos que esse conjunto de medidas, adotado recentemente para a política de saúde mental, favorece a possibilidade de renascimento do modelo hospitalocêntrico e essa nova diretriz da política nacional de saúde mental altera radicalmente a proposta de cuidado psicossocial, que vinha sendo adotada até 2016, na medida em que há um incentivo à internação em hospitais psiquiátricos, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta rede, que tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, vem sendo construída no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, a partir das últimas medidas governamentais citadas acima, esta rede encontra-se sob forte ameaça de continuidade. (TOMAZ, 2019, p.45)

Todos esses pontos acerca das ameaças e investidas neoconservadoras no campo da saúde mental, a partir do golpe de 2016, acentuadas pelas medidas ultraconservadoras do atual governo, impactam nas possibilidades de trabalho dos Assistentes Sociais em todos os campos, aqui em foco, na saúde mental.

Em concordância com Miotto e Nogueira (2013) o trabalho desenvolvido pelos profissionais nas esferas de formulação, gestão e execução da política social é, indiscutivelmente, peça importante para o processo de institucionalização das políticas públicas, tanto para a afirmação da lógica da garantia dos direitos sociais, como para a consolidação do projeto ético-político da profissão. Portanto, o enfrentamento dos desafios nesta área torna-se uma questão fundamental para a legitimidade ética, teórica e técnica da profissão.

Sobre a autonomia profissional, o desenvolvimento do pensamento social crítico e a postulação de que a profissão se insere na divisão sociotécnica permitiram o avanço no debate relacionado à condição do assistente social como trabalhador assalariado. Tal condição impõe limites à condução de seu trabalho e, conseqüentemente, à implementação do projeto profissional, confirmando sua relativa autonomia, que é condicionada pelas lutas travadas na sociedade entre os diferentes projetos societários. Ou seja, tal autonomia pode ser dilatada ou comprimida, dependendo das bases sociais que sustentam a direção social projetada pelo profissional nas suas ações (MIOTTO, NOGUEIRA, 2013, p.5)

O atual contexto histórico, então, é de estreitamento das políticas públicas, dos direitos sociais e de uma atuação profissional comprometida, pelo

fato de termos uma infinidade de expressões da “questão social”, concomitante com a falta de recursos para a atuação profissional. Outro ponto a ser advertido é a atuação do Assistente Social com a função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência” .

Em concordância com Tomaz (2019) há um grande perigo nessa atuação genérica do “Técnico de Referência”, pois, como apontado:

os profissionais passaram a atuar em projetos mais amplos, de caráter interprofissional, seja na execução direta desses projetos, seja nos níveis de assessoria e consultoria interna, planejamento, coordenação e representação, fazem com que os Assistentes Sociais, frequentemente, não reconheçam seus objetos de estudo, trabalho e as funções que exercem como matéria do Serviço Social e atribuições do Assistente Social. (TOMAZ, 2019, p.206)

Portanto, é evidente em concordância com as reflexões de Tomaz (2019) que a função do “Técnico de Referência”, é reflexo desse conservadorismo profissional implícito e camuflado sob o manto do trabalho inter/transdisciplinar.

Nesse sentido, pode-se afirmar que tanto o trabalho do Assistente Social quanto o atual Projeto Profissional do Serviço Social e a direção social nele implícita, não estão no nível da intencionalidade apenas do profissional. Eles estão imbricados às condições sócio-históricas determinadas por relações sociais antagônicas e contraditórias, forjadas na sociabilidade burguesa que tem seus fundamentos no trabalho, enquanto categoria econômica que expressa os fundamentos históricos do processo de constituição das classes sociais fundamentais da ordem burguesa. (TOMAZ, 2019, p. 200)

Portanto, exercer a profissão no atual cenário político, social e econômico é ver e lutar constantemente com os limites e as possibilidades para a atuação profissional na saúde mental. Considerando as similaridades entre os projetos da Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético Político, as questões relativas à atuação como técnico de referência e suas implicações em relação às competências e atribuições profissionais, é certo afirmar que

o Assistente Social deve levar em conta tanto as particularidades do locus onde esse trabalho se realiza (organização do trabalho, determinações ministeriais, influências teórico-políticas), como as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativas do profissional, que articuladas configuram as possibilidades e os limites de construção de um trabalho nos rumos aludidos pelo atual Projeto Profissional do Serviço Social. (TOMAZ, 2019, p.204)

Assim, é necessário muito cuidado, compromisso com a formação continuada e ter clareza acerca do trabalho profissional dentro da saúde mental, para não correremos o risco de corresponder ao viés conservador da profissão.

Tomaz (2019), traz em seu texto elementos ricos e fundamentados dos perigos e direcionamentos que um trabalho genérico pode acarretar à profissão. Como apontado por ela

o campo da saúde mental apresenta questões e demandas afetas à assistência, à moradia, ao trabalho, à cidadania, etc., conforme reconhecem os Assistentes Sociais. Contudo, o modelo de atendimento psicossocial, centrado na figura do “Técnico de Referência”, conforme temos demonstrado a partir dos elementos capturados a partir das entrevistas realizadas junto aos Assistentes Sociais, atribui ao Assistente Social funções de cunho individualizante, subjetivista e clínico. Assim, a necessidade da formação complementar em psicanálise e/ou psicopatologia relatada significativamente pelos profissionais entrevistados, está associada às demandas oriundas da organização do trabalho em equipes inter/transdisciplinares, centrada nas funções genéricas e inespecíficas “Técnico de Referência” e, não diretamente, às demandas ao Serviço Social que se fazem presentes no âmbito dos serviços de saúde mental pesquisados. (TOMAZ, 2019, p.211)

Ou seja, é evidente a necessidade do trabalho teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo fincado nas matrizes teóricas do marxismo, como método para a apreensão da realidade social.

REFERÊNCIAS

_____. PORTARIA Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Decreto 994, de 15 de maio de 1962, que regulamenta a Lei 3.352, que dispõe sobre o exercício da profissão de Assistente Social e a constituição do Conselho Federal de Assistentes Sociais –C.F.A.S. e dos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais –C.R.A.S. Brasília, 1962.

_____. LEI No 10.216, de 6 de abril de 2001.

_____. Decreto 35.311, de 8 de abril de 1954, que regulamenta a lei 1.889. Brasília, 1954.

_____. LEI Nº 3.532, de agosto de 1957, que regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social. Brasília, 1957.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Editora FIOCRUZ, 1 de jan. de 1998. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CNkXAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=reforma+psiqui%C3%A1trica+no+brasil&ots=q22PgeGGm1&sig=9m6lrZn9S1ShywE0aWcAuRgG260#v=onepage&q=reforma%20psiqui%C3%A1trica%20no%20brasil&f=false>>.

Acesso em: 17/07/2020.

AMARANTE, Paulo. NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde colet. 23 (6) • Jun

2018. Disponível em
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=en>> Acesso
em: 17/07/2020.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. 2005. 11 f. Universidade Federal Fluminense, Gragoatá, 2005.

BERLINCK, Manoel Tosta. MAGTAZ, Ana Cecília. TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 11 (1) • Mar 2008. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/3wsBnYKDjF5jvnRQkmmmpj4s/?lang=pt#>> Acesso em: 17/07/2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 01/07/2021.

BRASIL. Lei 1.889, de 13 de junho de 1953, que dispõe sobre os objetivos do ensino de Serviço Social e ainda as prerrogativas dos portadores de diploma de Assistente Social. Brasília, 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 001, Brasília, 31 de janeiro de 2018d. Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>>. Acesso em: 01/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool

e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019f. Disponível em: <http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 01/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019f. Disponível em: <http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 01/07/2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo>. Acesso em: 01/07/2021.

CAPS – Entenda de uma forma clara e objetiva o que são e como funcionam. Jaleko artmed 2019. Disponível em: <https://blog.jaleko.com.br/centros-de-atencao-psicossocial-caps/> Acesso em: 31/05/2021.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho; MACEDO, João Paulo Sales. “QUESTÃO SOCIAL”: desafios para o trabalho em rede na Política de Saúde Mental no Brasil. 2015. 12 f. XII Jornada Internacional de Políticas Públicas - Universidade Federal do Paraná, Maranhão, 2015.

CRESS-PR. O SUS pertence ao povo! Assistentes Sociais em defesa do direito à saúde pública e universal! Gestão: Tempo de resistir: nenhum direito a menos! CRESS-PR 2017-2020. 24 DE ABRIL DE 2019. Disponível em: <<http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2019/04/Cress-Saude.pdf>>. Acesso em: 10/08/2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira. GONÇALVES, Renata Weber. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, vol.18 no.3, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509&tlng=pt>. Acesso em: 01/07/2021.

DELGADO, Pedro G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

ESCOREL, S. Revisitando o movimento sanitário. In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 180-201. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciênc. saúde coletiva 14 (1) • Fev 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxkK9HXvfl39Nf/?lang=pt>>. Acesso em: 17/07/2020.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. Serv. Soc. Soc. [online]. 2017, n.128.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação e conservadorismo no serviço social. - 2. ed. - São Paulo : Cortez, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche. In: O trabalho do assistente social em tempo de capital fetiche. Cortez, 5 ed., São Paulo: 2011.

MACEDO, Ethiara Vieira de. Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais [manuscrito]: um estudo sobre a cobertura dos CAPS. / Ethiara Vieira de Macedo. - - Belo Horizonte: 2020. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufmg.br/images/REDE_DE_ATEN%C3%87%C3%83_O_PSICOSSOCIAL_EM_MINAS_GERAIS_-_UM_ESTUDO_SOBRE_A_COBERTURA_DOS_CAPS.pdf>. Acesso em: 01/07/2021.

MIOTO, Regina Celia Tamaso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. Serviço Social, História e Desafios • Rev. katálysis 16 (spe), 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/HC4Drwd89pyhpRb8fK3cr4S/?lang=pt>>.

NETO, Agnaldo SL. A Saúde no Brasil. Brasil Saúde, setembro 7, 2012. Disponível em: <<https://brasilsaude.site.wordpress.com/2012/09/07/a-saude-no-brasil/>> Acesso em: 01/07/2021.

NETTO, José Paulo, 1947 – Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64 / José Paulo Netto – 14. Ed. – São Paulo : Cortez, 2009

PASSOS, Eduardo. CARVALHO, Yara M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. 92 Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.92-101, 2015.

PAULIN, Luiz Fernando. TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Hist. cienc. saude-Manguinhos 11 (2) • Ago 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/?lang=pt#>>. Acesso em: 17/07/2020.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL. 2006. 7 f. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

PEREIRA, Mariana Figueiredo de Castro. 80 ANOS DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: a influência norte americana na construção da identidade profissional e seus rebatimentos na atualidade. 2016. 12 f. II Congresso de Assistentes Social do Estado do Rio de Janeiro - Conselho Regional de Serviço Social/Rj - Rio de Janeiro, 2016.

RANGEL, Rosangela Faria. A Laicização da Assistência Social na Primeira República. 2010. 9 f. XIV Encontro Regional da ANPUH-RIO - Memória e Patrimônio -, Unirio, Rio de Janeiro, 2010.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz Robaina. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/?lang=pt&format=pdf>>.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Serv. Soc. Soc. (102) • Jun 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/?lang=pt>>.

Acesso em: 17/07/2020.

SCHUELER, Paulo. O que é uma pandemia. Gov.br 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>

Acesso em: 31/05/2021.

Silva-Tomaz, C. (2019). O trabalho do assistente social na saúde mental: a experiência dos CAPS III / CERSAMs of Minas Gerais (Brasil). Trabajo Social Global – Global Social Work, 9(17), 41-64. doi: 10.30827/tsg-gsw.v9i17.9181.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do serviço social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (org.). Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 185-200. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_braz-marcelo-201608060407431902860.pdf>.

TOMAZ, Cristiane Silva. A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da Luta Antimanicomial / Cristiane Silva Tomaz - 2009.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E SEU REFLEXO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA CONTEMPORANEIDADE. 2015. 8 f. Seminário Nacional de Serviço Social: Trabalho e Política Social - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WOLFART, Graziela. Memória: Robert Castel (1933-2013). IHU On-Line, edição 416 | 29 Abril 2013. Disponível em:

<<http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/4926-liliana-segnini>> Acesso em: 01/07/2021.

YAZBEK, M.C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABESS(Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.