

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL IV**

FERNANDA SOPRANA COELHO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

CRICIÚMA

2013

FERNANDA SOPRANA COELHO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental.

Curso de Pós Graduação em Saúde Mental IV, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador (a): Schirley dos Santos Garcia

CRICIÚMA

2013

Aos meus pais, Eclair e Ângela, elos eternos de amor.

AGRADECIMENTOS

Esse Trabalho de Conclusão foi um grande desafio em minha vida, a Saúde Mental sempre foi a minha paixão, porém o Serviço Social não tem em sua grade curricular nada ligado a esse tema. Trabalhei um ano em um CAPS e foi amor a primeira vista. Pude observar o quanto é importante o trabalho do Assistente Social nesta área, por isso a ideia de fazer essa Pós Graduação e aperfeiçoar estes conhecimentos na minha profissão.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, esse ser supremo que nunca me deixa só e que está sempre me iluminando e me dando saúde e força para continuar. A fé que tenho é que me faz seguir adiante.

Meus pais, Eclair e Ângela, meu tudo, simplesmente isso. As pessoas que me amam incondicionalmente e que se doam em todos os momentos para me dar sempre o melhor. Exemplos de caráter e honestidade. Sem vocês nada sou.

Meus irmãos, Maurício e Eduardo agradeço pelo companheirismo, cumplicidade e amor. Que bom que os tenho em minha vida.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho que estão comigo a maior parte do tempo e me compreendem, me auxiliam e fazem bem a minha vida.

A minha querida orientadora Schirley que também foi desafiada a me orientar, por ser psicóloga e não ter os mesmos conhecimentos que os meus, sempre foi muito atenciosa e dedicada, me ajudando e fazendo com que eu me sentisse bastante familiarizada com o mundo da psicologia.

Agradeço imensamente a todos que de alguma forma me auxiliaram neste momento de descobertas e pleno de desafios. Muito Obrigada!

"As pessoas e os grupos sociais têm direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza".

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo mostrar a atuação do Serviço Social na área de Saúde Mental, a partir dos trabalhos já publicados nesta área, enfatizando o trabalho do Assistente Social na Saúde Mental frente ao contexto brasileiro, suas demandas e desafios. Buscando contextualizar a saúde, o serviço social, a saúde mental e sua trajetória no Brasil. Para alcançar o objetivo deste trabalho, foram usadas pesquisas bibliográficas (livros, artigos, TCC's, dissertações de mestrado, entre outros), que relatem o trabalho do assistente social, a questão social, bem como as demais vulnerabilidades que muitas vezes estão relacionadas aos transtornos mentais e necessitam muito do trabalho e do olhar deste profissional.

Palavras Chave: Assistente Social. Serviço Social. Saúde Mental.

SUMMARY

The present job aims to show the role of the social service on the area of mental health, emphasizing the social assistant work in mental health, across the Brazilian context, its demands and challenges, seeking to contextualize the health, the social service, the mental health and also its trajectory in Brazil. To achieve the objective of this work, literature searches were used, such as: books, TCC(s), master dissertations among others, which report the importance of the social worker, the social question, as well as other vulnerabilities that are often related to mental disorders and need much work and professional attention of this.

Key words: social assistant, social work, mental health.

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada
CADS – Centros de Atenção Diária
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social
COI – Centros de Orientação Infantil
COJ – Centros de Orientação Juvenil
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
HDs – Hospitais Dias
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atendimento Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
SEDH – Secretaria Especial dos Direitos Humanos
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. SERVIÇO SOCIAL: TRAJETÓRIA E TRABALHO NA ATUALIDADE.....	12
2.1 HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E NO MUNDO	12
2.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE.....	18
3. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL	23
3.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	23
3.2 O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO EM SAÚDE	27
4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL.....	33
4.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL	33
4.2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	36
5 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Mental no Brasil foi por um longo tempo baseada no isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Isto desencadeou em um grande número de pacientes afastados por longo tempo do convívio social, da vida em família, do trabalho e que necessitavam de suporte para a reinserção na sociedade.

Com o passar dos anos e com as inovações nas mais diversas áreas muitas mudanças aconteceram, o que permitiu um novo olhar para essas pessoas que possuem algum transtorno mental.

O Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se em nosso país nos anos 1940. O número de profissionais era bem pequeno e a atuação dos mesmos bastante diferente da atual, atendendo apenas jovens e famílias na prevenção higienista (BISNETO, 2007).

As ações do Serviço Social buscavam dar assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (IAMAMOTO e CARVALHO, 1998).

Através do movimento de Reforma Psiquiátrica muitos avanços aconteceram em relação à saúde mental e novos profissionais foram ganhando espaço, como é o caso do assistente social. Este com sua técnica e seu olhar profissional vem de encontro à garantia da efetivação da cidadania dos usuários da Saúde Mental.

Este profissional está focado para atender às necessidades da Psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que o mundo da psiquiatria não contempla em sua totalidade: a extrema pobreza dos usuários, as vulnerabilidades sociais vivenciadas e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva no Brasil.

A prática do Serviço Social no sistema de Saúde Mental está voltada para a Seguridade Social e é o profissional de Serviço Social que atende ao modelo previdenciário, que com o avanço do neoliberalismo na ordem capitalista vem reduzindo investimento público nesta área, associada com a saúde, a previdência social e a assistência social, limitando as possibilidades da atuação do Serviço Social em Saúde Mental.

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo conhecer o processo de trabalho do Assistente Social na área de Saúde Mental, buscando na bibliografia existente os trabalhos realizados até o momento, focando as questões que permeiam o trabalho deste profissional, as demandas e a importância do mesmo na garantia dos direitos e do resgate da dignidade destes pacientes.

No primeiro capítulo procuramos contextualizar a história do Serviço Social no Brasil e no mundo. Buscando enfatizar toda a sua trajetória e sua evolução, na luta pela sua legitimidade como profissão e não como caráter de filantropia, ligado a Igreja Católica e direcionado somente as classes subalternas.

No segundo capítulo focamos na Política Pública de Saúde, esta apresentada de acordo com a sua evolução política e histórica de nosso país. A atuação do assistente social na área da saúde também é discutida, onde este profissional é inserido como membro de uma equipe interdisciplinar, que busca humanizar seu trabalho através de sua interação com o SUS e com as demais políticas públicas.

E, finalmente, no terceiro capítulo ressaltamos a história da Saúde Mental, a sua evolução com a Reforma Psiquiátrica e o trabalho do Assistente Social neste contexto. O profissional sistematizou o trabalho em Saúde Mental, buscando a inclusão da família no tratamento do paciente, o resgate dos vínculos, da cidadania, da dignidade e a importância destas pessoas viverem com uma melhor qualidade de vida.

2. SERVIÇO SOCIAL: TRAJETÓRIA E TRABALHO NA ATUALIDADE

2.1 HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E NO MUNDO

O Serviço Social é uma profissão bastante dinâmica e que possui um curto e belo processo histórico. Seus fundamentos foram estruturados no final do século XIX, quando se consolidou o processo de industrialização, com o fomento da Revolução Industrial. Com esta muitas foram às mudanças no mundo, as questões sociais se intensificaram, fazendo com que o Serviço Social ganhasse força para iniciar sua trajetória (SANTOS, 2012).

Inicialmente, o Serviço Social apresenta-se envolvido com os interesses das classes dominantes, mas, antagonicamente, também está sujeito as classes subalternas sendo o mediador entre ambas as classes. Essa contradição está presente nos países industrializados assim como os elevados índices de pobreza nas zonas urbanas.

A expressão Serviço Social é de origem anglo-saxônica e foi utilizada pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1904, para designar uma escola em Boston para profissionais que atuavam com assistência social. O conceito tinha forte ligação com práticas benemerente (VIEIRA, 1977).

Servindo primeiramente aos propósitos da burguesia foi assim a fundamentação do Serviço Social. Os profissionais buscavam amenizar os conflitos surgidos entre a crescente classe operária absorvida pelo sistema capitalista, na Europa e nos Estados Unidos (SANTOS, 2012).

O Serviço Social, como sabemos, possuía um caráter de filantropia, não apresentando um perfil profissional. Durante muito tempo o mesmo se manteve seguindo os dogmas da doutrina social da Igreja Católica, que apresentou um aspecto humanista a profissão.

Assim como na Europa o Serviço Social também se desenvolveu nos Estados Unidos, tornando-se uma referência para o capitalismo logo no início do século XX. Nesses dois locais os esforços para a viabilização da profissionalização do Serviço Social foram significativos (SANTOS, 2012).

É no imediato pós-guerra civil que se engendram as condições culturais elementares que, na virada do século, permearão as protoformas (são as instituições sociais que se mostram com origem confessional, prática da ajuda, caridade e

solidariedade, impregnadas pela filosofia tomista e a serviço da classe dominante) do Serviço Social. A crítica sociocultural, na Europa, era obrigada a pôr em questão aspectos da sociedade burguesa; na América, o tipo de desenvolvimento capitalista não conduzia a crítica a checá-lo. No período que estamos enfocando, a síntese dessas diferenças pode ser resumida da seguinte maneira: nas fontes ideológicas das protoformas e da afirmação inicial do Serviço Social europeu, dado o anticapitalismo romântico, há vigoroso componente de apologia indireta do capitalismo; nas fontes americanas, nem desta forma a ordem capitalista era objeto de questionamento (NETO, 2011, p.114).

Percebemos aí que o Serviço Social executado na América diferenciava-se do apresentado na Europa. O mesmo surgiu como uma estratégia de disciplinamento, controle e reprodução da força de trabalho. Sendo o seu papel principal conter e controlar as lutas sociais, assim destaca (IAMAMOTO, 2005).

No Brasil o Serviço Social teve sua origem a partir dos anos 30 através do amplo movimento social desenvolvido pela Igreja Católica, através de práticas assistencialistas de ajuda ao próximo e com o objetivo de tornar a sociedade um pouco mais cristã e defender seus interesses junto às classes subalternas e a família operária que estava ameaçada pelas ideias comunistas. Com o processo de industrialização e o grande aumento das populações urbanas é que aconteceu o surgimento do Serviço Social em nosso país (IAMAMOTO, 1983).

As trabalhadoras sociais da época eram moças ricas e de famílias abastadas que lidavam diretamente com o proletariado da época, geralmente das próprias empresas da família. O trabalho era alienado e destacava o amor ao próximo, segundo o que pregava a Igreja.

O Presidente da República desta época era Getúlio Vargas, conhecido como "pai dos pobres", criou algumas leis em benefício aos trabalhadores, visto que sua política social era bastante forte e assistencialista.

Em pleno regime de Estado Novo, Getúlio Vargas em 1938 funda o Conselho Nacional de Serviço Social - CNSS. O órgão era composto por 07 membros que deveriam estar ligados ao Serviço Social, com o objetivo de opinar sobre questões sociais. Com a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, em 1993, extinguiu-se o CNSS e este foi substituído pelo atual Conselho Nacional de Assistência Social –CNAS.

Nos anos 40 e 50 o Serviço Social brasileiro recebe uma forte influência

norte-americana. Sua ênfase estava voltada a ideia de ajustamento e ajuda psicossocial. Surge então o "Serviço Social de Caso", o "Serviço Social de Grupo" e o "Serviço Social de Comunidade"; estes buscando abordar as peculiaridades individuais e grupais.

Nesta época, mais precisamente em 1944, o Estado brasileiro iniciou a inclusão de Assistentes Sociais na área pública. Até esse momento as ações sociais eram executadas pela rede privada, com o auxílio e a intervenção da Igreja Católica. No setor público, destacamos a inserção deste profissional junto a Previdência Social.

Nas décadas de 60 e 70 acontece a renovação da profissão, focando na ruptura do conservadorismo. O Serviço Social se laiciza e busca incorporar nos seus quadros os segmentos subalternizados e fragilizados da sociedade. Interagindo com as Ciências Sociais aproximando-se dos movimentos de "esquerda", isto é, dos sindicalismos da época.

Em 1957 a profissão é regulamentada no Brasil, através da Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957. Essa legislação vigorou por 36 anos, sendo substituída somente em 1993, com a Lei nº 8.662.

Em 1962 foi estabelecido, através de Decreto Federal, o dia 15 de maio, o dia do Assistente Social, comemorado até hoje.

Neste período a principal tarefa dos Assistentes Sociais era prestar assistência material, com o objetivo de prevenir a "desorganização" e a "decadência" das famílias operárias, conseguindo para elas empregos, abrigos provisórios e outros benefícios emergenciais. O Serviço Social traria uma mudança na vida destas famílias, vistas como anormais perante a sociedade e que a pobreza não era um problema social, mas sim uma vergonha para os indivíduos e que deveria ser superada através do trabalho.

O profissional inicia um processo de ampliação nas suas áreas de atuação, que vai além das pesquisas; mas também busca efetividade nas questões ligadas a administração, ao planejamento, a avaliação de programas sociais, bem como no desenvolvimento de ações de assessoria aos setores populares.

Em 1967 inicia-se a reconceituação do Serviço Social brasileiro, através do 1º Seminário de Teorização do Serviço Social, em Araxá - MG, momento histórico no processo de teorização da profissão, onde foram estabelecidas novas propostas de ações que iriam ao encontro da realidade social e política do país. O evento

contou com a presença de diversos Assistentes Sociais, onde foi produzido o "Documento de Araxá" que auxiliou e muito a evolução da profissão e a valorização do profissional.

Nos anos 80 destacamos o início do grande debate sobre a ética do Serviço Social, buscando o rompimento com a ética da neutralidade e o tradicionalismo filosófico na ética do humanismo cristão. Assume-se o compromisso com a classe trabalhadora, através da aprovação do Código de Ética Profissional em 1986. Acontece ainda a democratização das entidades de categoria, a superação da lógica cartorial pelo Conjunto Conselho Federal de Serviço Social - CFESS e Conselho Regional de Serviço Social - CRESS; que conquistam destaques no processo de consolidação do projeto ético-político do Serviço Social.

O Assistente Social busca novas práticas para atender as camadas populares no início da década de 80. Aumentam os debates referentes a formação profissional, ao currículo e a questão metodológica (Iamamoto, 2005). Com a Constituição de 1988 a sociedade civil avança muito em relação a busca da legitimação dos seus direitos e o Assistente Social deixa de ser visto como um agente de caridade e vai em direção ao trabalho com políticas públicas, auxiliando seus usuários na garantia e efetivação dos direitos.

Conforme Paiva (1999, p. 13) "A Assistência Social tornou-se com a Constituição de 1988, em seus artigos 203 e 204, parte integrante da rede de proteção social pública no Brasil, considerando-o como um artefato político-histórico desta sociedade".

Na década de 90 o Serviço Social vivencia os efeitos do neoliberalismo, da flexibilização da economia e reestruturação no mundo do trabalho, da minimalização do Estado e da retração dos direitos sociais. Neste contexto, o campo de atuação do Serviço Social ganha ainda mais espaço, atuando no Terceiro Setor, nos Conselhos de Direito e também nas questões voltadas a serviços de assessoria. Discute-se muito o uso do instrumental técnico-operativo, criando assim novos instrumentos nas direções éticas, políticas e teóricas. Inicia-se um processo de mudanças da prática imediatista e voluntarista.

Um marco dos anos 90 foi a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, em 13 de julho de 1990, através da Lei nº 8.069, essa legislação tornou-se referência mundial na área dos direitos da criança e do adolescente e um instrumento auxiliador do trabalho do Assistente Social.

Diversos autores debatem sobre o surgimento da profissão no país e muitas são as constatações. Iamamoto (2005) em uma de suas falas afirma que o Serviço Social surgiu como uma das estratégias concretas de disciplinamento, controle e reprodução da força de trabalho, sendo o seu papel conter e controlar as lutas sociais.

Em 07 de dezembro de 1993, foi promulgada a LOAS, Lei nº 8.742, que dispõe sobre a organização da política de Assistência Social. Esta Lei estabeleceu primordialmente a luta pela superação da exclusão social como também a busca para a diminuição das desigualdades sociais. Destacamos aqui o Artigo 1º desta Lei "A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas".

Juntamente com a LOAS em 1993, vale destacar a regulamentação do Benefício de Prestação Continuada - BPC. Este é "a garantia de 01 salário mínimo mensal a pessoa portadora de deficiência e aos idosos com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua própria família", Art. nº 20. Hoje este é um direito garantido aquelas pessoas que nunca contribuíram para a Previdência Social por motivos decorrentes de renda, pobreza, entre outros e o Assistente Social é quem auxilia na concessão do mesmo através de seu olhar profissional.

O Código de Ética do Serviço Social foi implantado também em 1993, este foi um grande avanço para a categoria profissional. Afirma um conjunto de normas e regras, bem como um novo perfil profissional, buscando efetivar eticamente para a eficácia dos projetos ao qual sua prática se direciona.

Iamamoto (2005, p.80), afirma

Tal perspectiva reforça a preocupação com a qualidade dos serviços prestados, como o respeito aos usuários, investindo na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de crivos de seletividade no acesso aos atendimentos. Volta-se para a formulação de propostas (ou contrapropostas) de políticas institucionais criativas e viáveis, que alargarem os horizontes indicados, zelando pela eficácia dos serviços prestados. Enfim, requer uma nova natureza do trabalho profissional, que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional, mas lhes atribui um tratamento teórico-metodológico e ético-político diferenciado.

Outro avanço histórico foi à promulgação da Política nacional para a inclusão dos idosos. A Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, "dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências". Documento este fundamental que tem como objetivo principal assegurar os direitos sociais dos idosos, com 60 anos de idade ou mais, oportunizando condições de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Em 2003 é criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar - CONSEA, regulamentado através da Lei nº 5.079 de 2004. Este tem como principal objetivo estimular a organização da sociedade para a formulação, execução e acompanhamento das políticas de segurança alimentar, nutricional e combate à fome.

Ainda no mesmo ano foi criado o órgão em defesa dos direitos humanos - a Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH, regulamentada através da Lei nº 10.683.

Em 2003 através da IV Conferência Nacional de Assistência Social delibera a implantação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Este, a exemplo do Sistema Único de Saúde - SUS veio para organizar e descentralizar a gestão desta política pública, consolidando os princípios preconizados na LOAS, identificando a assistência social como proteção social. Dividida em proteção social básica e proteção social especial.

O SUAS (BRASIL, 2004) busca a inclusão e a equidade dos sujeitos - progressivamente vulnerabilizados - apreendendo-os em sua coletividade - enfocando a família em seu contexto natural como eixo central da assistência - e considerando não apenas suas necessidades, mas também suas capacidades, extinguindo ações seletivas e individualistas.

Para Pereira (2002), o SUAS representa mais um mecanismo que favorece a luta pela reivindicação da ampliação dos canais de participação da sociedade, contra a cooptação da ideologia neoliberal e abre espaço para uma intervenção mais qualificada do Serviço Social junto à sociedade civil.

Em 2010 é sancionada pela Presidente da República a PL 30 - Lei nº 12.317, ou seja, trinta horas de trabalhos semanais para todos os Assistentes Sociais.

No decorrer dos anos o Serviço Social e a política de Assistência Social

ganharam espaço por todo o mundo. Os avanços conquistados por essa política pública são muitos, conforme nosso relato acima. Novas discussões sobre a questão social surgiram, o profissional está mais amparado através de das novas leis existentes.

2.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

O Serviço Social é uma profissão interventiva e investigativa que busca diminuir as disparidades sociais. Tem na questão social a base de sua fundamentação e especialização do trabalho. Segundo Iamamoto (2005, p.27) a questão social é entendida como o "conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade".

Para exercer a função de Assistente Social é necessário registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do respectivo estado onde pretende exercer sua profissão. Existem em nosso país 24 CRESS e 3 delegacias de base estadual e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), órgãos de fiscalização do exercício profissional no país.

De acordo com Fraga (2010, p.41), o Serviço Social é uma profissão essencialmente interventiva. A partir dessa noção convencionou-se caracterizar o Serviço Social como uma profissão de intervenção na realidade social, e o Assistente Social, profissional da área, seria, então, aquele profissional imerso no pragmatismo, habilitado para intervir nas diferentes manifestações da questão social.

O profissional trabalha com a questão social nas suas mais diversas expressões do cotidiano, como os indivíduos as vivenciam no trabalho, na família, na saúde, na sociedade. É assim que surge a necessidade da intervenção e ação do trabalhador, é dever deste entender as múltiplas expressões que provoca então a necessidade da ação profissional.

CFESS (2010, p.33)

O trabalho que o Assistente Social desenvolve, nos diferentes espaços

institucionais que ocupa, é composto por um objeto, constituinte e constituído pela realidade social, que aparece, via de regra (sobretudo nas ações que envolvem crianças adolescentes, famílias), por meio da violência social - ou violência da pobreza; por meio da violência interpessoal e intrafamiliar, pela negligência, ausência de trabalho ou trabalho precário, pela ausência ou insuficiência de políticas sociais universalizantes e redistributivas, situações que muitas vezes são permeadas por conflitos e rompimentos de vínculos na esfera familiar.

O Assistente Social atua, através de pesquisas e análises da realidade social, na formulação, execução e avaliação de serviços, programas e políticas sociais que buscam a prevenção, defesa e ampliação dos direitos humanos e a justiça social.

IAMAMOTO (2005) enfatiza que

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho.

O trabalho deste profissional tem como objetivo a garantia de direitos e assistência para a população desamparada, executando estes através da formulação de políticas públicas e sociais, de maneira organizada e planejada, proporcionando assim uma vida mais digna e plena de direitos.

A Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993, como já relatamos anteriormente, regulamenta a profissão no país. Desde o início até a atualidade a profissão vem se redefinindo e se tornando ainda mais legitimizada, visto a realidade social do Brasil, entendendo o seu significado social expressado pela grande demanda de atuar junto às classes mais desfavorecidas, nas expressões da questão social, nas desigualdades sociais e econômicas, manifestas na pobreza, violência, fome, desemprego, entre outras.

O profissional de Serviço Social realiza um trabalho essencialmente sócio-educativo e está qualificado para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas sociais públicas e privadas, tais como planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria. O seu trabalho tem como principal objetivo responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar. Para isso, o assistente social utiliza vários instrumentos de

trabalho, como entrevistas, visitas domiciliares, análises sociais, relatórios, levantamento de recursos, encaminhamentos, dinâmicas de grupo, pareceres e estudos sociais, entre outros.

De acordo com o CFESS, o Assistente Social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida do usuário. A adequada utilização desses instrumentos requer uma contínua capacitação profissional que busque aprimorar seus conhecimentos e habilidades nas suas diversas áreas de atuação.

O trabalho deste profissional faz-se desenvolvendo ou propondo políticas públicas que possam responder pelo acesso dos segmentos de populações aos serviços e benefícios construídos e conquistados socialmente, principalmente, aquelas da área da Seguridade Social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social).

Além dos instrumentais citados acima, Iamamoto (2005, p. 97) acrescenta:

Tendo como instrumento básico de trabalho a linguagem, as atividades desse trabalhador especializado encontram-se intimamente associadas à sua formação teórico-metodológica, técnico-profissional e ético-política. Suas atividades dependem da competência na leitura e acompanhamento dos processos sociais, assim como no estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos sociais junto aos quais atua.

De acordo com todos os estudos que realizamos, percebemos que existe uma transformação na demanda pelo Serviço Social da qualificação e para a competência. Faleiros (2001, p. 22) acrescenta “essa mudança de qualificação para a competência significa que não é o diploma que faz você ser contratado hoje, mas a competência que você tem para lidar com as novas questões que estão surgindo. Por exemplo, para uma Organização Não Governamental - ONG que vai trabalhar com crianças ou adolescentes, não interessa se a pessoa seja antropóloga, seja assistente social, seja economista, seja socióloga, interessa a competência da pessoa para lidar com a articulação de novas iniciativas”.

A profissão sempre foi vista como flexível, ou seja, os assistentes sociais não trabalham com protocolos rígidos como os médicos e enfermeiros, por exemplo, que necessitam seguir dispositivos de diagnóstico e tratamento.

Para o Assistente Social, cada indivíduo é único e é observado em sua

totalidade e de acordo com o seu contexto de realidade. Hoje o desafio como afirma Faleiros (2001, p.24):

É combinar a flexibilização da ação com uma análise complexa das ações. Assim, não tem sentido falarmos da flexibilidade sem a análise da complexidade, mais ainda, do mais fundamental, isto é, da totalidade. Ver a totalidade é dar-se conta da relação entre o imediato e as mediações mais profundas das questões, o que nem sempre está presente no conceito da complexidade. Temos que abandonar, cada vez mais, os pensamentos simplificadoros, analisando as situações concretas como correlações de forças, articulando-se a análise das contradições com a análise dos conflitos, dos interesses em jogo e das estratégias em movimento.

Muito se especula sobre qual é realmente o objeto de trabalho do Serviço Social. Quando questionado sobre essa questão, Faleiros (2001, p.23) destaca: "depende da inserção do objeto no contexto e momento históricos e também da relação institucional econômica e política do Serviço Social como da perspectiva teórica de referência. Assim, é preciso referir-se às múltiplas dimensões da profissão para nos darmos conta da sua realidade em movimento pensado".

Destacamos alguns campos de trabalho do Assistente Social: Redes de Serviços Sociais do Governo Federal, Estadual e Municipal; Hospitais e demais serviços de Saúde; Escolas e Creches; Centros de Convivência; Serviços de Proteção Judiciária; Conselhos de Direito; Movimentos Sociais, entre outros.

Faleiros (2001, p.27) enfatiza ainda,

Não podemos perder a capacidade de crítica, a capacidade de buscar os fundamentos, a essência da crítica. Esse é o nosso desafio mais importante e mais difícil. Se quisermos viver a contemporaneidade com consciência de si, dos outros, do contexto, e com propostas, é preciso um reencontro profundo e constante com a crítica.

Para finalizar este primeiro capítulo, onde contextualizamos todo o histórico da profissão do Serviço Social no Brasil e no Mundo, bem como a profissão no mundo contemporâneo, entendemos a necessidade de finalizar nossa fala com a citação de Yamamoto (2005, p. 17):

O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

No próximo capítulo iremos apresentar a política de saúde no Brasil, sua trajetória e evolução, bem como a inserção do Serviço Social no trabalho em saúde, suas demandas e o papel do assistente social frente às diversas circunstâncias, bem como a garantia da universalização deste serviço aos usuários que o procuram.

3. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

3.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo a OMS –Organização Mundial da Saúde a saúde tem um conceito bastante amplo, não sendo considerada apenas como ausência de doenças, mas sim um estado de complexo bem-estar físico, mental e social. (SEGRE e FERRAZ, 1997).

A OMS foi criada logo após a Segunda Guerra Mundial (1945) e pelos estudos que pesquisamos, percebemos que existia uma preocupação em objetivar uma definição positiva de saúde, buscando incluir questões ligadas a alimentação, habitação, educação física, acesso ao sistema de saúde, entre outros. O bem-estar social estava focado em tentar amenizar as questões relacionadas a guerra e proporcionar a paz.

A saúde pública está centrada a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Não deve ser confundida com o conceito mais amplo de saúde coletiva. (BRAVO, 2001)

Segundo Bravo (2001, p.88),

No Brasil a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Através dos autores estudados, podemos observar que na década de 30 a política de saúde era organizada em dois subsectores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. As principais alternativas em saúde pública adotadas foram: ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde

dos estados de fraco poder político e econômico; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; criação de serviços de combate a endemias: febre amarela e malária; reordenação do Departamento Nacional de Saúde.

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2001, p. 92).

O surgimento dos IAPs coincide com uma nova fase da política brasileira estabelecida com a revolução de 1930. Com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder inicia-se uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura do Estado Novo em 1937. Trata-se de uma fase de profunda centralização e, conseqüentemente, com uma maior participação estatal nas políticas públicas, em razão da característica do governo ditatorial, as quais se corporificam em medidas essencialmente populistas (RONCALLI, 2003).

Com o início da Ditadura Militar os grandes problemas estruturais relacionados a saúde não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2001, p. 93)

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO, 2001).

No início da década de 80 esse sistema começa a mostrar sinais de esgotamento. Como fator agravante, previdência começa a “envelhecer” e a fase de captação de recursos começa a dar lugar a uma fase de maiores gastos. Ou seja,

durante os primeiros anos de sua existência, a Previdência Social apenas recebeu contribuições que proporcionaram um volume de recursos e um patrimônio considerável. Com o aparecimento das primeiras aposentadorias e pensões, a Previdência passa a ter que gastar um dinheiro que já não tem mais (VARGAS, 2008, p. 17).

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia (BRAVO, 2001, p. 95).

Diversas propostas culminavam nesta época, entre elas estavam a universalização do acesso; a concepção de saúde como um 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 sob 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, 2001).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, denominada por muitos como a “Constituição Cidadã” e que vigora até hoje no país. Segundo Bravo (2001), a mesma representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente a grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdades sociais. A Constituição federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

O SUS, segundo o artigo 198 da Constituição Federal (1988), é definido como um conjunto de “... ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III. Participação da comunidade”.*

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS baseou-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (VARGAS, 2008, p.20).

De acordo com nossos estudos constatamos que mesmo estando preconizada na Constituição, a regulamentação do SUS aconteceu somente em 1990, com a Lei 8.080, logo após em dezembro do mesmo ano, foi promulgada a Lei 8.142, complementando a primeira. Assim, as duas Leis juntas, definidas hoje como a Lei Orgânica da Saúde – LOS.

O SUS, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado e de direito à saúde, sendo eles a universalidade, equidade e a integralidade (VARGAS, 2008, p.20).

Ao analisarmos as políticas públicas de saúde no Brasil até os dias atuais podemos compreender como e porque a Saúde chegou onde está. A reforma de um sistema de saúde nos moldes em que foi pensado o SUS e considerando a conjuntura econômica mundial e brasileira atual é um processo lento e, a despeito de estar claro que poderíamos ter caminhado mais, os 20 anos que separam o hoje da aprovação da lei do SUS na Constituição Brasileira pode ser considerado pouco tempo para sua total consolidação visto as dificuldades que foram enfrentadas (VARGAS, 2008, p.29).

Dentre toda a história da política de saúde brasileira podemos perceber o quanto avançamos e o quanto ainda temos que progredir. A saúde pública apresenta muitos problemas sim, mas é evidente que o que se conseguiu até agora é muito significativo e importante. A partir do entendimento que todos nós temos de saúde enquanto direito, é nosso dever, tanto como cidadão tanto como profissionais da área, reivindicar para que este sistema seja desenvolvido em sua totalidade, assim como preconizado nas diversas leis brasileiras. Essa é a uma forma de, inclusive, promover mais justiça social, mais democracia e mais humanidade dentro da nossa sociedade.

3.2 O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO EM SAÚDE

Observa-se historicamente que a atuação do Serviço Social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), sendo a preocupação com a saúde, como uma questão política, explicitada no seio da categoria somente na virada da década de 80 para 90 (BRAVO, 1996).

O Serviço Social nesse período é caracterizado por avanços construídos por um conjunto de profissionais situados na tendência “intenção de ruptura”, tanto no aspecto político, como no institucional e no acadêmico. Não que com isso estejamos afirmando que essa tendência é a única no debate e nem que na totalidade da categoria ela seja hegemônica; também não desconsideramos a contribuição das outras tendências. Entretanto chamamos atenção para o fato, de que foi essa tendência que animou e direcionou os avanços, conquistando assim a hegemonia do debate profissional (MATOS, 2003, p.89).

Segundo Matos (2003), para pensar o trabalho do Serviço Social no setor da saúde nessa década, faz-se necessário ter em mente ser esse período o de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal do país. Sendo assim, sua estratégia de rearticulação do capital em nível planetário, traz consigo, além da defesa de um Estado mínimo para as questões do social, a promoção de uma reestruturação do mundo do trabalho, em que a precarização e a drástica redução das conquistas sociais e trabalhistas são propostas em nome de uma adaptação inexorável aos novos ditames mundiais. O discurso predominante passa a ser o de que a globalização é um fato incontestável, que atinge a todos, sendo necessário um conjunto de esforços para a entrada nessa realidade.

Em nosso entendimento e de acordo com todos os autores pesquisados há a necessidade de pensarmos diferente, focarmos no projeto neoliberal, nas estratégias de globalização e na reestruturação produtiva, visto que estas não são mais que uma fase tática de sobrevivência e de manutenção do capitalismo, frente a sua crise estrutural.

É sobre essa tensão – entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal – que vai se debruçar o Serviço Social. Por mais que, enquanto categoria, o Serviço Social ainda não tenha nessa década intervenção no movimento sanitário, há um reconhecimento interno na categoria da defesa estratégica do SUS. Tal defesa tem seu ponto de arranque na concepção de políticas sociais que a categoria vem

tecendo coletivamente desde a década de 80 (MATOS, 2003, p. 91).

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condições de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo (SODRÉ, 2010).

Também nesse período, por meio de políticas urbanas, as abordagens individuais sobre saúde foram desenvolvidas de forma mais ampla. Como destaca Sodré (2010), o Serviço Social de caso para a saúde pública era a representação da necessidade de intervenção do assistente social nas políticas de reprodução social. Trazia ainda o reconhecimento de que a saúde possuía seus determinantes sociais, mas também a afirmação de que muitos desses determinantes eram tratados isoladamente. Isso caracterizou uma ação maciça de atendimento de “casos sociais” – quase um contracenso.

Desta maneira, pelo que percebemos nos relatos de diversos autores, o atendimento de caso nas grandes instituições ampliou muito, apoiado por um excesso de demandas com o qual o assistente social se deparou. A prática da sistematização se perdeu em muitas instituições devido ao grande contingente de pessoas atendidas.

Desse mesmo período, nasce nos hospitais públicos, como ferramentas do Serviço Social, o “livro preto”. Um livro de ata, com capa preta, em que o assistente social relata o atendimento que chega até ele como registro de sua demanda. Atualmente, o “livro preto” está para o Serviço Social no campo da saúde como o Ford modelo T está para o fordismo¹ – algo superado. Trata-se de um registro superficial, sem dados que venham a servir de fonte para uma sistematização qualificada. Registros pontuais realizados de acordo com a vontade, o tempo e a decisão do assistente social no momento da chegada do usuário. Uma

¹ Fordismo: processo produtivo de produção em série e em massa para o consumo massivo, uma rígida divisão de tarefas entre executores e planejadores, o trabalho parcelar fragmentado e a constituição da figura do "operário massa". Iamamoto (2005, p. 29).

forma padronizada de dizer “resolva no próximo plantão”. Assim, as demandas que chegam ao Serviço Social são tratadas como uma situação isolada fazendo com que o próprio assistente social desqualifique seu trabalho, não colocando a dimensão macrossocial que está contida em cada atendimento que realiza, ou melhor, não destacando a complexidade das manifestações da questão social naquela demanda trazida ao campo da saúde pública (SODRÉ, 2010).

Os grandes hospitais traziam consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro de uma grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma, como relata Sodré (2010), aos poucos molda-se uma rotina também para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro. O Serviço Social criou e reproduziu normas institucionais de forma mecanizada para todos aqueles que o procuravam. Em cada clínica, enfermaria ou ambulatório “apertavam-se parafusos” em partes diferentes do corpo humano.

Os assistentes sociais precisam atentar para não repetir o modelo de produ o em massa, que no caso da saúde-fábrica pode ser compreendido por plantões e encaminhamentos. Aquele arquétipo resumido em uma sala, um livro preto, um assistente social e uma agenda antiga com contatos telef nicos desatualizados. O que poderia ser equiparado ao médico que são entregava receitas. Este modelo não condiz com o discurso que foi criado pelo Serviço Social, que apregoa a emancipa o humana como princípio. O que a instância hospitalar proporcionou   forma o profissional foi uma lógica inserida na dimensão histórica maior da institui o – uma máquina de fabricar produtos sem sentidos para o seu produtor e para o seu demandante. Produtos que se esgotam em si mesmos e perdem a dimensão processual do trabalho do assistente social (SODRÉ, 2010).

Aos poucos, com o passar dos anos e a inser o do assistente social nas mais diversas áreas, este profissional começou a ocupar mais espaço e fazer sua interven o de forma mais dinâmica e ativa, principalmente no campo da saúde, a fim de fazer valer a efetiva o dos direitos dos usuários que o procuram.

Segundo Merhy (1997, p. 132), quando um trabalhador dos serviços encontra-se com o usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros em ato. No caso dos serviços de saúde, essa intersec o   do tipo compartilhada, porque o

usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou de insumos, medicamentos, etc., mas é coparticipante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento/aplicação das prescrições médicas e recomendações terapêuticas.

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 1998, p.310).

O assistente social tem sido cada vez mais convocado a atuar na gestão dessa força de trabalho no campo da saúde, algo que nos desafia a pensar sobre essas relações de forma mais aprofundada. Ao profissional que se resume a dar plantões e encaminhamentos, as políticas de saúde lhe reservam lugares extenuantes de trabalho, equipes despreparadas, ambientes insalubres, condições inferiores de administrar seu processo de trabalho no atendimento aos usuários. O modelo flexível de saúde requer um assistente social além do arquétipo “plantão-encaminhamento” (SODRÉ, 2010).

A maneira como se deu (e ainda acontece muito) a implantação da política de saúde traz aspectos importantes sobre a ação do Estado. O assistente social é solicitado, durante todo o seu tempo de trabalho, a atender demandas complexas, de forma desmedida pode ser considerada a sua intensidade. Por vezes, o atendimento de uma só pessoa pode ocupar dias de trabalho devido a sua complexidade. E mesmo com demandas grandes e intensas de atendimento direto à população, é também convocado a ocupar cargos que dialogam com a gestão (SODRÉ, 2010).

O assistente social realiza atividades que incidem sobre comportamentos e atitudes da população e tem na linguagem seu principal instrumento privilegiado de ação. Isso lhe permite trabalhar nas expressões concretas das relações sociais, no cotidiano da vida dos sujeitos e faz com que disponha de relativa autonomia na condução do exercício de suas funções institucionais (IAMAMOTO, 2007).

Nas ações de execução das políticas de saúde, esse perfil “humanizador” da política social ganha maior visibilidade, visto que o trabalho dos profissionais de saúde, neste caso do assistente social, cria os nexos de ligação entre os interesses de Estado e os dos usuários por meio da linguagem, uma ação eminentemente

humana. Por intermédio dessa dimensão do trabalho vivo, pode-se afirmar que nunca seu processo de trabalho será idêntico, ainda que as tentativas dos interesses de seu empregador sejam transformar esse trabalho em uma ação serializada, maciça, sem reflexão contida na ação (SODRÉ, 2010).

Ao assistente social que trabalha no campo da saúde torna-se importante trazer a tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida. Tomar a análise de Yamamoto (2007) representa repensar as ferramentas de trabalho, seu objeto, mas principalmente repensar o próprio trabalho do assistente social como potência, constituinte – um trabalho que trará à tona manifestações da questão social que se conectam na sua dimensão micro e macropolítica na rotina de atuação deste profissional.

Não há dúvida quanto à relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para a consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde (COSTA, 1998, p.340).

Assim, podemos afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como um agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre estes e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a entender que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações (COSTA, 1998).

Pretendemos no terceiro capítulo focar a temática da Saúde Mental no Brasil, seu surgimento, as questões que a envolvem, suas demandas, o surgimento da Reforma Psiquiátrica propondo um novo modelo assistencial em saúde mental, onde se exclui o isolamento do paciente, buscando um tratamento mais humanizado, trazendo a importância do papel da família.

Ressaltamos, para finalizar este trabalho, no terceiro capítulo, o papel do assistente social no trabalho em Saúde Mental, a importância deste profissional na

equipe interdisciplinar, seu olhar diferenciado e especializado frente às mazelas que vão ao encontro destes pacientes que possuem algum transtorno mental, bem como suas famílias.

4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

4.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A psiquiatria nasce no Brasil com o desígnio de resguardar a população contra os exageros da loucura, ou seja, não havia finalidade em buscar uma cura para aqueles acometidos de transtornos mentais, mas sim, excluí-los do seio da sociedade para que esta não se sentisse amofinada Rocha (1989, p.13). A questão principal era o isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos e não com um tratamento. Estes doentes eram colocados em lugares de clausura, denominados também como asilos, hospícios e manicômios.

Segundo o entendimento de alguns autores isso acabou gerando um grande número de doentes mentais afastados por longo tempo do convívio social e que precisavam de apoio especial para a sua reinserção na sociedade.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, começa a surgir o modelo manicomial brasileiro, principalmente os manicômios privados. Nos anos 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o Estado passa a utilizar os serviços psiquiátricos do setor privado. Dessa forma cria-se uma “indústria para o enfrentamento da loucura” (AMARANTE, 1995, p.13).

O modelo asilar ou hospitalocêntrico continua predominante até o final do primeiro meado do século XX. Até que em 1961, o médico italiano Franco Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. No campo das relações entre a coletividade e a insanidade, ele assumia uma atitude crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do alienado. Ele defendia, ao contrário, que o doente mental voltasse a viver com sua família. Sua atitude inicial foi aperfeiçoar a qualidade de hospedaria e o cuidado técnico aos internos no hospital em que dirigia. Essas normas e o pensamento de Franco Basaglia influenciaram, entre outros, o Brasil, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover à reinserção social (MESQUITA, 2010, p. 4).

Na década de 70 foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e

privadas) de atendimento psiquiátrico à população. É nesse contexto, que no fim da década citada, que surge a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A questão psiquiátrica é colocada em pauta: tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário (ROTELLI, 1990).

O processo de Reforma Psiquiátrica acontece num contexto internacional de mudanças pela superação da violência familiar. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (VITAL, 2007).

No ano de 1978 ocorre a reemergência dos principais movimentos sociais no Brasil, após um longo período de repressão militar, ficando marcado este ano como sendo o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Dentro de grandes movimentos sociais, se destaca o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, sendo o movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e a construir coletivamente uma crítica a assistência às pessoas com transtornos mentais baseado no asilamento em hospitais psiquiátricos (VITAL, 2007, p.24).

No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru – SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial.

A nova etapa consolidada no Congresso de Bauru repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1995, p. 82).

Em 1989, logo após a criação do SUS, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG). “O qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Porém, cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo

Delgado é aprovada no país. A concordância, no entanto, é uma emenda do Projeto de Lei original, que traz transformações importantes no texto normativo” (MESQUITA, 2010, p.5).

A Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e a construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do asilamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede ampla de serviços de atenção psicossocial (VITAL, 2007, p. 25).

A Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a publicação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a de programas, tal como “De volta para casa”. Novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental foram postas em prática (MESQUITA, 2010, p. 6).

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Surgiram diversos serviços de atendimento extra-hospitalares de bastante relevância, são eles: Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPsi; CAPsad); Centro de Atenção Diária – CADS; Hospitais Dias – HDs e Centros de Convivência e Cultura.

A Reforma Psiquiátrica, tendo como meta principal a desinstitucionalização dos manicômios, foi compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. A mesma destaca-se então enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo

hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (MESQUITA, 2012, p.9).

A seguir destacamos o surgimento do trabalho do profissional de Serviço Social em Saúde Mental, sua evolução histórica e importância no trabalho multidisciplinar.

4.2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL

O Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se no Brasil nos anos 1940. O número de profissionais era bem pequeno e a atuação dos mesmos bastante diferente da atual, atendendo apenas jovens e famílias na prevenção higienista (BISNETO, 2007).

As ações do Serviço Social buscavam dar assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (IAMAMOTO E CARVALHO, 1998).

Em Saúde Mental as primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil – COI/COJ em 1946, que foi uma experiência importante na conformação do modelo do serviço Social Clínico (VASCONCELOS, 2000).

Sua estrutura atual deu origem somente após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com a prestação de serviços sociais necessários ou benéficos para a lógica dos manicômios com o intuito de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes. A inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu nos anos 70 por exigência do INPS (BISNETO, 2007, p. 113).

A origem do Serviço Social em Saúde Mental iniciou diante das necessidades terapêuticas ou clínicas para os transtornos mentais, mas sim da modernização conservadora do Estado ditatorial brasileiro em busca de um legitimação das áreas críticas, como à atenção a saúde dos trabalhadores e as questões previdenciárias.

O grande problema para o governo da Ditadura Militar nos hospícios no fim dos anos 60 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que

saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária da assistência mental. O assistente social veio para viabilizar o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (Bisneto, 2011, p. 25).

As particularidades do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil repousam nas suas contradições, e não na sua especificidade. As reformas no Estado brasileiro que ampliaram o âmbito de atuação do Serviço Social na ditadura militar também ocorreram na área de Saúde Mental.

O Serviço Social entrou objetivando as novas visões em Saúde Mental: atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária. Atendia também às indicações do modelo da psiquiatria preventivista, e voga nos Estados Unidos nos anos 1960 (SOUZA, 1986, p.31).

O que percebemos é que o profissional veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. Como destaca Bisneto (2011) o Serviço Social foi demandado pelo Estado Ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”.

Nesta época muitos autores afirmam que já existiam psiquiatras com visão social trabalhando na elaboração de políticas públicas dentro do Estado, mesmo no governo da Ditadura Militar. Estes reafirmavam o ideal de atendimento mais humano, através de equipes multiprofissionais.

A entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece à mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo no Brasil após 1964: a modernização conservadora dos aparatos de Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil,

visado pela Ditadura, foi estendida para a área da saúde (BISNETO, 2011, p. 26).

A demanda manifesta do Serviço Social não foi por parte dos empregadores, nem dos usuários. Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando, pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral, por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só para constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo “empregado-fantasma” (SOUZA, 1986).

A saúde mental no Brasil foi associada, durante muitos anos, no isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Isso acabou gerando um grande número de pacientes afastados por longo tempo do convívio social e que precisam de especial apoio para a inserção novamente na sociedade.

Um grande avanço nas práticas em Saúde Mental foi a Reforma Psiquiátrica, contratando novos assistentes sociais e ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para os usuários da rede de Saúde Mental. Desta maneira, podemos acreditar que teremos uma efetiva mudança no modelo assistencial visando melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e sua convivência no âmbito familiar e social (BISNETO, 2011).

O processo de Reforma Psiquiátrica acontece num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Ocorre, mais especificamente, no final dos anos 70, na crise do modelo de assistência baseado em hospitais psiquiátricos, por um lado, e no aumento dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, por outro (VITAL, 2007).

Em nossas pesquisas percebemos que foram diversas as dificuldades para a implantação da política de Saúde Mental no país. Destacamos aqui os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como uma alternativa ao tratamento desumano a que eram submetidos os pacientes.

Como relata Bisneto (2007, p. 111),

O Assistente Social trabalha sob o poder da Psiquiatria, como técnico subordinado e complementar. Como consequência, outro motivo de ambiguidades é o fato de o Serviço Social estar subalternizado aos saberes “psi” sem ter articulado as possibilidades de expressão nesta área.

Este profissional está focado para atender às necessidades da Psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que o mundo da psiquiatria não contempla em sua totalidade: a extrema pobreza dos usuários, as vulnerabilidades sociais vivenciadas e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva no Brasil BISNETO (2011).

Podemos perceber que a prática do Serviço Social no sistema de Saúde Mental está voltada para a Seguridade Social e é o profissional de Serviço Social que atende ao modelo previdenciário, que com o avanço do neoliberalismo na ordem capitalista vem reduzindo investimento público nesta área, associada com a saúde, a previdência social e a assistência social, limitando as possibilidades da atuação do Serviço Social em Saúde Mental.

Analisando a prática institucional do Serviço Social fica notório o caráter de subordinação ao poder e saber psiquiátricos, gerando ações dicotômicas, conflituosas, pouco autônomas e indefinições. O quadro de análise da prática torna-se complexo pelo conjunto ambíguo de fatores. O Serviço Social tem de atender ao mesmo tempo a demanda dos usuários, dos médicos, gestores, das famílias, dos administradores, num campo que não lhe é afeito. (BISNETO, 2007, p. 126).

Contudo, de acordo com todos os nossos estudos, percebemos que é possível sim uma atuação deste profissional que contemple as demandas, visto que o assistente social tem um vasto trabalho – realiza acolhimento, reabilitação psicossocial, cuidado, cooperativas de trabalho, oficinas de geração de renda, assistência social, benefícios sociais e previdenciários, rede social, moradias assistidas, visitas domiciliares, entre outros.

5 CONCLUSÃO

O debate atual do Serviço Social na área de Saúde Mental foi impulsionado, como relatamos em nosso trabalho, pela Reforma Psiquiátrica brasileira, visto que esta apresentou uma nova prática profissional, buscando, sobretudo a inclusão das pessoas de transtornos mentais, como cidadãos plenos de direitos.

O papel do assistente social não somente esclarecer sobre direitos, mas instigar os usuários para que os mesmos possam reivindicar uma melhor qualidade dos serviços a eles oferecidos, como uma forma de garantir a efetivação da cidadania e de uma vida mais digna.

Este profissional que luta pelo cumprimento dos direitos dos usuários dentro das instituições, muitas vezes, não tem condições de respeitá-lo por falta de recursos, de capacitação, de excesso de trabalho pelo número reduzido de funcionários e por condições de natureza subjetiva. Está aí um desafio encontrado.

O momento presente desafia os assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas. Os assistentes sociais encontram-se em contato direto e cotidiano com as questões de saúde pública, da criança e do adolescente, da terceira idade, da violência, da habitação, da educação etc., acompanhando as diferentes maneiras como essas questões são experimentadas pelos sujeitos IAMAMOTO (2005, p. 41).

Destacamos aqui a importância da qualificação profissional dos assistentes sociais na área de Saúde Mental. Para isso é imprescindível disciplinas ligadas ao tema na grade curricular no curso de Serviço Social. Para assim, ter no mercado profissionais mais capacitados para atender as demandas cada vez mais complexas, com o agravamento da questão social.

Por fim, enfatizamos o quanto as políticas públicas vem ganhando destaque em nosso país. O modelo assistencial de Saúde Mental está voltado a humanização, focando o paciente no tratamento, sem o isolamento e junto da família, trazendo esta a participar e auxiliar nas ações dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.D. de C. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- BISNETO, José Augusto. **A inserção do Serviço Social em Saúde Mental nos anos de 1970**. Cortez, 2007.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo, 3. ed, São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 62, 2000.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **O Serviço Social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.
- FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do Assistente Social**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 101, p. 40-64, 2010.
- GRAMSCI, Antônio. Americanismo e Fordismo. In_____. **Obras escolhidas**. Manuel Cruz (Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do Processo de Trabalho do Serviço Social**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2005.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983. Parte II – Aspectos da História do Serviço Social no Brasil (1930-1960).
- Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.
- MATOS, Maurílio Castro. **O debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 74, 2003.

MERHY, E.E. O SUS e um dos dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde). In_____. FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemes Editorial, 1997.

PAIVA, Beatriz Augusto. Assistência Social e Políticas Sociais no Brasil - configuração histórica, contradições e perspectivas. **Revista Katálysis**, Florianópolis: UFSC, 1999.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

PEREIRA, Potyara. 2002

Política Nacional de Assistência Social. 2004

ROCHA, Gilberto S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. In: Odontologia Social: textos selecionados. Natal: UFRN, 1998.

ROTELLI, F. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, José Ozildo. **O Serviço Social no Brasil e sua Evolução Histórica**. São Paulo: Cortez, 2012.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, São Paulo, 1997.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. **Contribuições da revista para o Serviço Social Brasileiro**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 61, 1999.

SOARES, Adriana. **Serviço Social e Saúde Mental: a formação de uma prática ou uma prática em formação** Dissertação de Mestrado, 2006. PUC-RJ.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 103, 2010.

SOUSA, Rosangela Maria Sobrinho. **Controle Social em Saúde e Cidadania**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 74, 2003.

SOUZA, Édina Évelym Casali Meireles de. **A prática do Serviço Social nas instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/MG**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica, 1986.

VARGAS, Jeferson. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: revisão de literatura. Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e Interdisciplinaridade**: o exemplo a Saúde Mental. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 54, 1997.

_____. **O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 63, 2000.

VIEIRA, Balbina Ottoni. **História do Serviço Social**: Contribuição para a construção de sua teoria. Rio de Janeiro: Agir, 1977.

VITAL, Natália Silva. **A atuação do Serviço Social na área de Saúde Mental frente ao Neoliberalismo**. Trabalho de Conclusão de Curso. Rio de Janeiro, UFRJ, 2007.