

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

VANESSA MARIA PANOZZO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIAO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE**

PORTO ALEGRE,

DEZEMBRO 2009

VANESSA MARIA PANOZZO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIAO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do título de DOUTORA EM SERVIÇO SOCIAL.

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Rojas Couto

PORTO ALEGRE,

DEZEMBRO 2009

VANESSA MARIA PANOZZO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIAO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTORA EM SERVIÇO SOCIAL

E aprovada na sua versão final em ____ de _____ de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Rojas Couto

Profa. Dr. Jussara Maria Rosa Mendes

Profa. Dra. Jane Cruz Prates

Profa. Dra Mirian Tais Guterres Dias

Dedico este trabalho a todos assistentes sociais que atuam na área da saúde mental e que imprimem nesse cotidiano “invisível” a resistência.

AGRADECIMENTOS

A tese diz respeito a algo concreto, pela qual, muitos participaram. Nesse sentido, gostaria de agradecer de alguma forma, aqueles que contribuíram nesse processo.

À minha família: pai-Oscar, mãe-Marília, aos meus irmãos: Oscar Ângelo, Roberta e aos gêmeos Elisa e Luis Eduardo, que em todos os momentos se fazem presente sendo o “porto seguro” de minha vida, obrigada pelo cuidado.

Ao meu amor, Iver, que na convivência, me ensina a amá-lo cada vez mais. Vivemos momentos maravilhosos em nossas vidas e agora, esperando o Bernardo, tenho certeza que seremos muito felizes. Te amo muito! E para não esquecer o que faz parte de nossas vidas; um pouco de música:

Whenever I want you around, yeah
All I gotta do,
Is call you on the phone
And you'll come running home,
Yes, that's all I gotta do.

Sempre que eu te quiser por perto yeh
Tudo que tenho que fazer
É te ligar
E você estará correndo para casa
Sim é tudo que eu tenho que fazer.

(BEATLES, All I've Got To Do, 1963)

À maravilhosa professora e orientadora Berenice, que com tanta sabedoria, nos estimula em todos os momentos a enfrentar os caminhos difíceis. Desde a graduação me acompanha, e é com muito prazer que divido momentos de vida. Essa forma de convivência é que nos demonstra a verdadeira competência e sensibilidade. A tua magia de ser assistente social é o que nos orgulha em todos os momentos, e que serve-nos de referência absoluta. Obrigada por tudo!!

As doutoras Jane, que nos privilegia a viver incansáveis momentos de muitas risadas, e ainda, pelo seu incomparável conhecimento na relação com a “indignação”; a professora Jussara, que com muito carinho nos acolhe de forma singular em todos os momentos na “vida PUC”; e a Mirian-pela demonstração na luta dos direitos dos usuários da política de saúde mental; obrigada pelo acolhimento e pela construção de conhecimento.

As verdadeiras amigas “acadêmicas”- Fabi e Taty, que mesmo não estando tão perto, sentimo-nos muito próximas. Vocês são parte das “minhas panelinhas” e que jamais quero deixar. Valeu por todos os inesquecíveis momentos, pessoais, mais acima de tudo, na construção dessa nossa profissão pela qual nos encanta.

As amigas - Si e Fabi, da FAMÍLIA Pinto- nossa família constituída- que desde o momento estudantil, são amigas pessoais e que “acontecemos” em todas as andanças desse Brasil. Somos assistentes sociais, mulheres e agora, como mães que somos, cada vez mais temos algo em comum para dividir, e isso, nos deixa cada vez mais perto!

Aos meus queridos alunos do Serviço Social, que são o motivo e estímulo a estudar o Serviço Social, agradeço o aprendizado de ser professora e conto com vocês na luta pela profissão.

Aos meus colegas da Universidade Luterana do Brasil, pelo amadurecimento profissional como docente e pela afeição de todos os dias.

À CAPES, pela possibilidade científica de estudo que vem qualificando os pesquisadores nas diferentes áreas

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de aprofundamento e sistematização da prática profissional, construído ao longo dos quatro anos de doutorado.

Ao NEPES, pela acolhida e pelo carinho com que me receberam e pelas trocas oferecidas ao longo deste trabalho.

RESUMO

O trabalho do assistente social nos CAPS é a questão central da presente tese que teve como objetivo refletir sobre os desafios que se apresentam ao trabalho do assistente social no cotidiano destes espaços sócio-ocupacionais. Para tanto, realizou-se uma pesquisa quanti-qualitativa, baseada no método dialético-crítico na perspectiva de reconhecer as contradições presentes nesse trabalho e de pensá-las além dos aspectos aparentes. Os sujeitos de pesquisa foram Assistentes Sociais que trabalham nos CAPS da região metropolitana de Porto Alegre, abrangendo 11 municípios. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 10 Assistentes Sociais e esse material foi analisado a partir da técnica “análise de conteúdo” de Bardin. Os resultados dessa análise demonstram que a execução desse trabalho profissional é permeada por uma disputa de projeto da política de saúde mental, que embora o Serviço Social integre o processo de acesso ao cuidado em saúde, porém ainda encontra-se predominantemente vinculado a práticas conservadoras de atendimento. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de primar-se pela fundamentação do trabalho profissional a partir dos princípios que compõe o projeto ético-político profissional, bem como de uma recusa de práticas vinculadas à concepção de ajuste dos sujeitos da política de saúde mental, recusando vertentes de análises terapêuticas e fragmentadas que demarcam esses espaços institucionais.

Palavras Chaves: Trabalho, Serviço Social e Saúde Mental.

ABSTRACT

The Social Assistant work at the CAPS is the central question of the present thesis which had as objective to reflect about the challenges that present to the social assistant work in the quotidian of these socio-occupational spaces. For this, it was done a quantitative-qualitative research, based on the critic-dialectical method, in the perspective of to recognize the contradictions present in that work and of to think them beyond to the apparent aspects. The subjects of the research were Social Assistants that work at the CAPS of the Metropolitan Region of Porto Alegre, extending to 11 cities. For this, it was realized semi-structured interviews with 10 Social Assistants and that material was analyzed, using the "content analysis" technique, of Bardin. The results of this analysis demonstrate that this professional work execution is permeated by a quarrel of project of the mental health politic, and although the Social Service integrates the process of access to the health care, but it is still predominantly linked to attendance conservative practices. In this way, it is appointed the necessity of to stand out by the professional work support beginning from the principles that form the ethic-politic professional project, as well as of a refusal of practices linked to the conception of adjust of the politic mental health subjects, refusing thoughts of therapeutic and shattered that demarcate those institutional spaces.

Key words: work, Social Service and Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Caracterização do Estado brasileiro e do trabalho do Serviço Social nas décadas de 1930 e 1940.....	032
Quadro 2:	Caracterização do Estado brasileiro e do trabalho do Serviço Social nas décadas de 1950 e 1960.....	047
Quadro 3:	Caracterização do Estado brasileiro e do trabalho do Serviço Social nas décadas de 1970 e 1980.....	062
Quadro 4:	Caracterização do Estado brasileiro e do trabalho do Serviço Social na área da saúde na década de 1990.....	083
Quadro 5:	Compatibilidade entre os princípios do Código de Ética profissional de 1993 e as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, no Brasil na década de 1990.....	118
Quadro 6:	Os compromissos profissionais e os achados da pesquisa.....	162

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa dos municípios que compõem a amostra da pesquisa na Região Metropolitana de Porto Alegre -2008.....	134
Figura 2: Representação do movimento das categorias centrais de construção metodológica da tese:	137

LISTA DE SIGLAS

ABAS -	Associação Brasileira de Assistentes Sociais
ABEPSS -	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS -	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
AIS -	Ações Integradas em Saúde
BNH -	Banco Nacional de Habitação
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CBSSIS -	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais
CEBS -	Comunidade Eclesiais de Base
CEDEPSS -	Centro de Pesquisa e Documentação em Política Social e Serviço Social
CEME -	Central de Medicamentos
CLT -	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPQ -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS -	Conferencia Nacional de Saúde
COI -	Centro de Atenção Infantil
COJ -	Centro de Atenção Juvenil
CRAS -	Conselho Regional de Assistentes Sociais
CRS -	Coordenadoria Regional de Saúde
DATAPREV -	Dados da Previdência Social
DINSAM -	Divisão de Saúde Mental
EBES -	Estado de Bem Estar Social
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
FHC -	Fernando Henrique Cardozo
FMI -	Fundo Monetário Internacional
FUNABEM -	Fundação Nacional de Bem Estar do Menor
HPSP -	Hospital Psiquiátrico São Pedro
IAPS -	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA -	Legião Brasileira de Assistência Social
LBHM -	Liga Brasileira de Higiene Mental
LOAS -	Lei Organiza da Assistência Socai
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social

MR -	Movimento de Reconceituação
MTSM -	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONG -	Organização Não Governamental
OPAS -	Organização Panamericana de Saúde
PIB -	Produto Interno Bruto
PND -	Plano de Desenvolvimento Econômico
SEHAB -	Secretaria de Habitação
SENAC -	Serviço de Aprendizagem Comercial
SENAI -	Serviço de Aprendizagem Industrial
SESC -	Serviço Social do Comercio
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SINPAS -	Sistema Nacional de Previdência Social
SRT -	Serviço Residencial Terapêutico
STACAS -	Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social
SUAS -	Sistema Único de Assistência Social
SUDS -	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	014
2	A RELAÇÃO ESTADO, TRABALHO, POLÍTICAS SOCIAIS E O SERVIÇO SOCIAL: UMA RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA.....	018
2.1	FUNDAMENTOS DO TRABALHO E SUAS RELAÇÕES COM O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	018
2.2	SERVIÇO SOCIAL COMO TRABALHO.....	025
2.3	O SERVIÇO SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS COMO MEDIAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL.....	030
2.3.1	As décadas de 1930 e 40: Estado e Serviço Social na esteira do desenvolvimento capitalista.....	030
2.3.2	As décadas de 1950 e 60: do populismo à ditadura militar e os impactos na profissão.....	043
2.3.3	As décadas de 1970 e 80: a democratização do País e seus impactos na configuração do Estado, das políticas sociais e da profissão	059
2.3.4	A década de 1990: os projetos de Estado, políticas sociais e a profissão sob os influxos do neoliberalismo.....	081
3	A SAÚDE COMO DIREITO OU MERCADORIA: O ENFRENTAMENTO DAS REFORMAS DA DÉCADA DE 1990.....	093
3.1	A REFORMA DO ESTADO E AS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO: SEU IMPACTO E SUAS REPERCUSSÕES NO CAMPO DOS DIREITOS.....	093
3.2	A MERCANTILIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS: A DISPUTA DO PROJETO DE SAÚDE COMO DIREITO.....	098
3.3	A MATERIALIZAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: A (IN) VISIBILIDADE DOS DIREITOS DA PROTEÇÃO SOCIAL.	110
4	O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA: AS DESCOBERTAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	122
4.1	A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO.....	122
4.1.1	Trabalho.....	135
4.1.2	Processo de trabalho.....	135
4.1.3	Questão social.....	136
4.1.4	Projeto ético-político.....	136
4.1.5	Política de atenção integral à saúde mental.....	137
4.2	RESULTADOS E ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	138
5	CONCLUSÃO	164

REFERÊNCIAS.....	173
Apêndice A: Sistematização das Categorias da Pesquisa	184
Anexo A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	186
Anexo B: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	187

1 INTRODUÇÃO

A proposta de compreender teoricamente o campo da saúde mental vem acompanhando de forma intensa o processo de formação profissional desta pesquisadora, uma vez que sua experiência prática como assistente social em espaços institucionais com anos de existência lhe revelou uma política de saúde mental desumana e excludente. Sua trajetória profissional se estabeleceu nas diferentes políticas de Seguridade Social.

A Residência Integrada em Saúde Coletiva: saúde mental, no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), foi uma dessas experiências, a qual teve a duração de três anos, em diferentes espaços institucionais: dentro do Hospital, no primeiro ano; num serviço substitutivo (CAIS), no Município de Viamão/RS e no segundo ano na gestão de um projeto específico, criado pela mesma, no terceiro ano, cujo objetivo era poder referenciar os usuários/ moradores do HPSP na unidade básica de saúde regionalizada, tendo em vista que o projeto “*São Pedro Cidadão*”, desenvolvido pelo Hospital, juntamente com as Secretarias de Saúde (SES), de Habitação (SEHAB) e do Trabalho, Cidadania e Assistência Social (STACAS), se direcionava à implantação de moradias extra-hospitalares aos moradores do hospital no Município de Porto Alegre, bem como ao atendimento dos usuários na rede de recursos sociais.

As diferentes experiências profissionais proporcionaram um desvelamento das distintas concepções que traduziam as formas de acesso aos direitos. Porém, o que realmente não se concretizava era a concepção de cidadania.

Foi na possibilidade da construção do Mestrado em Serviço Social que se pôde reconhecer os caminhos que a política de saúde mental, em Porto Alegre, trilhava nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), recorte utilizado, na época (2004), para a realização do estudo. A pesquisa, de viés qualitativo, propôs estudar as possibilidades de inclusão dos usuários da política de saúde mental no sistema de Seguridade Social, visualizando o cotidiano dos serviços (dois) selecionados para pesquisa.

Algumas considerações foram feitas, naquele momento, referentes à política de atendimento da saúde mental. Nesse período, esta se mostrava incipiente,

apesar dos movimentos construídos no Estado. Não havia uma política de referência e contra-referência, nem outros equipamentos sociais para completar o atendimento. Os dados da pesquisa demonstraram que os profissionais da área reconheciam a necessidade de um atendimento integral, porém essa integralidade recaía sobre o seu próprio serviço. Dessa forma, sem acessar outras políticas sociais, constituía-se uma cidadania restrita, não sendo acionado o tripé da proteção social como um todo. Conclui-se que havia uma precária articulação das políticas sociais no Município, revelando um esvaziamento de propostas no âmbito social, as quais se revelavam norteadas por concepções conservadoras.

Após o término do Mestrado, construiu-se uma proposta para o ingresso no Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, com o objetivo de continuar a problematizar a política de saúde mental, porém, agora instigada por um novo desafio: compreender o trabalho do profissional de Serviço Social nessa política, em especial o dos CAPS. O serviço substitutivo foi criado para ser referência de cuidado em saúde mental, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e o atendimento multiprofissional é destacado numa perspectiva de construção de ações integrais, percebendo o sujeito com direitos de cidadania. Desse modo, pensar o trabalho do Serviço Social nesse espaço é reconhecer a atividade profissional do assistente social como integrante do processo democrático de acesso ao cuidado, bem como provocador do processo de emancipação dos sujeitos.

O reconhecimento das particularidades apontadas pelo trabalho do assistente social ao se inscrever nos processos de trabalho realizados nos CAPS é a questão central deste estudo, propondo refletir sobre os desafios que se apresentam no cotidiano desse profissional nesses espaços sócio-ocupacionais.

Assim, construiu-se a presente tese em quatro capítulos, sendo o primeiro esta Introdução, e os outros estruturados como se mostra a seguir.

No Capítulo 2, são abordados os fundamentos do trabalho na perspectiva marxista, buscando identificar o debate em torno dessa categoria dentro da proposta atual do Serviço Social. Propõe-se uma revisitação ao processo histórico da profissão a partir de uma análise, desde a década de 1930 até a de 1990, da

concepção, dos princípios éticos, políticos e metodológicos que permearam o Serviço Social como profissão e também das áreas de saúde e saúde mental. Salienta-se que este estudo abrange a análise de conjuntura dos governos brasileiros da época, pois se reconhece a importância do Estado na condução da política pública social, bem como na consolidação da identidade profissional, já que, ao longo dessas décadas, o Estado foi o maior empregador dos assistentes sociais no campo da saúde.

Já no Capítulo 3, o destaque é para a Reforma do Estado e as consequências conservadoras para o Brasil na constituição dos direitos, principalmente no que se refere à política de saúde. Nele mostra-se a composição dessa política, seus marcos e as novas diretrizes apontadas pelos movimentos sociais: Reformas Sanitária e Psiquiátrica e, ainda, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, com seus princípios reconhecidos, na década de 1990. Aponta-se o direcionamento do Serviço Social a partir do projeto ético-político e seus desdobramentos para sua efetivação. Tem-se a clareza de que há, no cotidiano do profissional de Serviço Social, uma disputa de projeto de sociedade entre o privado e o universal, levando-o a uma tomada de posição frente a essas distintas propostas. Apresenta-se uma sistematização quanto aos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica em consonância com os do Código de Ética do Serviço Social, a fim de se reconhecerem os direitos propostos no campo da saúde e os valores assumidos pela profissão.

No Capítulo 4, identifica-se o caminho da pesquisa proposta pelo estudo. A pesquisa do tipo quanti-qualitativa foi realizada juntamente com os assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossociais da Região Metropolitana de Porto Alegre. Nesse capítulo, é descrita a construção metodológica-científica feita pela pesquisadora, bem como se aplica o arsenal técnico-científico, revelando os passos da pesquisa social. Após a coleta de dados, partindo das categorias empíricas, utiliza-se a análise de conteúdo de Bardin (1977), para reconhecerem os processos de trabalho dos assistente sociais nesses serviços, e como a categoria se tem posicionado frente à disputa do projeto de saúde.

Após a análise das categorias, apresenta-se a conclusão deste estudo, demarcando seu momento histórico, bem como algumas proposições para a categoria dos assistentes sociais e para os espaços de formação em Serviço Social.

Salienta-se, por fim, que esta tese buscou identificar pontos que induzissem a uma avaliação do trabalho dos assistentes sociais nos CAPS, na perspectiva de sedimentar o projeto ético-político profissional e os elementos que reafirmam o projeto da Reforma Psiquiátrica, além de garantir aos usuários dessa política o direito de serem reconhecidos como cidadãos e terem um atendimento com qualidade.

2 A RELAÇÃO ESTADO, TRABALHO, POLÍTICAS SOCIAIS E O SERVIÇO SOCIAL: uma reconstituição histórica

Este capítulo tem como proposição discutir os fundamentos do trabalho a partir da leitura do materialismo histórico, com base nas referências de Marx, Barroco, Hoppe, Lefebvre, Martinelli, Yamamoto, Netto, Bravo, Vasconcellos, Prates e Simionato, que compreendem o Serviço Social como trabalho cuja especialização específica (finalidades, conhecimentos e princípios éticos) permite dar respostas às necessidades sociais produzidas pelo conjunto da classe trabalhadora. No primeiro item, discorre-se sobre os fundamentos do trabalho, em suas dimensões ontológica e filosófica, entendendo-o como “produção e expressão humana” (Marx, 1989), numa relação entre homem e natureza, que é histórica e se processa. O segundo ponto desse primeiro item caracteriza o Serviço Social como trabalho e mostra sua construção histórica na sociedade e as concepções desse tema dentro da profissão.

O segundo item deste capítulo apresenta sobre a política social como uma mediadora importante dos espaços de atuação profissional. A partir da leitura do método dialético-crítico, procura-se, fundamentando-se nas categorias historicidade, contradição e totalidade, problematizar as concepções de Política social e Estado assumidas no Brasil entre o período de 1930 - 1990, relacionando os marcos da profissão aos da sociedade brasileira, com o foco na intervenção do Serviço Social na área da saúde, setorializando a saúde mental e identificando a construção da identidade profissional neste campo.

2.1 FUNDAMENTOS DO TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Considerar o trabalho como fundamento da espécie humana é tomar como ponto de partida os princípios humanistas do marxismo, que aponta a descoberta do homem, da sua autonomia e da sua dignidade, assim, dos seus valores humanos. Avalia, portanto,

[...] uma representação ideológica para a época moderna que é caracterizada pela luta de uma reforma total do homem através da inversão de valores, até então vigentes na Idade Média. Essa possibilidade significa a restauração do valor pessoal e espiritual do

homem, não como entidade abstrata, mas como indivíduo real, e como humanidade, isto é, do homem, na sua dimensão social (HOPPE, 1969, p. 109).

Assim, considerar o humanismo reafirmando o homem com seus valores - na realidade concreta, sua dignidade e autonomia - é considerá-lo distintamente dos valores impostos pelos fundamentos do capitalismo. O objeto de estudo do marxismo-- as relações sociais da sociedade capitalista, emergidas no século XVIII, traz para a realidade social uma inversão da concepção de humanismo referida por Marx. Assim, contrapondo-se ao humanismo cristão, que define que a realização humana é possível através de uma estrutura de princípios cristãos idealistas, a idéia marxista acerca do processo de humanização do homem está ligada à perspectiva dialética e histórica e parte da premissa de que toda a existência humana é mediatizada pelo trabalho, na sua relação social, isto é, na condição do próprio viver e, portanto, da possibilidade concreta de fazer a história.

Marx, preocupado com a radical democratização da vida humana, condição para a emancipação¹, diz que “[...] ser radical é tomar as coisas pela raiz e a raiz para o homem é o próprio homem” (HOPPE, 1969, p. 39). O capitalismo, na medida em que reduz o homem a elemento que compõe as forças produtivas, apenas lhe fornece condições objetivas e subjetivas² para sua mera sobrevivência, compreendendo-o só como objeto de acumulação de riqueza e, ao não necessitar mais do que de grandes contingentes de mão de obra, nem mesmo a sobrevivência desse homem lhe interessa, descartando-o como qualquer outra mercadoria³. Conforme o capital amplia suas possibilidades de acumulação, isto é, da apropriação da mais-valia, o homem, que se limita a vender sua força de trabalho, vive uma condição subserviente, uma posição política de dominado. Essa condição embrutece o sujeito, distanciando-o de sua condição humana.

¹ “[...] o fito da emancipação humana é fazer que o caráter coletivo, genérico, da vida dos homens seja vida real, isto é, que a sociedade, em vez de ser um conjunto de mónadas egoístas e em conflito de interesses, adote um caráter coletivo e coincida com a vida do Estado. O homem individual deve recobrar em si o cidadão abstrato e, como ser privado, utilizar as suas forças próprias como forças sociais, inserir-se na circulação da espécie no seu trabalho e nas suas relações. (MARX, A questão Judaica, 1969, p.03).

² Condições objetivas e subjetivas: são aquelas pelas quais o homem divide seu processo histórico. As condições objetivas referem-se as estruturas externas do homem, que as encontra dadas, e as subjetivas são as capacidade política do homem de conquistar seu lugar (DEMO, 1995).

³ Mercadoria: é a forma que os produtos tomam quando a produção é organizada por meio de troca. No sistema capitalista, os produtos são propriedade de agentes particulares, seus donos para quem geram troca e valor. (BOTTOMORE, 1988).

A forma como o capitalismo se concretiza, ou seja, pela exploração e pela alienação do homem como ser social, trouxe uma materialidade para as relações sociais, isto é, uma dimensão cega (alienação) para os sujeitos nas suas relações com o mundo: econômicas, políticas e sociais constitutivas da realidade. Problematizar nesse sentido requer ter-se a clareza de que não é apenas a centralidade no incentivo monetário trazido pelo assalariamento que caracteriza o modo de produção capitalista, mas uma dimensão das distintas necessidades dos homens, sejam elas materiais, sejam de condição política e subjetiva, numa negação das condições fundamentais e reais da vida humana.

A condição de ser reconhecido como ser social dinamiza a emancipação de algo que é da sua essência humana, de um “homem inteiro” (PRATES, 2000), não subjugado ao processo de exploração capitalista. Assim, considerar-se o trabalho intrínseco à existência humana é perceber que esse “[...] é momento fundante de realização do ser social, condição da sua existência; é o ponto de partida para a humanização do ser social e o motor decisivo do processo de humanização do homem” (ANTUNES, 2005, p.123). Os laços possíveis com os quais os homens se relacionam, mediados pela natureza, possibilitam a dimensão do próprio reconhecimento do homem como ser genérico, do seu reconhecimento como ente-espécie, isto é, do seu reconhecimento no outro, a partir de um processo histórico, que tem que ser construído. Isso, Marx refere como sendo o fundamento das relações sociais.

O significado humano da natureza só existe para o homem social, porque só neste caso a natureza é um laço com os outros homens, a base de sua existência para os outros e da existência deste para ele. Só então, a natureza é a base da própria experiência humana dele, e um elemento vital da realidade humana. A existência natural do homem tornou-se, com isso, a existência humana, e a própria natureza tornou-se humana para ele. Logo, a sociedade é a união efetiva do homem com a natureza, a verdadeira ressurreição da natureza, o naturalismo realizado pelo homem e o humanismo realizado pela natureza. (MARX, 1975-3 manuscrito, p.125).

Assim, essa compreensão materialista apontada por Marx demonstra a “[...] implicação no estudo da vida econômica e social do homem e da influência do estilo real da vida do homem em seus pensamentos e sentimentos [...], de algo que é real e concreto, pois quer dizer:

O que desce do céu para a terra. Não partimos daquilo que os homens imaginam, concebem nem como os homens descritos, imaginados, concebidos a fim de chegar aos homens de carne e osso. Partimos dos **homens reais e atuantes**, e, baseados no processo de vida real, demonstramos a evolução dos reflexos e ecos ideológicos desse processo vital (MARX; ENGELS, 1986, p. 21, grifos nossos).

Tem-se clareza de que, para o homem realizar-se ele depende das estruturas concretas da sociedade e de sua dimensão social. Ao produzir relações sociais com a natureza e com os demais homens, também será possível modificar a sua consciência, sua própria natureza, não de forma mecânica, mas em uma relação dialética.

A atividade humana sensível ao homem exprime-se num saber dialético que parte da consciência sensível, para voltar à consciência sensível, trazidas pela presença das contradições na experiência [...] a existência do homem é, antes de mais nada, uma relação imediata com a natureza: a primeira consciência do homem e o seu primeiro saber são, também, um saber imediato, uma consciência sensível (HOPPE, 1969, p. 114).

Assim, compreende-se, a partir da concepção dialética, que não há natureza sem homem, nem homem sem natureza. É nessa inter-relação que se encontra o movimento do real, da possibilidade de o homem se fazer como matéria, da natureza que se expressa e de seu conteúdo sensível. Para Marx (1975), é justamente na relação com o real, materializada na natureza, que o homem se estabelece como sujeito, considerando o trabalho como fundamento do processo de objetivação⁴ humana. Assim, diz Marx:

É justamente em seu trabalho exercido no mundo objetivo que o homem realmente se comprova como um ente-espécie. Essa produção é a sua vida ativa como espécie, graças a ela, a natureza aparece como trabalho e realidade dele. O objetivo do trabalho, portanto, é a objetivação da vida como espécie do homem, pois ele se reproduz a si mesmo, apenas intelectualmente, como na consciência, mas ativamente no sentido real, e vê seu próprio reflexo em um mundo por ele construído (MARX, 1975 (I manuscrito), p. 101).

⁴ Objetivação- expressa em termos ontológicos pelo trabalho, a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade (NETTO, 1996) isto é, “a medida que o homem constrói e auto-desenvolve-se através do trabalho, não trabalho alienado, extenuante, repetitivo,[...] , mas aquele no qual pode ver-se, ver o produto da sua criação, aquele realizado com paixão, aquele que através do qual ele se supera, se realiza, se revela” (PRATES, 2003, p.72).

Distintamente do animal, o homem, ao se relacionar com a natureza, expressa uma consciência que, para ele, está além das necessidades biológicas de sobrevivência, contemplando uma relação que impõe novas necessidades, mediada⁵ pelo trabalho, processo no qual também ele se recria (HOPPE, 1969). Dessa forma, é a partir do conceito de trabalho que “[...] o homem cria, e constrói, seja um objeto, uma obra de arte, uma relação, o homem se materializa, objetiva seu ser, construindo e construindo-se através desse processo [...]” (PRATES, 2000, p. 43).

É na objetivação humana que se sucedem as relações sociais entre os homens, pois é através do trabalho objetivado, isto é, “[...] quando a matéria natural, pela ação material do sujeito, é transformada [...]” (NETTO, 2006, p.32), que eles se percebem como seres sociais. A cada período histórico, o homem, como ser histórico e social, vai-se modificando, não só, a si, mas a própria natureza. À medida que o trabalho cria materialidade, produz uma ação transformadora a partir daquilo que é teleológico- com clareza de finalidade e objetivado – isto é, transforma em matéria o que é de sua consciência. Assim, quando o homem se relaciona com a natureza e a modifica, pode-se dizer que ele está realizando **práxis**, porque somente ele é capaz de agir transformando para alcançar de um fim anteriormente planejado. A realização do trabalho sem a possibilidade de filosofia (reflexão crítica) gera alienação. Ao se coisificar⁶, o homem deixa de lado sua historicidade⁷. Dessa forma, a práxis não pode ser compreendida apenas como algo que é da consciência, mas que tem intencionalidade; como algo que é mediado teórico e praticamente, com postura e leitura crítica.

⁵ PONTES (2002), referenciado em Lukács (1979), define mediação como: “tudo que existe na natureza [...] é fruto das mediações. Daí porque, na sua construção, esta colocado que o conhecimento do real necessariamente pressupõe a superação do movimento de imediatidade (universal abstrato) através de sua negação (reflexão-mediação), para alcançar a totalidade concreta (universal concreto). Este resultado contém, em si, os momentos de negação, da reflexão e fundamentalmente da mediação. (p.53) Ainda Pontes(2002), a partir de Hegel(1987:14) define que mediação “[...] nada mais é do que a igualdade consigo mesmo que a si mesma se move ou é a reflexão em si mesmo, o momento do Eu existente para si, a pura negatividade, ou seja, a negatividade reduzida à simples abstração, o simples devir. O Eu ou devir em geral, esse mediatizar, é justamente, em razão de sua simplicidade, o devir da imediatidade e o próprio imediato [...] “É ela que faz com que o verdadeiro seja resultado” (p. 55).

⁶Coisificação: transformação dos sujeitos em coisa-objeto no processo de produção / exploração para apropriação da mais valia.

⁷ Historicidade: significa o reconhecimento da processualidade, do movimento e da transformação do homem, da realidade e dos fenômenos sociais. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto podem ser apreendidos por cortes históricos, mais do que apenas reconhecer a “data” e mostrar o significado.. A historicidade é o movimento que realizam os sujeitos ou instituições, e o reconhecimento da processualidade que há na historia (PRATES, 2000).

Nas teses sobre Freubach (1986), Marx ressalta que “[...] a essência humana não é uma abstração inerente ao indivíduo social [...] (p.15), mas é o conjunto das relações sociais. Numa de suas obras de maior destaque, **O Capital** (1989), o autor mostra que o movimento de constituição da sociedade se dá a partir de um processo histórico-natural, governados por leis independentes da própria vontade. É com esse movimento de autoconstrução da consciência que se rompe com os processos de alienação⁸.

A subjetividade construída através das relações sociais é que materializa o vivido e, conseqüentemente, o movimento de superação no que se refere à possibilidade de construção da própria liberdade, que passa pela transformação de sua consciência. Essa liberdade de consciência não está dada, não se constitui de forma isolada, mas, sim, a partir de necessidades comuns dos próprios homens, na sua relação com a sociedade. Marx, na obra **A Ideologia Alemã** (1986), reconhece que a revolução surge com a consciência de classe trabalhadora na divisão do próprio trabalho, à medida que todos os trabalhadores forem salvos pelos mesmo direitos de liberdade.

Assim, refere:

[...] a transformação de forças (relações) pessoais em forças objetivas, não pode ser superada arrancando-se da cabeça essa representação geral, mas apenas se os indivíduos subsumirem novamente as forças objetivas a si mesmos e superarem a divisão do trabalho. Isto não é possível sem a coletividade. Apenas na coletividade [de uns e outros] é que cada indivíduo encontra os meios de desenvolver suas capacidades em todos os sentidos, somente na coletividade, portanto, torna-se possível a liberdade pessoal. [...] na coletividade real, os indivíduos adquirem sua liberdade na e através de sua associação (MARX, 1986, p.116-117).

Como forma despontencializadora de classe, o capitalismo obedece a lógica da divisão social do trabalho⁹, que se constitui na sociedade como forma de vinculação dos sujeitos a determinados campos específicos, socialmente

⁸ Alienação: é o processo pelo qual o homem vivencia na relação com os indivíduos, as instituições e sociedade, os resultados ou produtos de sua própria atividade, de si mesmo, e/ou da natureza e/ou dos seres humanos. A alienação pode se referir ao seu ser próprio - do homem em si, em relação a si mesmo as suas possibilidades humanas-; e à sua própria atividade (BOTTOMORE, 1988).

⁹ A forma específica de divisão do trabalho, tem como a condição fundamental criar produtos determinados pelo elemento social do valor de troca. Trata-se da divisão do trabalho de estrutura histórica determinada, na qual o indivíduo se encontra determinado pela sociedade. (IAMAMOTO, 2007, 419).

determinados. Isso quer dizer, em se tratando de uma sociedade capitalista, a troca de uma mercadoria -- que tem um valor de uso e um valor de troca¹⁰ só é possível se a mesma for socialmente necessária e se tiver utilidade. Assim, compreende-se que a troca é o que dá origem à divisão do trabalho, bem como à própria expansão do mercado. Conforme Marx (1975) “[...] todo o homem vive de trocas e se torna em certa medida um comerciante [...]” (p.162), [...], pois, a sociedade constitui-se a partir das permutas, onde cada homem, com seus diferentes produtos e talentos, se coloca a disposição. Assim, a divisão do trabalho nasce justamente, por compreender que o homem não consegue realizar operações com a mesma presteza e habilidade’ (p. 162-163), sendo vantajoso para o capital a restrição de produtos para cada indivíduo. A divisão do trabalho prevê uma limitação na distribuição de forças dos homens e das máquinas, visando a uma vantagem que possa produzir em maior quantidade as mercadorias, ou seja, para a consolidação da riqueza. Nesse sentido, constata-se que a divisão do trabalho, pode-se” [...] constituir em um meio conveniente e útil, uma aplicação habilidosa para a riqueza social, mas diminui a capacidade do homem como indivíduo” (p.164-165). Para tanto, os princípios de humanidade, de trabalho a partir dos preceitos genéricos, desaparecem, dando lugar ao trabalho alienado¹¹, em vez que a troca de produtos se torna o elemento fundante das relações humanas, deixando o capital determinar aquilo que pode ser produzido.

[...] a crescente divisão do trabalho social (...) pode ser considerada nas suas formas mais gerais (no mercado mundial, por grupos de países, no interior de um país, entre a agricultura e a indústria, cidade e campo) passando pelas formas singulares e particulares dentro dos ramos de produção, até a divisão do trabalho no interior das empresas. Essa divisão determina a vinculação de indivíduos em órbitas profissionais específicas, tão logo o trabalho assume o caráter social executado pela sociedade e através dela. Com o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho sob a égide do capital, o processo de trabalho a ser realizado sob forma de cooperação de muitos trabalhadores e meios do trabalho, verifica-se, ao mesmo tempo, um parcelamento das atividades necessárias à realização de um produto [...] (IAMAMOTO, 2007, p.419).

¹⁰ Valor de uso: é o valor que se atribui a um bem, por sua utilidade e que insatisfaz uma necessidade. Valor de troca. é o montante que se atribui aos bens, para poder obter, por troca, outros bens, expressos pela moeda. O valor de troca coincide com o preço. (Dicionário de Economia, 1998).

¹¹ Trabalho Alienado: “o trabalhador se torna uma mercadoria tanto mais barata, quanto ao número de bens que produz. Com a valorização do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz apenas mercadorias, produz-se também a si mesmo e ao trabalhador como mercadoria, e justamente na mesma proporção com que produz bens. (Marx, 1975, p.111).

Através dos fundamentos para a compreensão do trabalho (IAMAMOTO, 2003), pode-se reconhecer o movimento da inserção do trabalho, bem como as necessidades socialmente produzidas. O mesmo ocorre com as profissões, quando a sociedade faz emergir determinadas funções sociais.

Nesse sentido, Serviço Social surge como uma especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 2003), num segmento da sociedade que solicita o atendimento de necessidades socialmente produzidas. Para isso, o próximo item deste capítulo referencia as concepções do Serviço Social como trabalho, utilizando as reflexões do materialismo histórico e dialético para essa compreensão.

2.2 SERVIÇO SOCIAL COMO TRABALHO

Como se viu no item anterior, **o trabalho** é o mediador concreto das relações sociais e, assim, é o fundamento para a compreensão do Serviço Social inserido nos processos de trabalho da sociedade. Dessa forma, torna-se essencial situar a profissão no conjunto das condições e das relações sociais, uma vez que essas é que lhe dão sentido histórico (IAMAMOTO, 1998).

O Serviço Social “[...] só pode se afirmar como prática institucionalizada e legitimada na sociedade ao responder às necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução de meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada” (IAMAMOTO, 2003, p.55). Assim, o Serviço Social, no Brasil, nasceu como profissão inserido na divisão social e técnica do trabalho, no capitalismo monopolista (1930-1970) atrelado à emergência da questão social¹², tendo nela a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho coletivo. Assim, o trabalho do assistente social é determinado pelo movimento da realidade social, isto é, a forma pela qual a sociedade determina suas relações sociais, antecedidas pelas relações de produção. A reprodução das

¹² Questão social: Questão social apreendida 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 (...) que, sendo desigualdade ‘e também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (IAMAMOTO, 1998, p. 27e 28).

relações sociais “[...] é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida, que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade” (IAMAMOTO, 2008, p. 72). À medida que responde a necessidades sociais derivadas do antagonismo das classes sociais, no “[...] ato de produzir e reproduzir os meios de vida e trabalho de forma socialmente determinada” (p.76), a profissão se instituir.

As formas com que se relacionam a burguesia e o proletariado, os donos de meios de produção e os que vendem sua força de trabalho, desenvolvem trocas objetivas e subjetivas que geram novas necessidades sociais em termos de subsistência e novas manifestações de classe. Há impasses entre essas forças, pois não são neutras, uma vez que a própria conformação das classes sociais é repleta de posicionamentos ideológicos.

Na contradição da relação entre capital e trabalho surge a materialização da questão social, na qual o Serviço Social irá atuar, sendo esta “[...] a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia [...]” (IAMAMOTO, 2008, p. 77). Esse antagonismo determina uma relação díspar e interdependente, isto é, um não pode existir sem o outro, porém de forma desigual, inerente ao processo social: “[...] o trabalho social e a apropriação privada das condições e frutos do trabalho, que se traduz na valorização crescente do capital e no crescimento da miséria do trabalhador” (IAMAMOTO, 2008, p. 79).

O Estado buscando atender às necessidades da população, passou a criar políticas sociais, para dar resposta às refrações sociais. Dessa forma, **o Serviço Social se instituiu como profissão, à medida que se inseriu na prestação de serviços¹³ sociais e assistenciais, em instituições de caráter estatal e filantrópico¹⁴.**

¹³ A discussão sobre serviços não é tema central deste estudo porém merece justificá-lo a medida que o Assistente social irá executar seu trabalho na prestação de serviços. Costa (2000) a partir de Marx (1978, p. 28), observará que o “o serviço não é em geral mais do que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho (p. 99). Os serviços ainda segundo a autora estão “relacionados ao efeito útil do trabalho enquanto uma ação que se desenvolve uma relação direta entre produtor (individual ou coletivo) e consumidor. A autora cita Nogueira (1990:4-5) que contribui dizendo” (...) a palavra serviço exprime simplesmente o valor de uso particular do trabalho útil como atividade e não como objeto” (p.99).

¹⁴ Essa discussão está vinculada ao próximo capítulo.

No início do século passado, a compreensão estreita da vinculação do Serviço Social apenas ao seu trabalho nas políticas sociais pode ser traduzida como uma simplificação da questão social. Desde os meados da década de 1980, o reconhecimento da questão social exige buscar sua gênese, sua determinação social, política e econômica na realidade social, sendo ela a “[...] matéria prima do trabalho profissional” (IAMAMOTO, 1998, p. 59). Assim, entende-se que a questão social está diretamente,

[...] relacionada à institucionalização do trabalho livre e com ele à agudização da questão social, assim sendo, não podemos falar de Serviço Social distanciadamente do contexto sócio-histórico do qual é parte integrante. Estamos falando do Serviço Social como uma forma de trabalho [...] que tem na questão social sua vinculação a realidade social, porque é ela que dá conta do deciframento das grandes tensões, crises sociais com as quais trabalhamos (COUTO; PERUZZO, 1999, p. 20).

Durante muitos anos a profissão caracterizou-se por um fazer profissional cuja centralidade estava apenas na dimensão interventiva. Foi através dos movimentos de Reconceituação (1960), e da Reforma Curricular (1982), do Projeto Ético-Político (1980), da Lei de Regulamentação da profissão (1993) bem como da leitura de conjuntura, que se pode compreender a prática como algo além de uma mera atividade profissional, “[...] como uma especialização do trabalho, participe de um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 1998, p. 59). Dessa forma, perceber o Serviço Social como trabalho é caracterizá-lo como central na vida dos sujeitos e na sua relação com a sociedade, a partir dos fundamentos do trabalho humano, vinculado a uma natureza que transforma e é transformada.

O Serviço Social, nesse sentido, alcançou um amadurecimento como concepção de trabalho. No próprio processo histórico esse fazer profissional tornou-se consciente e passou a direcionar seu verdadeiro conteúdo. Ao se olharem os fundamentos do trabalho na sua realização com a natureza, tem-se a clareza de que é nesse movimento que a profissão também se constrói, pois à medida que, ao se relacionar com a natureza e nela intervir, o próprio Serviço Social define o que fazer e realiza escolhas a partir dessa relação.

Assim, os conteúdos ontológico (vinculado a elementos filosóficos) e teleológico (da finalidade do trabalho profissional), fizeram-se presentes nesse

processo histórico da profissão, uma vez que parte deles, aquilo que se torna norteador do trabalho profissional: seus conhecimentos, valores, habilidades e também o que fundamenta a profissão, materializa o seu significado social. Dessa forma, pensar no “[...] universo do Serviço Social, é compreender o trabalho do assistente social como trabalho concreto¹⁵ e abstrato¹⁶, dimensões indissociáveis para se pensar trabalho na sociedade burguesa” (IAMAMOTO, 2007).

Dessa forma, o exercício profissional fundamentado na concepção de trabalho, a qual enfatiza a natureza qualitativa dessa atividade é “[...] uma ação orientada a um fim como respostas as necessidades sociais, materiais e espirituais-- condensadas nas múltiplas expressões da questão social de segmentos sociais das classes subalternas na singularidade de suas vidas” (IAMAMOTO, 2009, p.349). Nesse sentido, o trabalho concreto útil do assistente social, no seu valor de uso, é entendido como a atividade realizada a partir de sua inserção em processos de trabalho, a qual pressupõe finalidades e é orientada por conhecimentos e princípios éticos (IAMAMOTO, 2009). A concretização do trabalho depende de um movimento de construção de um processo de trabalho, pois, sem ele, este não se materializa. Assim, a cadeia desse processo é composta, por um trabalhador, o qual exterioriza, por suas habilidades, aquilo que se propõe a realizar- que se objetiva- dando materialidade ao subjetivo.

Na objetivação do trabalho dos assistentes sociais, tem-se a clareza dos diferentes pré-requisitos: o conhecimento para efetuar o trabalho, os valores atribuídos a essa identidade profissional, das necessárias habilidades no trato com o sujeito, as escolhas dos instrumentos e técnicas para a intervenção. Assim, refletir o fundamento teleológico profissional é problematizar qual o direcionamento, a finalidade construída ao longo dos anos pelo Serviço Social, pois

[...] a partir da clareza de finalidade, isto é, onde queremos chegar, sentimo-nos efetivamente comprometidos ética e politicamente com o processo, não porque fomos determinados para tal circunstância, mas porque acreditamos naquilo que realizamos, e essa objetivação, esse trabalho concreto no sentido marxiano, não é somente

¹⁵ Trabalho concreto, útil, no sentido marxiano, como uma qualidade determinada que produz valores de uso voltados a satisfação das necessidades sociais de uma dada espécie. (IAMAMOTO, 2009).

¹⁶ Trabalho Humano abstrato, substancia do valor, é pensado em sua quantidade e medido pelo tempo: tempo socialmente necessário investido na produção (elemento histórico-social) condicionado pelo desenvolvimento das forças produtivas sociais do trabalho. (IAMAMOTO, 2009).

dispêndio de energia, é prazer, é realização humana, porque nele nos reconhecemos. "(PRATES, 2003, 131-132).

Ao longo dessa trajetória profissional, discutida detalhadamente no próximo item deste capítulo- ficam claras as mediações realizadas pelo Serviço Social na sua profissionalização. Assim, para negar o instituído ao serviço social nas suas origens, a profissão buscou seus fundamentos no seu processo histórico, ou seja, na tomada de consciência-- negação do processo de alienação – relacionando a indagação sobre a realidade social ao seu papel. Compreende-se que ao criar consciência, o homem projeta aquilo que se torna reflexivo, isto é, atribui valor há algo ainda ingênuo. Ingênuo aqui é entendido como uma postura sem indagação da realidade social, nem do próprio processo individual do homem. À medida que constrói uma postura crítica, de **reflexão**, o homem consegue desenvolver um valor reflexivo da realidade, na sua relação com o real concreto. Quanto mais ele se relacionar com a indagação, com o conhecer profundamente o mundo que aparentemente é “algo dado”, mais poderá, num processo dialético, impulsionar a transformação. Ao se relacionar com o mundo, o homem é chamado a problematizar seu trabalho, sua ação, propondo, inclusive, mudanças, isto é, aquilo que será produzido pelo conhecimento como objetivação do processo de reflexão-ação-reflexão. A reflexão crítica não é algo dado, mas desenvolve-se [...] como elementos de um *continuum*, onde a passagem da ingenuidade a crítica vai fluindo dialeticamente através do processo de reflexão (BARBOSA, 1981, p.31). Portanto, é dessa forma que a profissão, a partir de um *corpus* teórico e axiológico, constrói/u seu trabalho, mostra sua identidade profissional, realizando uma práxis.

Essa perspectiva teórica foi o que tornou emergente o trabalho no Serviço Social desde o último quarto do século passado, uma vez que reconheceu a práxis como fundamento do trabalho e vice-versa, negando o “fazer por fazer” do imediato, sem reflexão, sem dimensão teleológica. Ao transitar do foco da prática ao do trabalho, o Serviço Social não realizou apenas uma “mudança de nomenclatura, mas de concepção” (IAMAMOTO, 1998, p. 95), considerando as condições sociais, políticas e econômicas como a base das relações sociais que lhe dão sentido e finalidade.

Resgatar a prática do Serviço Social como trabalho significa recuperar, no âmbito das particularidades profissionais, aquelas

forças e relações e seus sujeitos de classes. É revisitar a história do Serviço Social partindo de um olhar que, ao se preocupar com a totalidade do ser e dos fenômenos sociais, busca reunir e reinterpretar o que ficou disperso e fragmentado nesta trajetória de pensar e fazer do Serviço Social (...). A passagem de uma atividade vinculada as praticas do apostolado social à condição de trabalho assalariado expressou, historicamente, uma mudança fundamental no conteúdo do trabalho do Serviço Social. O alcance e a direção destas mudanças só se tornam compreensíveis se as articularmos à própria configuração das ações do Estado e das classes sociais sobre o campo da questão social, na trajetória do desenvolvimento capitalista brasileiro. (ALMEIDA, et.al., 1997, p. 28-29)

Essa problematização vem ao encontro da própria conjuntura atual, visualizando o assistente social como um trabalhador assalariado, que sofre as mesmas determinações do mundo do trabalho. Assim, torna-se imprescindível compreender a realidade atual e como ela se materializa no cotidiano profissional, uma vez que, para realizar-se a mediação do trabalho, os aportes teóricos devem balizar o cotidiano profissional.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS COMO MEDIAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL

Neste item, é proposta uma análise da constituição do Serviço Social em cada período histórico, contextualizando o papel do Estado e os fundamentos do Serviço Social. Evidencia-se a atuação da profissão na sociedade, sua inicial inserção no campo das políticas sociais, bem como os valores que compuseram seu trabalho. Tratando-se do foco deste estudo, procura-se também resgatar, por década do século XX, no Brasil, como se constituiu o Serviço Social no campo da saúde e no da saúde mental em particular.

2.3.1 As décadas de 1930 e 40: Estado e Serviço Social na esteira do desenvolvimento capitalista

As décadas de 1930 e 40 tiveram um papel importante na consolidação do projeto capitalista brasileiro, e, como consequência, as características do Estado, bem como da profissão que começava a se delinear, foram elementos básicos para se compreenderem as refrações que ainda persistem nas formas de organizar o trabalho no campo das políticas sociais. O Quadro 1 sintetiza as principais características dessa época.

PERÍODO HISTÓRICO	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL	CÓDIGO DE ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO CÓDIGO DE ÉTICA	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL
Década de 1930	Era Vargas -Expansão do capitalismo Desenvolvimentista e populista	Serviço Social constitui uma atividade especializada, baseada prioritariamente na Ação Social da Igreja, embasada na sua doutrina de caráter paternalista e assistencial	-Serviço Social de Caso – importava a compreensão do Serviço Social da Europa e EUA -Diagnóstico-social: Positivismo Sujeito é objeto- Questão Social como caso de polícia-	Não existia	Não havia nada formal que para fundamentasse seu trabalho. Contudo, com base nos princípios do Positivismo a busca pela ordem social era priorizada, logo, o entendimento de “disfunção social” pressupunha iniciativas que contribuíssem para a “adaptação”. -Ver para prever -Separação de fato e valor -Relação direta causa-efeito -Visão a- histórica (sem crítica da realidade) -Atomização de fatos e fenômenos -Super valorização da quantificação.	-Atuação no Serviço Social de Caso	-Serviço Social de Caso -Diagnóstico Social = “a essas senhoras exigem-se conhecimentos de diversos aspectos do problema da miséria, da defesa dos necessitados, que contra os acasos e adversidades da vida, quer contra os falsos pobres, exige-se-lhes que conheçam os recursos que em cada terra ou nos grandes centros os desgraçados tem a sua disposição e a maneira mais rápida e segura de os alcançarem, exige-se-lhes, que conheçam os princípios de higiene e profilaxia das doenças estáveis, que saibam o suficiente de psicologia, para poderem compreender a alma dos que não pensam nos miseráveis porque nunca lhes faltou nada” (RICHMOND, 1950, p. 409)

Década de 1940	- Estado Novo - Autoritário, Burocrático, liberal.	Serviço Social atuando na confirmação da ordem burguesa	Serviço Social atuando nas instituições sociais, tanto no que se refere a políticas sociais e no setor empresarial. Serviço Social clínico Terapia de Família. - Caso – grupo e Comunidade	1947	-Respeito às leis de Deus aos direitos naturais do homem -Inspiração na sociedade crista, fundamentos neotomistas e de doutrina social da Igreja (SILVA, 1992) -Permanece ainda a orientação positivista associada a influência da Igreja.	1945-Tarefa educativa de interferência no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde Atuação na área hospitalar, a fim de viabilizar o acesso a serviços e benefícios: plantão, triagem e seleção, encaminhamento e concessão de benefícios previdenciários (BRAVO, 2006)	Serviço Social marcado pela vertente doutrinária católica e da higiene mental, com forte influência da abordagem individual a partir de uma visão psicologizante, moralista e normatizadora. (Vasconcelos, E. 2000)
----------------	---	---	--	------	--	---	---

Fonte dos dados brutos a partir dos autores, sistematizados pela pesquisadora: Couto (2004); Iamamoto (2008); Martinelli (1995); Netto (1996); Richmond (1950); Bravo e Matos (2006); Silva (1992) e CBCISS (1970).

Quadro 1: Caracterização do Estado Brasileiro e do Trabalho do Serviço Social nas Décadas de 1930 e 1940

Para se discutir a trajetória do Serviço Social e seus fundamentos no que diz respeito a teoria e ao método, à sua operacionalização e, ainda, a seus princípios e direcionamentos políticos, entende-se como primordial reconstruir o solo histórico (IAMAMOTO, 1998) no Brasil, para sinalizar, à luz da realidade, os momentos significativos para a profissão. Não se pretende, aqui, aprofundar a história, mas, sim, demarcar momentos importantes no que se refere ao papel do Estado, à questão social e à política social, para se situar o campo de atuação do serviço social na área da saúde e da saúde mental.

Na História do Brasil, **a década de 1930**, foi marcada pelo advento de uma economia industrial em substituição à agrária, cujo momento não era de ascensão, mas, ao contrário, vivia uma crise de exportação, com destaque para produtos, como o café. Houve a Revolução de 1930, com a subida de Getúlio Vargas que era identificado como “pai dos pobres”, uma vez que instituiu intervenções estatais para atender a algumas demandas da classe operária. O mecanismo de reprodução da autonomia do Estado manifestava-se nas suas políticas de interesses múltiplos. Tinha o papel de regulador de relações, legitimando seu poder ao dar caráter geral e universal a suas políticas. O Estado não se responsabilizava pela atenção às necessidades sociais, enfatizando propostas mercantis. Para o atendimento das refrações da questão social, era acionada a polícia. Criaram-se organizações e órgãos destinados a elaborar e a implementar políticas de regulamentação, bem como foram o fomentados a produção e o comércio, principalmente no que se referia aos produtos agroindustriais (DRAIBE, 1993).

As políticas sociais de massa, na época, apenas eram justificadas como de interesse nacional. Eram políticas de um Estado centralizado que propunha ações que dissessem respeito ao seu interesse, as quais reforçavam as estruturas capitalistas dominantes. As políticas sociais só existiam a partir das correlação de forças e sob condição de luta política, sendo as camadas subalternas reconhecidas pelas diferentes conjunturas e políticas assumidas, pois, “[...] as políticas sociais cumpriam um papel de reprodução da força de trabalho, elas o faziam no momento de constituição da própria força de trabalho industrial que inegavelmente tendia a reforçar a importância da intervenção e regulação estatal” (DRAIBE, 1993, p.77).

Vargas criou o Ministério do Trabalho e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que propunha uma melhor relação entre empregados e empregadores, visando a uma harmonização entre as classes, sobretudo numa concepção de conciliação (COUTO, 2004). O momento político era demarcado por uma base ditatorial com cunho autoritário e um sistema de proteção social baseado em ações do assistencialismo de caráter clientelista.

Na verdade, a política social brasileira neste período, não obstante encampada pelo Estado, funcionava, na maioria das vezes, como uma espécie de *zona cinzenta*, onde se operavam barganhas populistas entre Estado e parcelas da sociedade e onde a questão social era transformada em querelas reguladas jurídica ou administrativamente e, portanto, despolitizadas (PEREIRA, 2000, p.130).

O Estado, nesse sentido, controlava a classe operária e, baseado em parâmetros liberais e conservadores, de um viés regulador e assistencialista (idem), administrava uma proteção social para os trabalhadores formais no mercado de trabalho, vinculando-os a seguros sociais financiados em parceria com as empresas e os próprios trabalhadores e regulando os acessos aos “direitos” para essa classe, o que Fleury (1994) denomina de “cidadania regulada”. Dessa forma, os direitos caracterizavam-se de forma individual, concentrando-se nos trabalhadores do mercado formal.

Nesse período, configuravam-se novas relações sociais, concretizando a questão social. Estas chamaram a atenção do Estado, e ele, assumiu politicamente a questão social com ações assistenciais, para dar conta das condições de pauperização da força de trabalho (SPOSATI, 1998). A questão social no Brasil, nessa época, era vista como uma disfunção do indivíduo, sendo reconhecida como caso de polícia (MARTINELLI, 1995).

O modo de produção capitalista definia, assim uma forma específica e peculiar de relações sociais entre os homens, e entre estas e as forças produtivas, as relações mediatizadas pela posse privada dos meios de produção. Definia também, como consequência uma nova estrutura social, pois a concentração da propriedade dos meios de produção nas mãos de uma classe que representava apenas uma minoria da sociedade determinava o aparecimento de uma outra classe, construída por aqueles que nada tinham, a não ser sua própria força de trabalho” (MARTINELLI: 1995,p.29).

O Serviço Social, no Brasil, emergiu com o capitalismo monopolista. Sua origem de influência européia, deu-lhe uma identidade, calcada no controle e na repressão, sendo um instrumento da burguesia, a qual consolidou essa identidade, [...] afastando-o da trama das relações sociais, do espaço mais amplo da luta de classe e das contradições que as engendram e são por ela engendradas” (MARTINELLI, 1995, p.67). Estado, Igreja e burguesia tentavam impedir as manifestações da classe trabalhadora, no sentido de “[...] abafar suas expressões políticas e sociais” (MARTINELLI, 1995, p.66). O Serviço Social, constituindo uma atividade especializada da ação social da Igreja, embasada na sua doutrina, vinha com um caráter paternalista e assistencial (IAMAMOTO & CARVALHO, 2008, p.127). Assim, em um primeiro momento, ele representava uma

[...] iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente por intermédio da Igreja Católica. Possuiu, em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia igualmente determinada (IAMAMOTO & CARVALHO, 2008, p.127).

Algumas instituições assistenciais começaram a surgir, orientadas por um “*apostolado social*”, que tinha como característica uma “perspectiva embrionária de assistência preventiva”, cujo objetivo era “[...] atender e atenuar determinadas seqüelas do desenvolvimento capitalista” (IAMAMOTO & CARVALHO, 2008, p. 172).

O surgimento dessas instituições se dá dentro da primeira fase do movimento de “reação católica” da divulgação do pensamento social da Igreja e da formação de bases organizacionais e doutrinárias do apostolado laico (IAMAMOTO & CARVALHO, 2008, p.170).

Essas iniciativas passaram a multiplicar-se de acordo com o desenvolvimento do movimento laico, levando ao surgimento de muitas outras instituições, que tinham como base o apostolado social. O surgimento destas foi de suma importância para a gênese do Serviço Social no Brasil.

O Serviço Social, nesse período, não tinha uma legislação própria quanto a princípios para uma intervenção. Seus fundamentos eram herdados da Europa inicialmente, que dispunha de uma teoria e de uma metodologia fundamentadas numa lógica individual, propondo uma adaptação do indivíduo ao meio social, coerente com o paradigma positivista que as embasava. A metodologia utilizada era

o “Diagnóstico Social” de Mary Richmond, que nasceu de uma postura de investigação da realidade social. Dessa forma, a questão social era compreendida como uma anormalidade do sujeito, não sendo relacionada às condições sociais mais amplas, característica que revela o paradigma positivista da época.

Assim, a autora afirma que o diagnóstico social

[...] é a tentativa para conseguir definir o mais exatamente possível a situação social e a personalidade dum certo necessitado. A coleta de dados de investigação ou das realidades constitui o elemento inicial do diagnóstico, fazendo-se a seguir o exame crítico e a comparação das realidades apuradas, e por fim a sua interpretação, definindo dificuldades sociais existentes (RICHMOND, 1950, p.37).

Desde esse período até 1960, o Serviço Social seguiu fortemente o paradigma positivista, que propunha uma subserviência ao sistema existente na época, no sentido de corrigir os problemas individuais e de ordem disfuncional. As premissas do Positivismo balizaram sua intervenção, sendo que o seu objetivo era e é a consolidação da ordem pública. Nessa corrente, a sociedade assemelha-se a natureza, é um todo perfeitamente integrado, onde a harmonia e o equilíbrio devem ser respeitados. O Serviço Social tradicional assim chamado durante esse “longo” período, tinha uma prática empirista, paliativa e burocratizada, sendo orientada por uma ética liberal-burguesa. Assim, o objeto do serviço social estava diretamente ligado às disfunções individuais e/ou sociais, sendo o homem considerado responsável por sua situação. O objetivo do trabalho profissional era e é formar um comportamento adequado e integrado à sociedade, para a manutenção do *status quo*; buscando o equilíbrio da sociedade, bem como a resolução dos problemas individuais. Em se tratando da visão de homem e mundo, a concepção era de que o ser humano é individual, a-histórico, portanto, isolado das relações sociais. Desse modo, sob essa óptica a sociedade é fragmentada, desarticulada, sem a presença da história na constituição da realidade social (DEMO, 1992; TRIVIÑOS, 2003; MARTINELLI, 1995).

Assim, o Serviço Social não se posicionava perante a realidade social. Afirmava-se como uma prática neutra, de conciliação, com pouco fundamento teórico. Essa fragilidade teórica permitia uma prática diretamente ligada às instituições, necessárias diante das carências sociais, mas controladas pelo Estado.

O investimento dessas instituições se dava mediante as políticas sociais, mas com um caráter de atendimento a determinados segmentos. Isso também era reproduzido na política de saúde, com a criação das Caixas e Institutos de Aposentadoria, que “prestavam” assistência à saúde dos trabalhadores identificados por categoria profissional. Compravam os serviços médicos do setor privado, que era representado pelos institutos. Os problemas de saúde eram principalmente relacionados a endemias, e suas medidas de “controle” eram uma das atribuições do Estado, manifestando-se através de campanhas sanitárias. A população era atendida pelas Santas Casas de Misericórdia e pela medicina popular, sem assistência médica, pois esta estava condicionada a uma subordinação à previdência social, representada pelas CAPS e IAPS (COHN, 2002).

Em se tratando da intervenção do Serviço Social na área da saúde, ela aparece de forma mais efetiva uma década depois (1940), em virtude do término da Segunda Guerra Mundial. Nesse período, o Serviço Social atendia demandas de assistência social assumidas pelo Estado, que também se preocupava com o ordenamento familiar. Destacava-se a forte demanda quanto à higienização da população, no intuito de controlar as pestes surgidas nessa época. Percebe-se fortemente o cunho moralista que a profissão tinha, reproduzindo a ordem burguesa vigente, no sentido de manter a ordem e o progresso.

No âmbito da saúde mental, foi com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923, que buscou um modo de enfrentamento da loucura no campo científico, o que remetia à população a responsabilidade da resolução de seus problemas. Isso se dava através de campanhas higienistas com um discurso normatizador, com idéias associadas ao Positivismo. Até aquele momento, a sociedade isolava os indivíduos “perturbadores” em espaços fechados, para que fossem lá tratados. A psiquiatria higienista pretendia transformar as condições físicas e psíquicas dos indivíduos, para que pudessem combater suas doenças e efeitos (ROSA, 2003). Dessa forma, o Estado propunha um programa de higiene social destinado especialmente à classe proletária, no qual a Psiquiatria assumiu uma função social, pois “[...] se a loucura funciona como metáfora da desordem social, a psiquiatria, seu oposto, é a possibilidade da ordem e da estabilidade” (CUNHA, 1986, p.177). Assim, a partir das referências da Psiquiatria, com viés de

ordenamento social, e também da própria concepção do Serviço Social, nessa época, o Serviço Social na saúde mental, atuava por meio do diagnóstico social. Esse era o método que servia na abordagem do Serviço Social de Casos, que buscava ajustar o indivíduo a uma realidade considerada perfeita. Desse modo, a prática buscava garantir mecanismos de explicitação do que se chamava de “fraternidade universal”.

Segundo HAMILTON (1958),

[...] a assistência à família e à infância, da assistência pública, do seguro social, dos serviços médicos e jurídicos, da reabilitação profissional, da ajuda a viajantes, da colonização, dos serviços para inválidos, da prevenção e reeducação a delinquentes, da orientação juvenil, da legislação trabalhista, da habitação e recreação, e ainda de ensino as crianças e adultos menos favorecidos. À medida que se desenvolvem os recursos econômicos e culturais, deve-se elevar-se progressivamente, o nível da vida; devem-se promover todos os esforços no sentido de desenvolverem-se tanto na assistência como na educação, para o melhoramento da vida humana, quanto a saúde física e mental; a solidariedade humana deve caminhar no sentido da fraternidade universal (p.15; p. 25).

Na **década de 1940**, as legislações promovidas pelo Governo getulista, davam conta das contingências ligadas à atividade laborativa, como, por exemplo, acidentes, doença e invalidez. Através de uma política trabalhista, Getúlio Vargas buscava, ao mesmo tempo, controlar as greves e os movimentos operários e estabelecer um sistema de seguro social. Com uma centralização no poder decisório, foi nesse período que ocorreu o surgimento do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criando a Carteira de Trabalho e a Legislação Trabalhista (CLT-1943). A CLT, instituiu o cumprimento da jornada de trabalho de oito horas, férias remuneradas, o salário-maternidade, dentre outros direitos, mostrando o interesse do Governo nos trabalhadores incluídos na esfera produtiva formal, mantendo-os sob sua governância, incluindo o controle dos sindicatos, que ficavam atrelados ao Estado (COUTO,2004;PEREIRA,2000). As possíveis políticas direcionadas para saúde, habitação e educação ficavam à mercê de propostas residuais. Também foram criados o Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço de Aprendizagem Comercial (SENAC) e o Serviço de Aprendizagem Industrial (SENAI), com o intuito de regular as ações de assistência social desenvolvidas por entidades privadas.

O modelo getulista de proteção social, comparando-se aos outros governos internacionais, foi definido “como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação de benefícios, em troca do controle social das classes trabalhadoras (FALEIROS, 2000, p.46).

Em 1942, surgiu a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), coordenada pela primeira dama do País, que promovia práticas assistencialistas através de obras de caridade realizadas pela Igreja. A LBA representava a legitimidade desse governo junto à população pobre, e, por muitos anos representou a assistência social no País (COUTO, 2004).

Com a Constituição de 1934, que trouxe, apenas legalmente avanços na sociedade brasileira, Vargas, constituiu o Estado Novo, que se caracterizou como sendo um período de base governista ditatorial, segundo os autores, um dos mais severos, implantando um poder autoritário aliado à perspectiva liberal, num controle acirrado da população trabalhadora.

O Estado Novo não queria saber do povo nas ruas (...) Nesse regime ditatorial civil, garantido pelas forças armadas, em que as manifestações políticas eram proibidas, o governo legislava por decreto, a censura controlava a imprensa, os cárceres se enchiam de inimigos do regime (CARVALHO, 2004, p. 109).

Em se tratando de políticas sociais, o Governo interveio manifestando interesse na criação de uma política educacional e de saúde, reestruturando o Ministério da Educação e Saúde, visando sempre manter sob seu controle a população brasileira.

O Serviço Social, por sua vez, ganhou espaço para atuar nas Instituições do Estado, em virtude do modelo controlador de estrutura capitalista da época. A intervenção, que antes se focava na população empobrecida, passou também para a classe trabalhadora. As pequenas e médias empresas representadas, pelo SESC, e pelo SESI, passaram a compor o campo de atuação do Serviço Social, incluindo uma preocupação para com os trabalhadores. No período 1945 a 1950, o governo do General Dutra retomou os princípios do liberalismo político e econômico, favorecendo diretamente as empresas privadas.

A intervenção do Serviço Social, que trazia uma idéia “biologicista do social, com uma forte influência da religião e da moral” (FALEIROS, 1997) e, ainda, uma preocupação com a mudança do comportamento (higiene e ordem social) dos indivíduos e de suas famílias, na década de 1940, adotou as vertentes terapêuticas no tratamento das “sequelas sociais”, utilizando-se do conhecimento psicológico e psiquiátrico para o tratamento dos desajustes sociais. Esse modelo funcionalista, baseado no Positivismo, demarcou o Serviço Social Tripartite, baseado nas teorias do Serviço Social de Caso, do Serviço Social de Grupo e do Serviço Social de Comunidade, incorporando instrumentos, técnicas e modelos norte-americanos.

Ainda nessa década, construiu-se o primeiro Código de Ética dos Assistentes Sociais (1947), formulado pela Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS). Essa entidade tinha o objetivo de formalizar os interesses corporativos dos assistentes sociais, propondo “[...] promover o aperfeiçoamento e a garantia do nível da profissão de Assistente Social” (IAMAMOTO & CARVALHO, 2008, p.330). Esse código trouxe uma preocupação para a categoria referente ao seu comportamento e ao que deveria ser fundamentado nos valores do humanismo católico (SILVA, 1992).

Assim, quanto ao dever do assistente social, o Código cita:

Cumprir os compromissos assumidos, respeitando as leis de Deus, os direitos naturais do homem, inspirando-se sempre, em todos os seus atos profissionais, no bem comum e nos dispositivos da lei, tendo em mente o juramento prestado diante do testemunho de Deus. (ABAS, 1947, p. 01)

Ainda: “Respeitar no beneficiário do Serviço Social, a dignidade da pessoa humana, inspirando-se na caridade cristã” (ABAS, 1947, p. 02).

Dessa forma, o papel dos assistentes sociais estava ligado a uma avaliação moral do sujeito, a uma postura emergida da Igreja Católica, com seus princípios vinculados à lógica funcionalista da sociedade, num compromisso de transferir as problemáticas sociais ao sujeito. Dessa forma, a profissão se posicionava explicitando valores do próprio movimento católico da época, condição de sua origem.

Entretanto, o capitalismo, naquela época, estava em aceleração, e, mesmo contraditoriamente, era ele que abria espaço de intervenção para o Serviço Social.

Foi nesse período que surgiu uma preocupação maior com a base metodológica e científica do Serviço Social, mesmo com sua base funcionalista. O que se percebe é que o próprio Código de Ética de 1947, não acompanhava as “mudanças” da profissão, deixando de olhar o contexto econômico, político e social. Além de conservador, esse código de ética não explicitava os caminhos da cultura capitalista, de excessivo valor da produção, mas, sim, possuía uma visão romântica da vida do homem individualmente com a natureza e de sua relação com Deus (SILVA, 1992).

No campo da saúde, houve uma ampliação da categoria profissional, “[...] transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 28), em virtude do término da Segunda Guerra Mundial. A assistência em saúde, no País não era universal; ao contrário, tinha uma prática excludente e seletiva. Aos assistentes sociais cabia, prioritariamente, atuarem nos hospitais e trabalharem com a população no acesso a serviços e benefícios, atendendo aos plantões, realizando encaminhamentos, triagens, concessão e orientação de benefícios previdenciários. O que marcou também o cenário naquele momento foi o “novo” conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, enfocando “[...] os aspectos biopsicossociais e determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social” (idem, p. 28). Esse novo conceito gerou a inserção de vários profissionais na área de saúde, possibilitando a atuação nas formas de prevenção e práticas educativas (BRAVO, 2007).

O assistente social enfatizou a prática educativa com a intervenção no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. (BRAVO, 2007, p.29)

O caráter higienista adotado pela profissão desde seus primórdios levou ainda mais à possibilidade de uma atuação no campo da saúde mental. Para resgatar-se a memória, a primeira intervenção do Serviço Social psiquiátrico data de 1912, com Mary Jarret, num hospital psiquiátrico em Boston (EUA). Naquela época, já se propunha o Serviço Social de Casos para o atendimento de problemas dos indivíduos. Trazia-se a especialidade do trabalho do Serviço Social ligado à concepção clínica, pois:

Na medida em que a adaptação do indivíduo depende de seu funcionamento mental, a compreensão dos processos mentais é fundamental para toda atividade que se propõe a promover melhores ajustamentos do indivíduo. A especialidade do caso social é promover o ajustamento do indivíduo socialmente desajustado, levando-o a estabelecer a melhor relação possível com todos os elementos que compõem o seu meio ambiente. A habilidade especial do assistente social de caso, é estudar o conjunto de relacionamentos que constituem a vida de uma pessoa e construir, a partir dos elementos encontrados no indivíduo e no meio ambiente, uma vida o mais saudável possível. Nossas relações com o ambiente originam-se em fatos mentais, físicos e econômicos em nossa própria experiência e na das experiências com as outras pessoas. Não importa qual dessas três classes de fatores é considerada de primordial importância, na medida em que todos são decisivos no tratamento de caso de desajuste social. (JARRET, 1919 apud ROBINSON, 1939: 55 apud VASCONCELOS, 2000, p.138).

No Brasil, a intervenção do Serviço Social deu-se nos Centros de Atenção Infantil (COI) e Juvenil (COJ), nos quais atuava com entrevistas terapêuticas, em virtude dos desajustamentos emocionais, conhecidos como delinquência. A delinquência era determinada em crianças por sintomas como agressividade excessiva, que roubassem, ou, ainda que, tivessem um nível de reprovação escolar sistemático. O trabalho desenvolvido pelo assistente social, assim, ficava restrito ao diagnóstico, à orientação e a tratamento de casos individuais e de família. A profissão atuava também como “parte integrante de outros serviços” havendo seu “reconhecimento” por outros profissionais (VASCONCELOS, 2000, p.173).

Percebe-se então, que a intervenção do Serviço Social era fundamentada no Serviço Social Clínico. A referência de autores como Gordon Hamilton era o que sustentava a prática profissional a partir dessa compreensão. A teoria de Hamilton, baseada no Serviço Social de Casos, diz que:

O maior benefício que se faz para uma pessoa é torná-la consciente em poder reformar-se e aperfeiçoar-se. Não se pode, entretanto, desenvolver tais energias sem ensinar, de maneira sistemática, a compreender a natureza da motivação, isto é, sem fazê-la ver como encarar sua situação ou como lidar com os outros e que atitude ter para com o assistente social que atua como conselheiro ou terapeuta. (HAMILTON, 1958, p. 37)

Como se viu os fundamentos da doutrina católica e a tradição higienista eram o cerne do desenvolvimento do trabalho profissional, reforçados pelo movimento “psi” que também fez parte desse momento do Serviço Social. Essa perspectiva não

trouxe avanços no trato dos “problemas sociais”, ao contrário, as vertentes mais conservadoras é que tinham ênfase, numa perspectiva de adaptação e ajustamento dos indivíduos (VASCONCELOS, 2000). As atividades profissionais da época, assim, pela intervenção do Serviço Social de Casos, se davam através

[...] do processo de inscrição, da coleta de dados com o cliente e com a família para verificar a necessidade de ajuda ou vínculo com os serviços ambulatoriais em psiquiatria, ou ainda, a partir do tratamento social de casos, que intervinha junto a família para ajudar a família a dar a criança um ambiente adequado para possibilitar um ambiente adequado para possibilitar o tratamento psiquiátrico, e ainda, para ajudar a família a conseguir melhor ajustamento entre seus membros, conseqüente de modificação lenta de atitudes” (VASCONCELOS, 2000, p.184).

Vasconcelos (2000) aponta que, nesse período histórico,

[...] a constituição do Serviço Social como profissão é marcada, tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento da higiene mental, por abordagens com ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, construindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.”(p. 185)

Portanto, as décadas de 1930 e de 40 marcam a atuação do Serviço Social estreitamente vinculada a Igreja Católica, numa perspectiva que condicionava sua ação às políticas sociais do Estado, de forma a apaziguar as relações sociais acima de tudo, de tratar o sujeito para reinseri-lo na sociedade. Pode-se concluir que o conteúdo do Serviço Social nessas décadas foi marcado pelo enfoque individualista, psicologizador e moralizante da questão social, à medida que a responsabilidade dos “problemas sociais” caíam sobre os indivíduos, por seus problemas psicológicos e por suas condutas morais inadequadas.

2.3.2 As décadas de 1950 e 60: do populismo à ditadura militar e os impactos na profissão

O Quadro 2, mostra as características do período compreendido pelas décadas de 1950 e 1960. Durante a década de 1950, o Serviço Social buscou sua legitimação com ações comunitárias, em virtude do desenvolvimento do capitalismo,

e ainda uma permanência da abordagem individual para com os sujeitos, centrando-se na área da saúde, nos problemas de doença, bem como sendo “mediador” das ações dos outros profissionais da área. A década de 1960, pode ser considerada como o início do movimento da categoria profissional no que se refere aos fundamentos de seu trabalho e do seu posicionamento frente à realidade social. Trata-se de uma década de fundamental importância para o Serviço Social, demarcando uma “nova” identidade para a profissão.

PERÍODOS HISTÓRICOS	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL	CODIGO DE ETICA DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCIPIOS DO CODIGO DE ETICA	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA AREA DA SAUDE	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA AREA DA SAUDE MENTAL
Década de 50	Recorte Populista	Serviço Social na atuação no Desenvolvimento de Comunidade	-Atuação do Serviço Social limitada à execução de políticas sociais em expansão vinculadas ao desenvolvimento de comunidade, com vistas a eliminar a resistência da população às inovações propostas para o desenvolvimento econômico. - Busca da legitimidade das massas	Continuidade de 1947	Os mesmos	-Viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde – Serviço Social médico -Atuação burocrática, psicologizante - Centralidade no problema doença	-Serviço Social médico: “conhecimento aprofundado do desenvolvimento e das características de moléstias, dos aspectos sociais das doenças, de tratamento psicossomático e conceito de stress, progressos da medicina, tratamentos preventivos” (CBCISS, 1970) - “porta de entrada e saída dos hospitais”; atendendo diretamente as demandas por levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes, confecção de atestados sociais, preparação para a alta, realização de encaminhamentos. Atendimentos das demandas de assistência social, de necessidades imediatas, aquisição de roupas, contatos, recursos financeiros. - Campanhas de arrecadação de recursos.- pratica assistencialista. (VASCONCELOS, E. 2000)

Década de 60	Ditadura Golpe de 64	<p>Serviço Social- Início de uma perspectiva crítica- Movimento de Reconceituação- negação da ordem burguesa, e críticas ao Welfare State, bem como das práticas institucionalizadas, rompendo com a assepsia política encoberta pela pseudo-neutralidade, fazendo sua auto-crítica enquanto profissão.</p> <p>-Consciência de vertente crítica com movimento conservadores e neoconservadores.</p> <p>-Politização do</p>	<p>O aparecimento do pensamento psicológico (influenciado pela Psicanálise) e de correntes sociológicas caracterizadas pelo positivismo e pelo funcionalismo. Os métodos passam a ser definidos por caso, grupo e comunidade. Os valores que norteiam a prática são de caráter humanista e a busca do avanço técnico tem como propósito o ajustamento do indivíduo à sociedade.</p> <p>-Por outro lado surgem orientações que fazem uma apropriação limitada do marxismo, como diz NETTO (1996)- apropriação enviesada- pautada em panfletos, materiais, partidos, etc.</p>	1965	<p>-Princípios que fundamentam o homem e as exigências do bem comum</p> <p>-Humanismo católico: dignidade da pessoa humana, auto-determinação e bem comum.</p> <p>-Introdução de valores sociais: “princípios democráticos e ordem social justa”</p> <p>- Rompimento com o confessionalismo católico- filosofia cristã</p>	<p>- Questionamento da profissão frente ao conservadorismo</p> <p>-“perspectiva modernizada”-como um processo integrador do desenvolvimento, com ênfase no funcionalismo, sem questionamento da ordem sócio-política, mas com preocupação de inserir a profissão numa matriz teórico-metodológica.</p> <p>-Grande inserção da profissão na assistência médica e</p>	<p>-Intermediação do paciente com a sociedade e com a instituição (em caso de internação e vice-versa)</p> <p>- Preparação para a alta</p> <p>- Seguimento de egressos</p> <p>-Serviço social de casos</p> <p>-Serviço social de grupos</p> <p>- Colaboração em pesquisas médicas</p> <p>-Participação em programas comunitários de saúde mental (Ministério da previdência 1975)</p>
--------------	----------------------	--	---	------	--	---	---

		trabalho profissional/negação da instituição-valorização da superestrutura sem reconhecimento da contradição.				previdenciária, com técnicas de intervenção, burocratização das atividades, a psicologização das atividades e concessão de benefícios. (BRAVO, 1996) SS e reforma sanitária	
--	--	---	--	--	--	---	--

Fonte dos dados brutos a partir dos autores, sistematizado pela pesquisadora: Iamamoto (2008), Bravo e Matos (2006), Conh (1996), Couto (2004), Silva (1992), CBCISS (1970); Vasconcelos, E. (2000). Silva (1994), Bravo (1996), Ministério da Previdência e Assistência Social (1975).

Quadro 2: Caracterização do Estado Brasileiro e do Trabalho do Serviço Social nas Décadas de 1950/60

Na **década de 1950**, Vargas reassumiu o poder com o voto direto, depois de Eurico Gaspar Dutra (1946-50). O seu governo continuou direcionado aos interesses populistas e também com iniciativas para o desenvolvimento do País, com a criação da PETROBRAS (1953) mas, ao mesmo tempo, e contraditoriamente, havia interesse em investir no capital externo, na tentativa de buscar novos mercados (COUTO,2004; CARVALHO, 2004; PEREIRA,2000).

Nessa década, após a morte de Getúlio Vargas e a sucessão de seu vice-presidente, em 1955, Juscelino Kubitschek assumiu a Presidência nacional, desenvolvendo seu projeto até 1961. Seu governo caracterizou-se por um “projeto baseado no nacionalismo desenvolvimentista”, criando o Plano de Metas que “[...] definia a orientação político, econômica e social para o País, pretendendo desenvolver 50 anos em cinco anos” (COUTO, 2004, p.109-110). Nesse período, o Brasil recebia investimentos externos para o desenvolvimento do processo de industrialização, sendo os investimentos da indústria automobilística um exemplo disso (CARVALHO, 2004).

Quanto ao Serviço Social, nesse período, desenvolveu-se o método de organização de comunidade e/ou **desenvolvimento de comunidade** como uma de suas estratégias de intervenção propondo uma articulação das relações sociais entre Estado e sociedade.

O DC é entendido como uma estratégia para integrar os esforços da população aos planos nacionais e regionais de desenvolvimento, pautando-se por uma visão acrítica e aclassista, sustentada em supostos de uma sociedade harmônica e equilibrada, percebendo a comunidade como unidade harmônica e equilibrada, percebendo a comunidade como unidade consensual cujo objetivo seria a união de esforços do povo ao governo, uma estratégia para chegar ao desenvolvimento, assumido como modernização da estruturas por meio de uma mudança cultural controlada (SILVA, 1994a, p. 81).

O assistente social aprende, na sua formação profissional, sobre trabalho comunitário, planejamento, e também articulação com práticas multidisciplinares. Essa proposta direcionava estrategicamente para o envolvimento da população no contexto econômico do País, aproximando o povo do Governo, dinamizando o desenvolvimento do capitalismo no País. Ainda fundamentava a profissão a vertente

da teoria funcionalista, sendo na época, oferecidos vários cursos de formação nessa área (FALEIROS (1997); SILVA (1994a).

No que se refere ao código de ética dos assistentes sociais, ainda estava em vigor o de 1947, com seus valores vinculados ao humanismo cristão. Nele, a moral e a ética eram consideradas os princípios e as normas que deveriam ser seguidas para fazer o bem e evitar o mal (BONETTI, 2001), pois a questão da moral, para o assistente social, consiste em decidir o que eticamente pode fazer pelos outros sem ofender seu valor humano intrínseco. O caráter ético é dado de forma concreta pela atitude profissional, que se entende como uma predisposição para pensar, sentir e atuar junto aos indivíduos. Os princípios norteadores eram: o respeito à pessoa humana; a individualização, a autodeterminação e, o não-julgamento das situações e dos indivíduos.

Segundo Bonetti, um código de ética representa:

Uma exigência legal de regulamentação formal da profissão e, como tal, é um instrumento específico de explicitação de deveres e direitos profissionais, ou seja, refere-se a necessidade formal de legislar sobre o comportamento dos profissionais (2001, pg. 34)

O campo da saúde, nesse período, estava ligado às possíveis transformações do próprio conceito de saúde, como se viu no item anterior. Assim, a Medicina, preocupada em atender ao novo conceito de saúde trazido pela OMS em 1948, tornou-se mais “sensível” às outras áreas do saber, mas, com uma preocupação clara com seu interesse hegemônico, propôs a compreensão das enfermidades dos doentes associada à família e à comunidade. Ainda com a sua atuação voltada aos espaços hospitalares e ambulatoriais, o Serviço Social na área da saúde – Serviço Social Médico e de Caso-- não acolhia as técnicas desenvolvidas no campo comunitário, ao contrário, prevalecia a intervenção a partir do Serviço Social de Casos na abordagem individual, sem a participação coletiva dos sujeitos, conceito esse aceito apenas quando se referia ao tratamento da doença. Essa divisão da assistência médica hospitalar também exigiu profissionais, em especial assistentes sociais, que lidassem com as contradições do caráter seletivo dessa política de saúde (BRAVO, 2006).

O Serviço Social Médico tinha como objeto o paciente na situação problema, dentro de uma visão tridimensional, considerando seus aspectos bio-psico-sociais. Assim, o objetivo do trabalho do Assistente Social era

[...] remover os bloqueios que impedem os pacientes de utilizar os recursos médicos necessários a prevenção da moléstia e a recuperação da saúde. Deve também orientá-los no sentido da reintegração na sociedade (família e profissão) e reabilitação quando surja incapacidade ou limitação física (FALCÃO, 1970, p. 3).

Assim, o trabalho do Assistente Social era de estabelecer o vínculo entre o serviço médico e a família, realizando interpretações recomendadas pelos médicos e, ainda, informando-os dos fatores emocionais e sociais que poderiam interferir no tratamento, impedindo a recuperação. Dessa forma, a atuação do assistente social era direcionada para a “[...] prática do serviço social de casos; para o desenvolvimento de programas médico-sociais dentro da instituição médica; da participação em programas sociais e de saúde na comunidade e de programas educacionais profissionais; e, pesquisa médico- social” (FALCÃO, 1970, p.8). Pode-se concluir que toda a atuação do Serviço Social estava embasada na perspectiva do atendimento de Casos, uma vez que seu principal objetivo consistia na terapia psicossocial do paciente, preocupado com a forma como este se relacionaria com a instituição e a comunidade. Portanto, a função do profissional objetivava fazer com que o paciente cooperasse com seu espaço e meio social.

No âmbito da saúde mental, a OMS recomendava um investimento nos países em desenvolvimento, definido como uma proposta rentável e auxiliar no processo de industrialização, justificando que o custo da doença mental tinha tornado-se elevado demais para o processo produtivo (TUNDIS, 1997).

No caso da assistência psiquiátrica, o Estado encaminhava os não-contribuintes para hospitais públicos, e os contribuintes previdenciários para os hospitais privados. A partir de então, a internação psiquiátrica foi impulsionada e considerada como lugar de privilégio de atenção em saúde mental. As principais medidas nesse sentido foram o aumento da rede de leitos no setor privado da saúde, financiadas publicamente, resultando no aumento das instituições psiquiátricas, no País (PUEL, 1997).

Preservar, manter e adestrar a força de trabalho (e indiretamente o próprio processo produtivo), bem como atenuar os aspectos disfuncionais inerentes ao desenvolvimento capitalista [...] são estas essencialmente as funções das políticas sociais no capitalismo moderno e sem o recurso às quais o Estado se veria a braços com uma crise de legitimidade e perderia suas bases de apoio (TUNDIS, 1997, p. 59).

Assim, no que se refere ao trabalho dos assistentes sociais, ainda prevalecia o desenvolvido na década de 1940. De modo subalterno a categoria médica e à direção das instituições, eles realizavam uma prática uniprofissional, efetivando levantamento de dados, altas, encaminhamentos, campanhas assistencialistas para a aquisição de roupas, cigarros e material de higiene. As tentativas feitas por alguns assistentes sociais no sentido de propor outras ações fracassaram, uma vez que as regras do “plantão emergencial” de atendimento era o que eles deveriam cumprir. Havia dificuldade de questionamento quanto ao fazer profissional: uma prática institucionalizada, sem conflito, sem direcionamento social, e, ainda, uma proposta de atuação neutra, sem discussão de concepção de atuação, de trabalho em equipe e das dimensões da vida dos sujeitos (Vasconcelos, 2004).

Para Vasconcelos (2000), a prática profissional era

[...] extremamente funcionalista à lógica da medicina tradicional e aos interesses sociais a que esta se acha vinculada a sociedade mais ampla, pois acentua ao máximo a divisão social e técnica do trabalho nas instituições psiquiátricas, determinando uma contradição fundamental das práticas profissionais em saúde mental. (...) Assim, tudo o que não é concebido como diretamente associado com o especificamente psíquico e somático não é considerado como problema daqueles profissionais e é empurrado nestas instituições para o Serviço Social, e/ou, através dele, encaminhado para outras agências sociais, ou simplesmente negligenciado (VASCONCELOS, 2000, 187-188)

Na **década de 60**, precisamente até 1964, após os governos de Jânio Quadros e João Goulart, os militares assumiam o poder. O golpe de 1964, pretendia erradicar o populismo e colocar um ponto final nas idéias comunistas que pairavam no País. O objetivo era transformar o Brasil numa grande potência internacional, com ações de cunho burocrático e tecnicista. Mesmo com mobilização das classes trabalhadoras por reformas socioeconômicas para a melhoria da qualidade de vida, a classe média apoiava os militares, uma vez que a propostas de investimentos internacionais e o conservadorismo era o que dava o tom para o desenvolvimento do País. Naquela época, no Brasil, instalou-se uma forte repressão aos direitos políticos

e civis. Os Atos Institucionais serviram como instrumentos dessa repressão. Exemplos destes são a cassação de líderes políticos e o fechamento de órgãos e sindicatos do movimento operário (COUTO, 2004; CARVALHO, 2004).

O clima instalado no país poderia ser traduzido pela visualização de no mínimo, dois brasis. O primeiro da repressão, da tortura, do aviltamento de pessoas e de instituições, da censura, do aniquilamento dos que pensavam diferente; e de outro que apontava para o progresso, para o ufanismo, o verde-amarelismo, reproduzidos sistematicamente pelos órgãos oficiais do governo (COUTO, 2004, p. 120).

Ainda naquele período, foi promulgada a Lei Orgânica de Previdência Social, “[...] visando à uniformização de benefícios e serviços prestados”. Todavia, só atendia aos trabalhadores que estivessem regulados pela CLT, os outros não recebiam qualquer assistência. A unificação do sistema não ocorreu, apenas se ampliou a cobertura previdenciária para os profissionais liberais, antes não cobertos (COUTO, 2004; CARVALHO, 2004). A concepção da política social era em decorrência do desenvolvimento econômico. “Tratava-se de uma política social que tornou-se extensão da política econômica [...], tal política ficava fora do planejamento central, por ser um estratégico investimento informal em recursos humanos e instrumento de legitimação do poder estatal” (PEREIRA, 2000, p. 136).

Na década de 1960, a efervescência do populismo foi para o Serviço Social de suma importância, aliado a uma abordagem do desenvolvimento de comunidade, a partir da relação dos problemas das estruturas sociais com o estudo psicossocial dos sujeitos. Foi de 1961-64 que surgiu a perspectiva crítica ao Serviço Social tradicional, uma reflexão da própria categoria profissional que modificou o seu significado na sociedade. O questionamento referente ao Serviço Social tradicional não se deu apenas em nível de Brasil, mas para além dos limites geográficos, constituindo-se em um fenômeno internacional (NETTO, 1994), no qual teve diversas representações (IAMAMOTO & CARVALHO (2008); NETTO, 1996).

O próprio quadro político e econômico vivido pelo País, os movimentos populares, de um lado, e os militares, de outro, impulsionaram o Serviço Social para um “novo” caminho de atuação. Não era toda a categoria profissional que queria esse novo caminho. A prática do Serviço Social ainda estava alienada e sofria a

opressão do golpe militar, como toda a sociedade. Assim, dentro do Serviço Social irá formaram-se dois blocos:

[...] de um lado, o Serviço Social é cada vez mais absorvido pelo Estado, fundando-se no seguinte quadro de referência: o objeto de intervenção profissional se configura pelas disfunções individuais e sociais, os objetivos se voltam para a integração social, não se verificando divergências entre os objetivos institucionais e profissionais; no terreno do conhecimento, a Doutrina social da igreja cede lugar para correntes psicológicas, principalmente a psicanálise, e para correntes sociológicas destacando o positivismo e o funcionalismo; sistematizam-se, progressivamente, os métodos tradicionais de Serviço Social de casos, Serviço Social de grupo. (...) Por outro lado, um setor da categoria profissional ainda pequeno, é influenciado pelo novo posicionamento de cristãos de esquerda que colocam a conscientização e a politização em função das mudanças estruturais. A nova postura permitiu que os assistentes sociais valendo-se de uma análise crítica da sociedade, das contradições e a necessidade de mudanças radicais (SILVA, 1994 a, 82-83).

A insatisfação frente à realidade profissional ocorria de forma mais intensa nos meios acadêmicos-- por parte de estudantes e docentes do Serviço Social-- do que nas instituições de atuação. O questionamento dos primeiros trazia a proposta de revisão do caráter conservador, subordinado ao interesse da burguesia. Netto (1996) chama atenção para o fato de que essa subordinação permitia a “[...] manutenção das modalidades de intervenção e (auto) representações que matizavam a profissão [...] investindo na reiteração de formas tradicionais da profissão [...]” (p.118).

Através desse movimento de questionamento da profissão, surgiu o Movimento de Reconceituação (MR) do Serviço Social na América Latina (1965). A Reconceituação do Serviço Social aconteceu “[...] como um movimento de revisão e crítica, [...], com pretensões de romper o metodologismo e a dicotomia entre teoria e prática [...]” (MACEDO, 1986, p.26). Naquele momento, ocorreram eventos políticos importantes da categoria profissional, onde foram discutidos os rumos da profissão. Uma das principais pautas de discussão era a ligação que o Serviço Social brasileiro tinha com os países norte americanos e europeus, importando teorias e técnicas, que tratavam o sujeito com uma abordagem individual e comunitária/grupal, desenvolvendo o método de intervenção: diagnóstico/tratamento/avaliação.

O “Movimento de Ruptura”¹⁷ ganhou considerável força devido a uma agitação política, marcada pelo surgimento de movimentos urbanos de protestos face à crise do desenvolvimentismo, havendo um crescente processo de reivindicações por parte da classe trabalhadora, politizando o cenário nacional em busca de reformas. Porém, nesse contexto da ditadura militar, a crítica da sociedade era freada, e as propostas de trabalho que surgiam para os assistentes sociais, mesmo com a crescente abertura do mercado profissional, com novas demandas e exigências ainda eram regidas pelo pensamento católico, conservador, e o antimarxismo doutrinava o regime de segurança e desenvolvimento (SILVA, 1994b).

O Seminário de Araxá, ocorrido em 1967, e o Teresópolis, em 1970, promovidos pela Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS), no primeiro momento do Movimento de Reconceituação, foram marcos consagrados da perspectiva modernizadora do Serviço Social. Esses documentos permitiram representações profissionais de diferentes tendências sociopolíticas, do modelo “modernizador conservador” do período da ditadura militar (NETTO, 1996). Destaca-se que a preocupação estava direcionada a perspectiva desenvolvimentista, pois o Estado vivia a ditadura militar, e o Serviço Social ainda se apoiava nas intervenções ligadas ao indivíduo problema e apoiado na perspectiva de práticas de ajuda e assistência técnica. Assim, Netto (1996) considera que os documentos de Araxá e Teresópolis representaram a legitimação da ordem social burguesa. O primeiro destacou-se pela preocupação com a teoria que fundamentaria o Serviço Social; já o segundo tratou da metodologia utilizada pelos profissionais. Netto (1996) afirma que “[...] em Araxá, coroa-se uma indicação no sentido sociotécnico do Serviço Social; em Teresópolis, cristaliza-se a operacionalidade deste sentido [...]” (p. 190)

¹⁷ O novo Projeto Ético-Político do Serviço Social começou a ser gestado na conjuntura de transição da década de 1970 à de 1980, momento em que a realidade objetiva sinalizava a necessidade de mudanças no arcabouço teórico-metodológico do Serviço Social. É o que Netto (1998) sintetizou como sendo a “*Intenção de Ruptura*”, ou seja, no processo de desenvolvimento do Serviço Social brasileiro se tece a recusa e a crítica ao conservadorismo profissional. O que merece destaque é que mudanças não se efetivam sozinhas, como mera consequência da realidade objetiva. Sob este ponto de vista, pode-se afirmar que o projeto de “*intenção de ruptura*” foi produto da ação político-profissional de um significativo número de assistentes sociais sob dadas condições históricas. Assume relevância, portanto, a direção teórico-política que orientou, naquele momento, segmentos expressivos da categoria profissional, que viria, na continuidade do processo histórico, se expressar, de forma mais coletiva, no cenário profissional durante o histórico III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS, em 1979, em São Paulo. Podemos identificar, além do III CBAS, outros marcos históricos que expressaram mudanças qualitativas na direção social da profissão, a exemplo do Currículo de 1982 e do Código de Ética de 1986.

Data de 1965, o segundo Código de Ética produzido pelos assistentes sociais. Nele, ainda transparecem os valores da filosofia humanista cristã, não aplicando as “novas” buscas para a intervenção profissional que se dava com o Movimento de Reconceituação. Dessa forma permanecem os princípios conservadores vinculados ao bem comum, a dignidade da pessoa humana. O que o diferencia são os valores sociais, introduzidos genuinamente pelos conceitos de democracia e ordem social justa (SILVA, 1992).

O Serviço Social no âmbito da saúde estava em consonância com o movimento político da categoria profissional, que questionava o conservadorismo, demandando novas estratégias de atuação da profissão em virtude da repressão sobre a classe trabalhadora. Assim, a vertente modernizadora atuava no âmbito das políticas sociais e no que se referisse à saúde, “[...] sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária” (p.31). As técnicas de intervenção, a psicologização das relações sociais, o viés burocrático das atividades e a concessão de benefícios era o que identificava a intervenção do Serviço Social. O movimento de reconceituação, estendeu-se para as áreas de atuação do Serviço Social, inclusive no âmbito da saúde, processando-se um viés de conscientização e politização que atingiu também outros segmentos sociais. Cabe destacar-se que a “intenção de ruptura” não envolvia toda a categoria, havendo questionamentos sobre a postura profissional a ser construída. De um lado, havia propostas concretas para a superação do modo tradicional e, de outro, apenas uma perspectiva de modernização do Serviço Social.

Os anos 1960 foram de extrema importância na conformação de um novo direcionamento do fazer profissional, com o questionamento da prática conservadora dos assistentes sociais até então. Porém, com a ditadura militar, os protagonistas desse movimento foram impedidos de propagar suas idéias de democracia. Esse movimento tolheu a organização da classe trabalhadora e dos profissionais que quisessem modificar o “direcionamento da profissão”, tencionados por mecanismos de repressão e controle por parte do Estado. Ao analisar esse período, Netto (1996), sinaliza:

A ditadura militar expressou [...], no seu elemento de continuidade, o regate das piores tradições da sociedade brasileira: a heteronomia, a exclusão e as

soluções “pelo alto, com o reforçamento do papel do Estado, que, privilegiando o grande capital, situa-se como espaço preferencial para o transito e o confronto de interesses sociais no seu enfrentamento”.(p. 26-27)

A questão social nesse período, estava ligada ao Estado, cuja intervenção associava o “[...] binômio repressão e assistência [...] com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade[...] como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 1996, p.29). Assim, os problemas de saúde deveriam ser resolvidos através da privatização dos serviços, o que gerava uma concepção de atendimento individual. O que havia nesse período era uma relação direta da política de saúde à previdência social, ficando à mercê dessa estrutura o desenvolvimento de programas. A saúde pública não tinha eco no Estado, ficando subordinados às determinações políticas e assistencialistas da época (BRAVO, 1996).

Em 1960, a partir da Lei Orgânica da Previdência Social, instituiu-se um departamento específico para o Serviço Social, que propunha a organização das ações dos diversos IAPS criados no Brasil, bem como o aperfeiçoamento/formação das atividades realizadas pelos assistentes sociais. Já no ano de 1967, o Serviço Social foi regulamentado dentro da assistência médica previdenciária, cuja tarefa estava relacionada à prestação de serviços para a população beneficiária. Assim, suas ações direcionavam-se ao atendimento individual- que propunha um caráter preventivo e curativo- ao atendimento grupal - de caráter educativo –preventivo- e à comunidade, com a mobilização de recursos e a reintegração dos pacientes ao trabalho e à sua família. Também era importante a atuação dos assistentes sociais nas equipes interprofissionais, pois era esse profissional que possibilitava informações relacionadas aos dados psicossociais de cada paciente, que eram considerados elementares para o diagnóstico, o tratamento e a alta (BRAVO, 1996).

Por outro lado, a ditadura militar promoveu para a saúde mental uma “nova” fase da institucionalização, mesmo que com pouca crítica e visibilidade aos hospitais psiquiátricos. A Clínica Pinel, criada em 1960, em Porto Alegre-RS, foi um dos projetos pioneiros de inserção da comunidade terapêutica dentro dos hospitais psiquiátricos. Esse momento foi marcado “por uma forte atmosfera de otimismo terapêutico e de militância técnico-política alternativa” (VASCONCELLOS, 2000, p.189). Essa nova tendência era um dos caminhos possíveis na época, vindo da

experiência norte-americanas para o tratamento de soldados da Segunda Guerra, assim como a psicoterapia institucional francesa e a antipsiquiatria, serviram de “modelos”. A mobilização dos profissionais da saúde mental aconteceu pela “[...] de democratização e humanização das relações entre os profissionais e usuários através de dispositivos grupais e coletivos de participação, envolvendo também familiares, e atividades de acompanhamento externo daqueles que recebessem licenças temporárias ou alta” (VASCONCELOS, 2000, p.190).

Essas tendências mundiais tinham diferentes perspectivas, algumas numa direção mais particular- interna- de tratamento, a partir da comunidade terapêutica, e outras a de um movimento político maior, que vislumbrava a dinâmica social, com o questionamento da instituição hospitalar como um todo. Exemplo disso Basaglia¹⁸, da psiquiatria democrática italiana. No Brasil os assistentes sociais assumiram lideranças importantes nas novas experiências, o que possibilitou a sua vinculação ao Ministério da Saúde, especificamente a Divisão de Saúde Mental (Dinsam), como é o caso da Assistente Social Leda de Oliveira, que desenvolveu um trabalho diretamente relacionado à formação profissional, bem como à divulgação dessa nova possibilidade de “cuidado”. Destacam-se as seguintes inovações: maior mobilização e engajamento dos trabalhadores e usuários nos processos de decisão, na instituição psiquiátrica; maior preocupação com o processo de reabilitação psicossocial para um maior engajamento na família e na comunidade, saindo do espaço institucional e em destaque, uma maior intervenção junto as familiares dos moradores do hospital (VASCONCELOS, 2000).

Houve um início de discussão, que se instalou na década seguinte (1970), quanto ao modelo de trabalho executado pelos assistentes sociais de “porta de entrada e saída”. Os aspectos relacionados à essa discussão estavam vinculados ao compromisso político e à militância do Serviço Social, articulado a outros trabalhadores, para mudanças nos espaços institucionais; havia questionamento sobre a posição de subalternidade profissional frente à hegemonia médica e o desejo de uma intervenção mais eficaz junto aos familiares no acompanhamento do

¹⁸ Franco Basaglia foi um reconhecido ativista da política de saúde mental que propôs uma revolução no tratamento dos doentes mentais, propondo uma nova concepção de assistência em saúde mental na década de 1970 na Itália.

paciente pós alta até sua concreta reinserção familiar e na comunidade (VASCONCELOS, 2000).

O serviço social compunha a equipe psiquiátrica, tendo suas tarefas relacionadas aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais dos pacientes com a sua doença. Sua atuação estava centrada no processo de auxílio a preservação da saúde e, ainda, no modelo “de porta de entrada e saída”, não favorecendo o movimento, ainda incipiente, de questionamento do fazer profissional. Sua função consistia na:

[...] interpretação do paciente para o meio ambiente e para a instituição (em caso de internação e vice-versa); preparação para a alta; seguimento de egressos; serviço social de casos; serviço social de grupos; colaboração em pesquisas médicas participação em programas comunitários de saúde mental (Ministério da Previdência e Assistência Social 1975, p. 35)

Para Bisneto (2005) a atuação do Serviço Social estava direcionado “[...] para atender às necessidades da psiquiatria em minimizar as contradições, do sistema em atender à racionalidade médica no que o mundo do psi não dá conta: a extrema pobreza do usuário e o estado de exclusão resultantes das políticas econômicas e sociais [...] ”(p.112). O autor frisa que a própria concepção do atendimento previdenciário dessa época trouxe para a saúde mental a manutenção das internações asilares, isto é, dos manicômios, legitimando a situação de pobreza dos pacientes.

A vinculação metodológica de atuação do serviço social situava-se ainda na perspectiva do Serviço Social de Caso, devendo o profissional ser considerado o “elo entre seu paciente e sua família e entre o hospital e a comunidade, devendo conhecer as tensões que influenciam nas vidas envolvidas, bem como características de comportamento, do pessoal e do grupo” (MPAS,1975, pg.39). A prática profissional abrangia a concepção da doença numa lógica de compreensão do sujeito e de sua relação com a doença, uma vez que, a partir disso se poderia “ajudar na recuperação da autoconfiança do paciente”. Assim, a atuação do serviço social psiquiátrico seria da seguinte forma:

[...] tornando clara a sua indecisão, a expansão de seus sentimentos, e também a compreensão destes mesmos sentimentos na obstrução das ações

construtivas ou na indução ao comportamento destrutivo- ajudando-o a melhor compreender cada situação – ajudando outras pessoas que tem participação significativa em sua vida (MPAS,1975.pg.39).

Desse modo, a intervenção terapêutica, revelou fortemente a incompreensão da questão social, cujo objeto deixava de ser, ainda que genuinamente o fosse, o problema individual do sujeito.

2.3.3 As décadas de 1970 e 80: a democratização do País e seus impactos na configuração do Estado, das políticas sociais e da profissão

As décadas de 1970-80, marcam de forma singular a História do Brasil. Nesse período, que iniciaram os movimentos sociais de luta por melhores condições de vida da população pós-ditadura. No setor da saúde, ocorreram Reformas Sanitária e Psiquiátrica, concepção disputada pelos atores sociais e políticos da época. No Serviço Social também houve mudanças: na esfera de formação acadêmica com a revisão de currículo e da base teórica, bem como em publicações, tratando a profissão como uma especialização do trabalho coletivo, inserida na divisão sóciotécnica do trabalho (Quadro 3).

PERÍO DOS HISTÓRICOS	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL	CÓDIGO DE ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO CÓDIGO DE ÉTICA	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL
Década de 70	Ditadura Milagre econômico	A profissão é caracterizada pela atuação no campo das políticas sociais, uma vez que assume a responsabilidade pela sua operacionalização. - O Serviço Social, de um lado, é chamado pelo Estado para uma nova prática, mais tecnicamente capacitado, com o objetivo de cooptar o apoio da população no que tange aos programas do Governo que preconizam o desenvolvimento,	Surge um pequeno grupo identificado como de esquerda, que tem como princípio a politização e conscientização em função das mudanças, e passa a analisar criticamente a sociedade, percebendo as suas contradições e a necessidade de superação. -Atuação micro- de caráter individual em prol do desenvolvimento macro da sociedade	1975	-Referência na garantia de respeito aos direitos humanos e d fidelidade ao interesse social -Apesar de ainda a concepção personalista, valores de justiça social e participação	<u>Plano Básico de Ação do Assistente Social na Previdência=</u> “ mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas a integração psicossocial dos beneficiários” (p. 103). Trazia a especificidade do Serviço Social como uma prática direta com os beneficiários, serviços vinculados a administração, planejamento e política social, se direcionando para	- Interpretação do paciente para o meio ambiente e para a instituição (em caso de internação e vice-versa) - Preparação para a alta -Acompanhamento de egressos -Serviço Social de casos -Serviço Social de grupos - colaboração em pesquisas medicas -participação em programas comunitários de saúde mental (Ministério da previdência 1975) -Praxiterapia -Plano de Ação do

		<p>e de outro, é buscado pela classe trabalhadora, para apoiá-la no que se refere a sua organização.</p> <p>-Final da década pós graduações iniciam – Revista Serviço Social e Sociedade</p> <p>- Pesquisas</p> <p>- Qualificação das profissões</p>				<p>áreas da saúde e trabalho e previdência.</p>	<p>Serviço Social</p>
Década de 80	<p>Democratizaçã o Nova Republica</p>	<p>Como especialização do trabalho coletivo-inserção na divisão sócio técnica do trabalho</p>	<p>Perspectiva de atuação a partir do método dialético - fundamentos em Marx, convivendo com orientações neo-positivistas-sistemicas e com as vertentes existencialistas e fenomenológicas</p> <p>-Negação da quantificação , ênfase no qualitativo e na subjetividade= expressão do sujeito; compreensão.</p>	1986	<p>- Valores ligados a participação política e vinculada a classe trabalhadora</p> <p>-Substituição de uma ética de valores subjetivos de “ respeito a dignidade da pessoa humana e</p>	<p>-executor de políticas sociais</p> <p>- As ações nas “unidades de internação e a abordagem se restringia aos “paciente” e familiares da situação vivenciada”(p.125). A educação para a saúde, relacionando juntamente com</p>	<p>-Praticas de reabilitação terapêutica</p> <p>- compreensão das diversas áreas e seus procedimentos de forma a tornar possível a ajuda ao paciente, prevendo a melhoria das condições físicas e de funcionamento das unidades do hospital e a reabilitação psicossocial- que ira consistir na reabilitação profissional que irá direcionar a intervenção para a capacitação para o</p>

			-Revalorização dos processos de planejamento.		promoção do bem comum para uma ética social".	os usuários das instituições a relação da saúde, com o trabalho e as condições da vida. -Abordagem fenomenológica e clínica, nos atendimentos a situações de morte.	mercado de trabalho de acordo com as "condições bio-psíquicas e sócio-culturais" de acordo com as demandas do mercado. Previa também a "colocação e acompanhamento extra-hospitalar ou permanência de áreas protegidas de trabalho" (BICCA; PATRICIO, 1981,p.101) - Coordenação técnica de programas, administração e planejamento em Saúde Mental, ensino e pesquisa (DIAS,2008)
--	--	--	---	--	---	--	--

Fonte dos dados brutos a partir dos autores, sistematizado pela pesquisadora: Silva (1994), Netto (1996), Iamamoto (2008), Bravo (1996), Bravo (2006), Conh (1996), Couto (2004), Silva (1992), Ministério da Previdência e Assistência Social (1975), Código de Ética do SS (2001), Barroco (2003), Bravo e Matos (2006).

Quadro 3: Caracterização do Estado Brasileiro e do Trabalho do Serviço Social nas Décadas de 1970 e 80

De 1964 até o final da **década (1970)**, o Brasil foi marcado por um processo de repressão com a ditadura militar, que, atingiu os setores populares. Em contrapartida, o cenário econômico, caracterizou-se por um crescimento acelerado do PIB, conhecido como período do “milagre econômico”¹⁹. Além do crescimento do PIB, o consumo de bens duráveis cresceu, bem como se investiu na construção de hidroelétricas e estradas, o que reforçou significativamente a indústria no Brasil (COUTO, 2004). O “milagre econômico” trouxe a expansão da dívida externa, triplicando seu valor (de US\$ 4 para US\$ 12 bilhões).

O sentido do “milagre” econômico foi posteriormente desmistificado por análise de especialistas que mostraram seus pontos negativos. Houve, sem dúvida, um crescimento rápido, mas ele beneficiou de maneira muito desigual os vários setores da população. A consequência foi que, ao final, as desigualdades tinham crescido ao invés de diminuir. Alguns poucos dados, demonstram esse ponto com clareza. Em 1960, os 2° % mais pobres da população economicamente ativa ganhavam 3,9% da renda nacional. Em 1980, sua participação caíra para 2,8%. Em contraste, 1960 os 10% mais ricos ganhavam 39,6% da renda, ao passo que em 1980 sua participação subira para 50,9%. Se subirmos na escala de renda cresce a desigualdade. O 1% mais rico, ganhava 11,9% da renda total em 1960; em 1980 sua participação era de 16,9%. Se os pobres não ficaram muito mais pobres, os ricos ficaram muito mais ricos (CARVALHO, 2004, p. 168-9).

O Estado, para atender às seqüelas desse crescimento econômico vindo da exploração da força de trabalho e da concentração de renda, utilizou políticas sociais para dar conta das expressões da questão social. Atuou de forma setorial, criando instituições, nas quais os assistentes sociais ocuparam espaço. Nesse período, foram criados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que previa uma gestão sem a participação dos trabalhadores; o Banco Nacional de Habitação (BNH), que serviu para garantir o financiamento da moradia da classe média (que apoiava os militares), apesar de ter sido uma reivindicação da classe trabalhadora; e a instituição de assistência aos menores infratores -Fundação Nacional de Bem estar do Menor (FUNABEM)-, que instituiu práticas de “cuidado” a esse público, com forte repressão e controle. O Governo ainda, criou o Ministério da Previdência e

¹⁹ O milagre econômico sustentava-se em três pilares básicos: o aprofundamento da exploração da classe trabalhadora submetida ao arrocho salarial, às mais duras condições de trabalho e à repressão política; a ação do Estado, garantindo expansão capitalista e a consolidação do grande capital nacional e internacional; e a entrada maciça de capitais estrangeiros na forma de investimentos e empréstimos. (HABERT, 1996,p.13-4).

Assistência Social, com o objetivo de unificação e transparência dos benefícios, o que, na verdade, possibilitava um controle pelos militares (COUTO, 2004).

No Governo Geisel (1974–79) apareceram os primeiros sinais de abertura política, sendo esta lenta e gradual, contrapondo-se ao autoritarismo da ditadura militar. Pode-se dizer que nesse governo, foram dados os primeiros passos em direção à democracia, para, no final governo de Figueiredo, esta se concretizar. Porém, instaurou-se a miséria no País. Até segmentos da Igreja Católica tiveram uma postura de solidariedade perante os interesses dos explorados. O II Plano de Desenvolvimento Econômico (PND) apresentou ações econômicas e sociais, tendo como “[...] meta prioritária a distribuição de renda, para beneficiar as classes populares que vivem em um estado real de pobreza” (SILVA, 1994a, p. 30).

Com a crise do “milagre econômico”, as classes populares re-apareceram no cenário político, mas, agora, em parceria com os movimentos de comissões das fábricas e os comandos de greves. Isso permitiu uma articulação maior entre os trabalhadores, fundando uma rede de solidariedade entre os movimentos, incluindo os de bairros, que serviram de base às greves mais gerais no contexto brasileiro. Assim, concretizou-se a inserção de um novo ator político, com força e visibilidade social, protagonizando seus interesses: a classe operária. A Igreja Católica, através das Comunidades Eclesiais de Base (CEBS) possibilitou a organização dos movimentos sociais (BRAVO, 1996), (SILVA, 1994a).

A política social era definida com a integração do Estado e do setor privado. O *serviço social assumir a operacionalidade das políticas sociais, definindo sua identidade a partir dessa inserção*. Netto (1996) atribui à autocracia burguesa o papel de alavanca no processo de ruptura com o Serviço Social tradicional, uma vez que ela passou a exigir uma nova postura e prática profissionais.

[...] instaurando condições para uma renovação do Serviço Social de acordo com suas necessidades e interesses, a autocracia burguesa criou simultaneamente um espaço onde se inscrevia a possibilidade de se gestarem alternativas às práticas e às concepções profissionais que ela demandava (NETTO, 1996, p.129).

A partir dessa década, apoiada no Seminário de Araxá, de 1967, como marco diferencial do Serviço Social, a perspectiva modernizadora foi difundida, pelo

CBCISS, nos países do Cone Sul. Participantes do Movimento de Reconceituação, renunciariam à reprodução social da ordem sociopolítica da época e preocupados com os aportes teóricos e metodológicos da profissão.

Em 1970, ocorreu o Encontro de Teresópolis com o foco no “*status* profissional” (LIMA, 1984), buscando uma sistematização teórico-metodológica da profissão, o que aprofundou a vertente modernizadora assumida pelo Movimento de Reconceituação, que preconizava uma prática efetiva, baseada nos fundamentos de planejamento e na capacitação profissional. Essas novas propostas levavam a uma dimensão de atuação macrosocietária e a um trabalho interprofissional. A revista **Debates Sociais**, publicada ainda em 1965, divulgou os documentos relacionados aos encontros, registrando uma preocupação com a metodologia do Serviço Social, bem como os questionamentos da profissão. O método de Belo Horizonte (método de BH), em 1972-73, instituiu-se como a mais significativa proposta crítica da profissão, com vistas a romper com o Serviço Social modernizador e acolhendo categorias marxistas.

[...]os jovens profissionais reunidos em Belo Horizonte explicitam a primeira formulação brasileira da intenção de ruptura: eles elaboram uma crítica teórico-prática ao tradicionalismo profissional e propõem-se [...] em seu lugar uma alternativa global: uma alternativa que procura romper com o tradicionalismo no plano teórico-metodológico, no plano de concepção e da intervenção de profissionais e no plano da formação (NETTO, 1996, p.262-3).

A ditadura militar fez com que os assistentes sociais atuassem diretamente como um “[...] instrumento de aceleração do crescimento, percebido como um crescimento econômico concentrador e excludente” propondo o abandono do espaço institucional, à medida que ele era percebido como um instrumento de dominação. Entretanto o Serviço Social buscou aprofundar a sua prática a partir das necessidades e interesses dos “[...] segmentos explorados que constituem a base de sua clientela, recolocando, necessariamente, a perspectiva de transformação social”. (SILVA, 1994a, p.89).

Merece destaque no que tange à organização política da categoria profissional nessa década, a realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, chamado de Congresso da “virada”, que legitimou a disputa política dos

profissionais direcionando-o para o Conselho Regional dos Assistentes Sociais – CRAS-²⁰ de São Paulo. Nesse evento, a diretoria, na mesa de abertura, foi substituída por representações sindicais e dos setores populares. Esse fato “[...] irá representar simbolicamente a ruptura pública e coletiva da categoria com as práticas reiteradoras da profissão, desmistificando posições neutras e apostando na possibilidade de vínculo com os setores populares” (ABRAMIDES, 1989, p.32).

Pode-se dizer que a década de 1970, foi marcada pela introdução da perspectiva marxista no contexto do Serviço Social. Como consequência, alguns profissionais passaram a negar o espaço institucional,²¹ alegando ser este um aparelho ideológico do Estado. O projeto de ruptura trouxe uma “apropriação enviesada do marxismo” (NETTO, 1996), com uma confusão entre a militância político-partidária e o trabalho profissional, ou, ainda, uma leitura positivista dos conceitos marxistas. Ainda que, num primeiro momento do Movimento de Reconceituação os profissionais tenham se confundido com um viés político partidário que abandonava o espaço institucional, foi no final dessa década, influenciado pelas idéias de GRAMSCI, que o Serviço Social retomou esse espaço como portador de possibilidades e eivado de contradições a serem exploradas à favor da classe trabalhadora. Assim, os profissionais partiram do conceito de Estado ampliado, entendendo o espaço institucional como representante da luta de classes e como espaço contraditório, devendo ao fortalecê-lo, construir uma articulação com os movimentos sociais populares.

Em 1978, houve a continuidade do movimento da categoria com o Seminário de Sumaré, que refletiu acerca das proposições teóricas do Serviço Social, colocando a necessidade de uma formulação de métodos científicos para serem aplicados no seu contexto. Esse momento demarcou as diversas vertentes que influenciaram o Serviço Social. Estas, provenientes do Movimento de Reconceituação, tiveram diferentes fundamentações teórico-metodológicas, que tenderam a marcar os diferentes momentos do próprio movimento. Dentre as

²⁰ CRAS - Conselho Regional dos Assistentes Sociais- Hoje CRESS- Conselho Regional de Serviço Social em São Paulo destacou-se na história como sendo um dos pioneiros na organização dessa entidade. (ABRAMIDES, 1989)

²¹ Em um primeiro momento a apropriação do marxismo deu-se através do estruturalismo de Althusser.

vertentes destacam-se: a modernizadora²², a vertente inspirada na fenomenologia²³ e a marxista²⁴.

Essa década caracterizou-se por importantes iniciativas quanto à identidade do Serviço Social, ao se criarem as primeiras publicações da revista **Serviço Social e Sociedade** (1979), para subsidiar as inquietações da categoria, referência, até os dias de hoje para os assistentes sociais. Também surgiram nessa década e com uma maior intensidade na seguinte (1980), as propostas dos cursos de pós-graduações com incentivo à pesquisa na área, permitindo a produção e os debates intelectuais em âmbito nacional. Houve, nessa época, o reconhecimento da pesquisa de forma oficial pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e pela Escola de Serviço Social da PUC-SP, com o primeiro curso de doutorado da América Latina (1981), o que promoveu o financiamento de linhas de pesquisa, bem como a criação de um comitê de avaliação de propostas de investigação. Com a abertura efetiva dos espaços acadêmicos, surgiram publicações importantes que vieram influenciar a formação e o exercício profissional no País (SILVA, 1994a).

No referente aos princípios de diretrizes profissionais, o **Código de Ética dos assistentes sociais, de 1975** faz referência à “garantia de respeito aos interesses humanos e fidelidade ao interesse social”, refletindo uma postura ambígua de adesão e rompimento com a ditadura e as instituições vividas pelos assistentes sociais da época. Ainda que com uma visão personalista, esse código ressalta o valor de justiça e a participação social, mesmo não rompendo teoricamente com a filosofia cristã, mas com um olhar mais amplo para o social (Silva, 1992), nele se vê referido: “Esta a essência de um código de ética profissional, a garantia de respeito

²² A vertente modernizadora pode ser caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas. Seu foco estava vinculado a melhoria do sistema, na perspectiva de integração da sociedade, através da mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza. Os recursos para alcançar esses objetivos são vinculados a modernização tecnológica e em relacionamentos interpessoais. (NETTO, 1996, p.164)

²³ A vertente inspirada na fenomenologia, emerge como uma metodologia dialógica, apropriando-se também da visão da pessoa e comunidade de Mounier, dirige-se ao vivido humano, aos sujeitos e suas vivências. Esta tendência que no Serviço Social brasileiro vai priorizar as concepções de pessoa, diálogo e transformação social dos sujeitos é analisada por Netto (1996) como uma forma de reatualização do conservadorismo, presente no pensamento inicial da profissão. (Netto, 1996)

²⁴ A vertente marxista que remete a profissão a consciência de sua inserção na sociedade de classes, na qual produz relações antagônicas. Reconhece a contradição como elemento fundante da sociedade, e tem como seu objeto de estudo, a sociedade capitalista. (NETTO, 1996).

aos direitos humanos e de fidelidade ao interesse social” (CFAS, 1975, p. 141). Havia, também, uma preocupação dos assistentes sociais, na sua maioria mulheres, de poder vincular a profissão a uma imagem de mulher trabalhadora, eficiente, liberta, deixando para trás e recusando a imagem produzida pelo catolicismo tradicional de moça caridosa que ajudava os pobres. Isso daria à identidade profissional um caráter de competência e de eficiência, negando os elementos de vocação trazidos ao longo dos anos (SILVA, 1992).

No que concerne à saúde, em virtude da expansão da dívida externa, da recessão econômica, do desemprego e de um processo crescente de pauperização, esse período foi marcado por um crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas (BRAVO, 1996). Ainda a autora (Bravo, 1996) indica que a saúde está relacionada às modificações da política social da época. O Estado perdeu legitimidade com o regime autoritário, da ditadura militar, e, em virtude do movimento social que se iniciou nessa década e se prolongou posteriormente, surgiu uma nova forma de atendimento da saúde pública.

Assim, para a saúde, o modelo privilegiadamente privado da previdência social continuou a seguir padrões individuais e privados de atendimento. A crise que também assolava esse setor trouxe para o cenário brasileiro, por exemplo, o aumento da mortalidade infantil e epidemias, como o da meningite, agravando o quadro sanitário do Brasil, e tensionando as classes trabalhadoras contra o Estado. A previdência serviu-lhe de estratégia para o atendimento da questão social, criando o salário-maternidade como benefício, o amparo à população acima de 70 anos, a extensão à população rural, dentre outras iniciativas. Isso empregou um considerável número de assistentes sociais e deu continuidade à proposta de trabalho instituída na década anterior (concessão de benefícios, psicologização das relações sociais, práticas burocráticas, etc.) (BRAVO, 1996).

Especificadamente em 1972, elaborou-se o Plano Básico²⁵ de Ação do Assistente Social na Previdência, propondo “a política de ação do assistente social” (BRAVO, 2007 p.103). O Serviço Social a partir daí, caracterizou-se como “[...] uma das atividades-fim da instituição [...], tendo como meta mobilizar as capacidades

²⁵ O Plano constou da Resolução de Serviço / INPS, n. 401-4, de 07.02.1972.

próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas a integração psicossocial dos beneficiários”(p. 103). Esse plano especificava que a prática do Serviço Social deveria ocorrer diretamente com os beneficiários, nos serviços vinculados à administração, no planejamento e na política social, direcionando-se para as áreas da saúde, trabalho e previdência. Assim,

A atuação da saúde - participação no programa, desenvolvendo atividades educativas que vise a proteção e recuperação da saúde, atingindo os benefícios nas unidades médico-hospitalares e ambulatoriais próprias do INPS, nas agências e na comunidade. Trabalho e Previdência- atuação através de atividades educativas que visem à divulgação e interpretação da previdência social, à capacitação para o trabalho e à contribuição para a formação de uma mentalidade profissional, atingindo o beneficiário em diversos setores: serviços assistenciais da instituição, empresas, associações de classe e entidades afins e nas obras sociais da comunidade.(...) As ações relacionadas a assistência a saúde, eram: recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; sistema de proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico (BRAVO, 1996, p.103)

Os assistentes sociais, nesse período, começaram de forma cautelosa, a questionar o trabalho produzido pelo Serviço Social, visto que sua preocupação era “endógena” em relação à sua prática profissional, à medida que o Movimento de Reconceituação emergia propondo um novo direcionamento social à profissão, com aspectos advindos da teoria social crítica. BRAVO e MATOS (2006) destacam, em sua análise, que essa foi uma das imaturidades da época, vividas pelos assistentes sociais, que persistiu até após os anos 1980, servindo para uma “maturidade” no trabalho na atualidade. Os autores destacam de forma firme, através de uma reflexão teórica, que a “[...] maturidade da tendência marxista se faz presente no campo das academias e das entidades representativas do SS” (p. 34), uma vez que, no cotidiano da execução dos processos de trabalho, ainda permanece uma prática conservadora, acolhendo, inclusive, as “inovações”

da Reforma do Estado.²⁶ O Movimento Sanitário possibilitou a introdução das Ciências Sociais no debate da política de saúde, auxiliando na compreensão da relação entre a prática de saúde, e a estrutura de classe, a qual sofria determinações macrossociais. Destaca-se que a participação dos assistentes sociais nesse importante movimento da política de saúde foi ínfima, não tendo repercussão para a categoria. (BRAVO, 1996). O sanitarismo importante movimento social e político, será discutido no próximo capítulo desta tese.

Os profissionais da área da saúde, trabalhavam em dois ministérios distintos: o da saúde e o da previdência. O da saúde, os assistentes sociais atuavam em diversas instituições, como, por exemplo, no Centro de Orientação Juvenil (COJ) vinculado ao Departamento Nacional da Criança que propunha uma abordagem psicológica com aportes da psicanálise. Nesse período, os assistentes sociais, através de sua atividade liberal, propuseram a abertura de consultórios para a prática da terapia familiar. Na previdência, a referência ainda era o Plano de Ação Básico. Assim, os assistente sociais ficaram como “subsidiários” (p.112) das ações em saúde coletiva, não intervindo de forma direta nesse âmbito. A função desses profissionais era identificar fatores psicossociais que pudesse interferir no tratamento dos pacientes, bem como ser um “canal de comunicação com a comunidade” (BRAVO, 1996, p.113)

No âmbito da saúde mental, ainda se mantinha a prática da profissão como sendo “a porta de entrada e saída” do hospital, que incluía serviços de interpretação do paciente para o meio ambiente e para a instituição (em caso de internação e vice-versa); preparação para a alta; acompanhamento de egressos; Serviço Social de Casos; Serviço Social de Grupos; colaboração em pesquisas medicas e participação em programas comunitários de saúde mental (Ministério da Previdência, 1975). Em 1976, criou-se uma norma²⁷ que oficializava a Ação do Serviço Social na Psiquiatria. Incluía-se, também, em virtude da institucionalização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, a “importância” do atendimento da equipe multiprofissional para a “prestação de assistência ao doente mental” (p.113), abrindo

²⁶ Acerca de aspectos teóricos mais aprofundados sobre este tema serão apresentados no capítulo seguinte desta tese.

²⁷ A ação do Serviço Social na Psiquiatria foi normatizada pela ordem de Serviço n. SBE-043.9 de 1976.

espaço para os assistentes sociais nas instituições psiquiátricas, que oficializou-se com a criação do Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica. Bisneto (2005) ressalta que o assistente social, na composição dessas equipes,

[...] está aí colocado para atender às necessidades da Psiquiatria em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que o mundo “psi” não dá conta: a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva no Brasil (BISNETO, 2005, p. 112).

Entretanto, apesar do que apontada por Bisneto (2005), o Serviço Social adquiriu um posicionamento secundário em relação às categorias profissionais do campo “psi”, passando a intervir em situações que por elas lhes eram encaminhadas, não tendo autonomia no trabalho realizado. Ao Serviço Social estavam vinculadas todas as “[...] questões genéricas e contextuais tidas como sociais, pois escapam do plano biológico ou psicológico” (BISNETO, 2005, p. 117).

No Rio de Janeiro, a difusão da comunidade terapêutica trazida como uma possibilidade no final da década de 1960, destacou o viés do Serviço Social Clínico de forma intensa e também no trabalho com as famílias, o qual recebia influências da Psiquiatria social emergente no Brasil, através da prática de praxiterapia²⁸. Existia na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1977, o Curso de Especialização em Serviço Social Psiquiátrico, ligado ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ, e, na PUC-RJ, o curso de graduação em Serviço Social que dava ênfase às abordagens clínicas e da fenomenologia. Nesse período, o Serviço Social recebeu aporte teórico da corrente fenomenológica criando um caminho para alguns assistentes sociais, que, inclusive, participaram do Movimento de Reconceituação. Netto (1996) reconhece nisso como um salto importante para a recusa do Positivismo-Serviço Social Tradicional- mas essa referencia teórica não vingou, em virtude de ainda permanecer uma vinculação do Serviço Social à ajuda psicossocial, negando as relações mais amplas dos processos sociais. Também se vinculava a essa proposta a abordagem da profissão no âmbito da saúde mental, permitindo a atuação dos assistentes sociais na perspectiva da abordagem da terapia de família (VASCONCELOS, 2000).

²⁸ Praxiterapia: atividade em forma de oficinas realizadas para os pacientes dentro das instituições. (RIBEIRO, 1996, p. 53).

Concomitante ao Movimento de Reforma Sanitária, iniciou no País, o movimento dos trabalhadores da saúde mental, ligado ao Movimento da Reforma Psiquiátrica²⁹. Segundo Amarante (1995), começou em 1978, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando a uma real desinstitucionalização³⁰ dos usuários da saúde mental, principalmente a partir da experiência da Psiquiatria Democrática Italiana. No Brasil, esse ano se destaca como aquele em que a reforma psiquiátrica ganhou uma forte vitalidade e visibilidade social, após denúncias da situação dos grandes asilos, da privatização e da mercantilização de assistência na rede de hospitais conveniados e das reivindicações de humanização dos hospitais. Esse movimento –objeto do próximo capítulo – importou experiências norte-americanas, européias e italianas, sendo considerado referência para a mudança da política de saúde mental existente no Brasil, desde seus primórdios.

Na **década de 1980**, iniciou-se a abertura política no Brasil, com o Governo Figueiredo (1979-1985). Em 1979 foi concedida a anistia política, mesmo que parcial, com a possibilidade de retorno de exilados políticos. O período da abertura também se caracterizou pela rearticulação da sociedade civil, reforçados pelas emergência dos movimentos populares, reforçados pelas Comunidades Eclesiais de Base, vinculadas à Igreja, tendo como norte a Teologia da Libertação. Dentre esses, pode-se destacar como o mais significativo o Movimento pela Carestia, responsável por inúmeras manifestações nos centros urbanos.

O Estado brasileiro vivia uma intensa mobilização de resistência e de contradição, uma vez que, a uma democratização no plano de direitos para a população, contrapunha uma péssima distribuição de renda, uma forte desigualdade social, em virtude das orientações econômicas dos períodos anteriores de governo militares, e, ainda, a força de políticas sociais para uma significativa parcela da população. O Estado vivia um momento de reordenamento, cujo principal foco era a centralidade econômica, buscando diminuir o processo inflacionário, bem como

²⁹ O debate sobre os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica está vinculada ao próximo capítulo desta tese.

³⁰ Desinstitucionalização [...] é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se cuida" (ROTELLI, 1990).

aplicar o conteúdo do Consenso de Washington³¹, que direcionava para uma minimização do Estado no referente ao atendimento das necessidades sociais no campo social, logo, uma diminuição de políticas sociais (COUTO,2004).

A Nova Republica,³² iniciada nessa década, apresentava uma conjuntura econômica caracterizada por inflação e dívida pública, porém houve uma mobilização de grande significado por parte da sociedade civil em busca da concretização dos direitos sociais. No governo de transição de José Sarney, 1985-90, que assumiu devido à morte de Tancredo Neves, foi sancionada a **Constituição Brasileira de 1988**, que instituiu o tripé da Seguridade Social, contemplando Saúde, Assistência Social, com um caráter distributivo, e Previdência Social, com caráter contributivo. A partir da Constituição, concebeu-se um novo modo de financiamento, com prerrogativas de fundos e orçamentos únicos e com novas formas de organização. A discussão dos direitos da Constituição contribuiu para fazer emergir a consciência dos trabalhadores para as lutas sociais, para a construção de um pacto federativo com base na descentralização de responsabilidades, nos níveis estadual e municipal; para a efetivação do controle social das políticas sociais. Porém, a Constituição de 1988 não foi suficiente para trazer uma nova “condição” de vida para a população no que concerne a uma cidadania universal. Tratava-se do início de uma articulação das forças conservadoras, tendo como finalidade uma orientação para a gestão do País, com um recorte neoliberal³³ nos âmbitos econômico, político e social.

³¹ Em 1989, reuniram-se em Washington, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o governo norte-americano, economistas e políticos latino-americanos e caribenhos de orientação neoliberal, para elaborarem um receituário para as economias periféricas. Esse receituário ficou conhecido como o Consenso de Washington, e indica dez medidas que devem ser seguidas pelos países. São elas: ajuste fiscal, redução do tamanho do Estado, privatizações, abertura comercial, fim das restrições ao capital externo, abertura financeira, desregulamentação, reestruturação do sistema previdenciário, investimento em infra-estrutura básica e fiscalização dos gastos públicos e fim das obras faraônicas. (BATISTA et.al, 1994).

³² Nova Republica: Período de finalização do processo da ditadura militar, Período de abertura política no país, e instauração do planos cruzados.

³³ Neoliberalismo: o neoliberalismo nasceu logo depois da Segunda Grande Guerra Mundial, nos países do mundo do capitalismo maduro. Nasceu como uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado, que passou a se constituir, desde então, na principal força estruturadora do processo de acumulação de capital e de desenvolvimento social. Os neoliberais vão retomar a tese que o mercado é a única instituição capaz de coordenar racionalmente quaisquer problemas sociais, sejam eles de natureza econômica ou política. (TEIXEIRA; OLIVEIRA. 1998, 195).

Nessa década, surgiu o movimento Arena Sanitária³⁴, que tinha dois grandes projetos políticos alternativos: “[...] o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-privatista” (MENDES, 1994, p. 34). Nos primeiros anos, houve a crise ideológica da Previdência Social, e foi nesse período que ocorreu a convocação para a VII Conferência Nacional dos Serviços Básicos de Saúde, que tinha como projeto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), objetivando:

[...] a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional através de uma articulação interinstitucional, que envolveria as entidades públicas e do setor privado [...] e como objetivo básico a [...] extensão máxima de cobertura, para o que apresentava temáticas discursivas como regionalização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização do pessoal auxiliar e inclusão do sistema privado no sistema [...] (MENDES, 1994, p. 9).

O Serviço Social nessa década, propunha um aprofundamento das principais propostas de renovação profissional, amadurecendo o projeto de ruptura. Netto (1996) conclui que, a partir das novas bases teóricas para a profissão, a categoria buscou as fontes clássicas da teoria social para identificá-la. Nesse momento em que a sociedade brasileira vivia de mobilizações públicas e política, surgiu um espaço para o protagonismo do Serviço Social que trouxe “[...] o tom da sua produção intelectual (...) evidencia-se seu potencial criativo, instigante e, sobretudo, produtivo” (p. 267). Em 1984, ocorreu o Seminário de Alto Boa Vista, que foi compreendido como uma “reatualização conservadora”, situando o problema do indivíduo não mais na esfera positivista de situação problema, mas, agora, vinculado à inspiração fenomenológica, de uma “situação existencial problema”. Um dos importantes avanços obtidos nessa década refere-se a revisão do currículo mínimo para a formação em Serviço Social. Essa revisão começou em 1982, desencadeada pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) e pelo Centro de Pesquisa e Documentação em Serviço Social (CEDEPSS) materializando-se na aprovação do novo currículo, em 1996, no texto da “Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional “ na XXIX Convenção Nacional da ABESS, na Cidade do

³⁴ Arena Sanitária fuma designação dada por Mendes (1994) para caracterizar, do ponto de vista políticos, os novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologia e visão de mundo diferentes.

Rio de Janeiro. Esse documento apresentava os conteúdos elementares para o avanço do “significado social” (IAMAMOTO, 2003) da profissão, sendo as temáticas relacionadas à direção social da formação, os eixos fundamentais do Serviço Social: as perspectivas teórico-metodológicas, o mercado de trabalho e a realidade brasileira (ABESS, 1997, n.7).

Claramente, a proposta curricular seguia uma orientação marxista, revelando, através das suas interlocuções teóricas, “[...] na busca de imprimir um perspectiva de atualização analítica para a apreensão dos fenômenos que circunscrevem a totalidade da vida social” (ABESS, 1997, p. 42). Essa possibilidade apontava o pluralismo como possibilidade de compreensão da historicidade da vida social e não da perspectiva eclética; o reconhecimento da ruptura com a ordem burguesa; as reflexões acerca do trabalho do assistente social e, acima de tudo, da questão social como matéria-prima do trabalho do assistente social, isto é, a base da fundação do Serviço Social na sociedade (idem). Essa afirmação do Serviço Social torna a profissão “[...] uma especialização do trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo na sociedade (IAMAMOTO, 1998, p. 22).

Dessa forma, além da formação em Serviço Social, com suas revisões curriculares, os assistente sociais estavam atentos às modificações do mundo do trabalho e a seus rebatimentos na realidade social, com a tarefa primordial de “[...] estar de olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar de sua recriação” (IAMAMOTO, 1998, p. 19). À medida que a profissão manifestava seu compromisso com a classe trabalhadora e seu posicionamento frente à realidade social, negava sua vinculação à ordem burguesa, isto é, a classe dominante que reproduzia as relações sociais. Isso vinha do Movimento de Reconceituação, que propunha uma revisão crítica do da orientação positivista de atuação.

Essa mudança paradigmática também se fez presente no Código de Ética dos assistentes sociais de 1986. O amadurecimento intelectual concretizava-se na inserção da categoria na luta pela democracia da vida social, na lógica do Estado e da sociedade (BARROCO, 2003). A reflexão crítica a partir dos referenciais marxistas possibilitou a negação da perspectiva funcionalista de atuação da profissão, reforçando o compromisso ético com a classe trabalhadora. Isso

representava a negação da base filosófica tradicional, que norteava a ética da neutralidade, e a afirmação de um novo perfil do profissional, sendo o marco da ruptura ética e ideopolítica do Serviço Social.

Dessa forma, esse código tornou-se referência para a profissão, uma vez que modificou-se o conteúdo e, inclusive, a visão de homem e de mundo. Assim, essa nova diretriz rompeu com as instituições vinculadas à ordem social burguesa, buscando valorizar “a dignidade da pessoa humana e o bem comum”, com referências mais democráticas para a análise do indivíduo e da sociedade. A negação da neutralidade deu-se na explicitação clara do conceito de compromisso, concretizado no deveres de democratizar as informações aos usuários, de criar espaços para a sua participação em programas e decisões institucionais e de denunciar falhas institucionais e contribuir na alteração da correlação de forças, de modo a fortalecer novas demandas de interesse ao usuário (BARROCO, 2003) Outra importante modificação feita nesse código foi a substituição do termo “cliente” para “usuário”. Essa mudança alterou a concepção do sujeito acolhido nas intervenções profissionais, compreendendo-o como ser social.

No final dessa década, aconteceu o movimento da categoria profissional acerca do projeto ético-político do Serviço Social, sendo este reconhecido como o posicionamento concreto da profissão por uma nova ordem societária, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. Segundo Netto (1999), esse projeto ético político,

[...] tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central- a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre as alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (p. 36)

Silva (1994b) diz que na década de 1980, houve avanços significativos para o Serviço Social, mesmo com os dilemas referentes à prática interventiva, advindos, ainda, do Movimento de Reconceituação. A autora destaca: o resgate do Estado como espaço de atuação dos assistentes sociais, mas com a proposta de superação das políticas assistencialistas; o reconhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) em 1982 e a criação do Centro

de Documentação e Pesquisa em Política Social e Serviço Social (CEDEPSS) em 1987; a organização da categoria profissional com a coletividade dos trabalhadores; a avaliação do processo de formação profissional; a proposta de articulação do Serviço Social brasileiro com o latino-americano. Em contraposição a isso, a conjuntura da época sinalizava: uma crise no setor universitário, com fortes repercussões na formação profissional; o estreitamento do mercado de trabalho, à medida que a tendência era de privatização das políticas sociais e do espaço público (SILVA, 1994b). Como se percebe esse período foi de extrema importância para a profissão uma vez que foram assumidos “novos” direcionamentos quanto aos fundamentos da atuação do Serviço Social nos campos teórico-metodológicos, técnico-operativo e ético políticos.

Na saúde, as correntes em disputa desde o Movimento de Reconceitualização materializaram-se em espaços. As Universidades e as publicações de referência dessa época traziam uma preocupação com a prática institucional do Serviço Social, bem como com a publicação de textos que abordassem idéias marxistas. Um dos fatos mais marcantes nesse período foi que os profissionais da saúde não conseguiram acompanhar o movimento sanitário, nem mesmo os caminhos utilizados pelos profissionais adeptos do movimento de ruptura com o conservadorismo. Esse momento distinguiu-se pela construção de novos caminhos teórico-ideológicos, que definiram o Serviço Social de outra forma e não apenas como executor terminal das políticas de saúde. Nessa lógica, os profissionais do Serviço Social não adeptos do movimento de ruptura assumiram uma posição de subalternidade nas práticas de saúde, sendo considerados “paramédicos”, próprio da divisão do trabalho na sociedade capitalista (BRAVO, 2007).

Os principais espaços de atuação dos assistentes sociais eram as “[...] unidades de internação, e a abordagem se restringia aos pacientes e familiares da situação vivenciada”(p.125). A educação para a saúde ainda permanecia como uma das modalidades de atendimento do assistente social, relacionando, juntamente com os usuários das instituições, a saúde, ao trabalho e às condições da vida. A fenomenologia tornou-se uma das referências para a atuação do Serviço Social. Um dos exemplos dessa abordagem é a informação da morte dos pacientes, já que as influências de ajuda psicossocial e clínica se manifestavam nas intervenções.

Contata-se que o movimento de intenção de ruptura consolidou-se, academicamente, através de produções literárias importantes para a profissão, como a publicação do livro **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica** de Lamamotto e Carvalho (1982), resgatando os elementos do marxismo clássico, com fundamentos do processo de trabalho dos assistentes sociais. Nesse período, houve também o reconhecimento da vertente crítica como caminho para o serviço social. Conforme NETTO(1996)

[...] essa direção consegue, nesse momento, sua plena cidadania no cenário do Serviço Social no Brasil, penetra e informa os debates da categoria profissional, dá o tom na sua produção intelectual, rebate na formação de quadros operadas nas agências acadêmicas de ponta e atinge as organizações representativas dos assistentes sociais podendo induzir o observador desavisado a supô-la hegemônica.(p.129)

Tal vertente crítica não era homogênea, havendo aqueles que se preocupavam com o viés operativo do Serviço Social- trabalhado no Seminário de Teresópolis-, com ênfase no metodologismo, em detrimento da compreensão da análise teórica para o processo de intervenção profissional. Isso estava associado aos profissionais da área da saúde, ainda se classificando como executores terminais de políticas sociais, em virtude, inclusive, da “[...] falta de tradição teórica da profissão, que não teve precursores ponderáveis da vertente crítica” (BRAVO, 1996, p. 134), que se associavam a uma leitura positivista e privatista da própria política de saúde. Isso gerou para os assistentes sociais uma atuação ligada às instituições a que pertenciam, sem recusa do modelo de saúde instituído.

BRAVO(1996) em uma de suas obras mais importantes, faz considerações acerca das publicações e dos congressos da categoria profissional, que aqui não são objeto de análise, mas que trazem elementos significativos do posicionamento político e interventivo dos assistentes sociais nessa década. Para situar, chama-se a atenção de alguns apontamentos, dentre eles, a “pequena” participação dos profissionais nos fóruns de discussão entre as instituições e as mobilizações populares, sendo inegável o reconhecimento da política de saúde como um espaço contraditório e de diferentes concepções; o reconhecimento do espaço do controle social nas instituições e da legítima participação do usuário, sem temor de confrontos; a inegável possibilidade de mobilização da equipe de saúde no que diz

respeito ao reconhecimento dos aspectos de saúde de forma globalizada, bem como da possibilidade de uma consciência sanitária para o controle de serviços; a vivência concreta do discurso da “participação popular” em nível de micro e macroatuação para o desenvolvimento da qualidade de vida da população, etc. Para a autora,

[...] os avanços são considerados insuficientes, pois, o serviço social(...) ainda com uma incipiente alteração na prática profissional; continua como categoria, desarticulado ao movimento da Reforma Sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação da máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária) ; e insuficiente produção sobre as demandas postas à prática de saúde (BRAVO, 1996, p.35).

O campo da saúde mental trouxe para sua conjuntura elementos referentes a conceitos ligados a proposta da desinstitucionalização, surgida na I Conferência Nacional em Saúde Mental, direcionando a luta política para a transformação do modelo hegemônico asilar e criando novas práticas e modalidades de atenção e cuidado. A superação do modelo hospitalocêntrico, mudou a visão de uma sociedade culturalmente construída em relação à loucura no sentido de não mais rejeitá-la e segregá-la, mas, sim, buscando debates envolvendo os diferentes segmentos sociais para fazer valer os paradigmas de inclusão social (FAGUNDES, 1992). Assim, foi preconizada, através de legislações, a construção de novas formas de atenção e cuidado para os usuários da política de saúde mental, com o objetivo de

[...] criar um filtro de atendimento entre hospital e comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária [...] se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social [...] (AMARANTE, 1995, p. 82).

Em se tratando da atuação do assistente social, a profissão ligava-se, pela própria trajetória histórica, à política de previdência social, pois os benefícios sociais estavam atrelados ao fazer do Serviço Social, uma vez que a própria assistência em saúde consistia apenas na concessão de benefícios. Isso também fica claro à medida que se vinculou a saúde mental, às áreas “psi”, “[...] àquelas que escapam do plano biológico, ou psicológico”(BISNETO, 2005, p.117). Na assistência psiquiátrica, desde a década de 1970 a 80, as ações se legitimaram em diferentes

níveis: em relação ao usuário, houve concessão de benefícios, vinculação aos “direitos sociais” e “cidadania”; no que se refere às demandas profissionais, estas estavam ligadas aos fundamentos de uma assistência psiquiátrica com a reabilitação psicossocial, e às instituições psiquiátricas, onde o Serviço Social contribuía “[...] para a diminuição de custos de assistência médica, para a garantia do ressarcimento do SUS, para o envolvimento da família no processo terapêutico” (BISNETO, 2005, p. 114). A compreensão da reabilitação psicossocial³⁵ estava associada aos aspectos de vida do sujeito: trabalho, habitação, lazer, aspectos aos quais são considerados essenciais para uma “cidadania efetiva para o usuário da rede de saúde mental” (idem). Pode-se dizer que, na maioria das vezes, as demandas ao Serviço Social estavam vinculadas às necessidades dos outros profissionais, “[...] com propostas para manter o paciente dentro dos parâmetros do tratamento dado pelos profissionais ‘psi’” (p.117).

Paralelamente a isso, com o advento do Movimento Antimanicomial ou processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, houve um avanço na área de saúde mental no tocante ao Serviço Social. As premissas de reabilitação psicossocial passaram a se fazer presentes na atuação do Serviço Social a partir da compreensão do conteúdo do movimento da Reforma Psiquiátrica. Na década de 1980, diferentes experiências aconteceram no Brasil vinculadas aos novos parâmetros de assistência em saúde mental, dentre elas a ligação do assistencial ao hospital psiquiátrico e a concepção de reabilitação apontada por BICCA e PATRÍCIO(1981) a partir de Chefe(1971)

[...] como um processo contínuo, coordenado, levado a efeito por uma equipe, com fim de recuperar o portador de deficiência, para o uso mais completo possível de suas capacidades(física, mental, social, profissional e econômica) seja de forma total ou parcial(...) Ainda, irá dizer, ”tem como premissa atender o Homem e não sua incapacidade e doença, com base nas duas variáveis: a limitação, que não podemos evitar e o potencial, que devemos encontrar e desenvolver.(BICCA & PATRÍCIO, 1981, p.100)

³⁵ Essa discussão será apresentada no próximo capítulo, uma vez que compõe o novo direcionamento da saúde mental, na trajetória desta política.

Essa compreensão da reabilitação se dá a partir de atividades específicas realizadas pelo Serviço Social³⁶, quais sejam as ligadas a vieses distintos da prática: o desenvolvimento de recursos humanos, que condiz com treinamento específico e contínuo dos profissionais em diferentes níveis; a reabilitação terapêutica, abrangendo diversas áreas e seus procedimentos, de forma a tornar possível melhoria das condições físicas do paciente e de funcionamento das unidades do hospital, assim como a sua reabilitação psicossocial que leva à reabilitação profissional, direcionando a intervenção no sentido de capacitá-lo para o mercado de trabalho de acordo com suas “condições bio-psíquicas e socio-culturais”. Nessa linha, previa também a “[...] colocação e acompanhamento extra-hospitalar ou permanência em áreas protegidas de trabalho” (BICCA; PATRICIO, 1981,p.101)

Percebe-se que houve uma tentativa para dinamizar as práticas do hospital psiquiátrico, uma vez que a segregação e a cronicidade fazia e faz parte do dia-a-dia dos moradores. A ênfase na reabilitação deu-se de forma mais “efetiva” nas décadas subseqüentes, inclusive em virtude dos movimentos políticos de resistência à lógica manicomial.

2.3.4 A década de 1990: os projetos de Estado, políticas sociais e a profissão sob os influxos do neoliberalismo

Na década de 1990, levantou-se na sociedade brasileira, um debate importante sobre o papel do Estado e das políticas sociais, e, conseqüentemente, o projeto profissional do Serviço Social sofreu contestação. O Quadro 4 resume os embates travados nessa década que influenciaram o trabalho dos assistentes sociais no campo das políticas sociais.

³⁶ Essa prática foi testada em um Hospital psiquiátrico da Cidade de Porto Alegre - RS. (Bicca; Patrício, 1981).

PERÍODO HISTÓRICO	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL	CÓDIGO DE ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL	PRINCÍPIOS DO CÓDIGO DE ÉTICA	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL
Anos 90 e século XXI	Neoliberal	Como especialização do trabalho coletivo- inserção na divisão sócio técnica do trabalho.	Ênfase na dialética- reconhecimento das categorias: historicidade, totalidade e contradição -Projeto ético político. -Movimentos sociais - Participação Coletiva	1993	- Reconhecimento da liberdade como valor ético central. -Defesa intransigente aos direitos humanos e recusa ao arbítrio e autoritarismo -Ampliação e consolidação da cidadania, -Defesa e aprofundamento da democracia Posicionamento em favor da equidade e justiça social, -Eliminação de todas as formas de preconceito	Em consonância com o projeto privatista: Seleção socio-econômica, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação de fiscalização dos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia de favor e favorecimento de práticas individuais(projeto privatista) -Da reforma: Busca de	-Busca pela desinstitucionalização -Sistematização de pesquisas -Gestão de política pública -Criação de espaços de discussão e controle social -Acompanhamento dos usuários e seus familiares -Consolidação de uma rede de atendimento social. (DIAS,2002)

					<ul style="list-style-type: none"> -Garantia ao pluralismo, -Opção por um projeto vinculado a uma nova ordem societária, -Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais -Compromisso na qualidade de serviços prestados -Exercício do Serviço Social sem ser discriminado nem discriminar 	<p>democratizaçã o do acesso as unidade e serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação das instituições de saúde com a realidade, interdisciplina- riedade, acesso democrático e estímulo a participação</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

Fonte dos dados brutos, sistematizado pela pesquisadora: Silva (1994), Netto (1996), Código de Ética do Serviço Social (2001), Barroco (2003), Bravo e Matos (2006), Conh (1996), Couto (2004), Silva (1992), Dias (2002) .

Quadro 4: Caracterização do Estado Brasileiro e do Trabalho do Serviço Social na Área da Saúde na Década de 1990

A **década de 1990** foi marcada por disputas e pelo acirramento de uma série de contradições. De um lado, o Estado brasileiro efetivou legalmente avanços no cenário político e social e, de outro, adotou o neoliberalismo. Este último trouxe paradigmas teórico-estruturais que incidiram diretamente na vida da população brasileira e, é claro, relacionando-se de forma perversa com os avanços no campo dos direitos sociais.

A ideologia neoliberal, no Brasil, criou esferas privatizadas, alterando a articulação entre Estado e sociedade civil no processo de construção de políticas de proteção social, destruindo espaços de cidadania, com sérios prejuízos à qualidade de vida da população. Houve uma redução do Estado e uma ampliação do mercado; um aceleração do processo de privatização, inclusive do patrimônio público; uma forte abertura da economia aos capitais internacionais; e a redução dos direitos sociais, com a desregulamentação dos direitos trabalhistas. Em se tratando da esfera econômica, o Governo passou a receber monitoramento do FMI, perdendo poder de decisão no próprio País (COUTO, 2004).

No início da década, período com "novas" orientações econômicas, aliadas a um forte processo de recessão e a inúmeros escândalos sobre corrupção (Couto,2004,p.145), elegeu-se Fernando Collor de Mello (1990-1992), que por ser comprometido com o projeto de redução do Estado, acentuou o processo de privatização. A corrupção, a ineficiência e a precariedade na manutenção das políticas sociais "[...] desmontaram o sistema de proteção social" (p.146), marcando esse breve governo, que foi deposto por *impeachment*. Após a saída de Collor, assumiu o Vice-Presidente Itamar Franco (1992-1994), que deu continuidade às propostas econômicas, na tentativa de conter a inflação. As propostas para o País tinham um viés privatista, de crescimento do mercado, de integração macroeconômica, de investimentos e avanços tecnológicos e de políticas sociais compensatórias (REIS; PRATES,1999), o que se opunha ao caráter universalista e de direito social previsto na Constituição de 1988 (COUTO, 2004). Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assumiu seu primeiro mandato, governando até 1999, "[...] priorizando o controle da inflação e a manutenção da estabilidade da moeda, e encaminhou, como plataforma política, a necessidade de reformar o Estado, prioridades vinculadas ao paradigma teórico neoliberal[...]" (COUTO, 2004, p. 148).

O princípio da solidariedade entrou como carro chefe, uma vez que este possibilitava a inserção, no mercado, do voluntarismo no atendimento das demandas sociais. Esse período registrou inúmeras transformações societárias³⁷ (NETTO, 1996), que provocaram várias transformações na vida dos sujeitos e uma profunda desigualdade social, num quadro de fome e miséria.

Mesmo o Brasil vivendo o auge do neoliberalismo, a década de 1990 distinguiu-se por várias legislações importantes no Brasil, inclusive para o Serviço Social, que, de forma efetiva, lutou para sua consolidação: em 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); o Sistema Único de Saúde (SUS); em 1993 a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); em 1994 a Lei de Política Nacional do Idoso; em 1996 a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, dentre outras. Essas legislações representaram para o povo brasileiro a possibilidade legítima de resistência aos 500 anos de escravidão (CARVALHO, 2004), trazendo condições objetivas no âmbito dos direitos para a classe trabalhadora.

No que tange ao Serviço Social, essa década solidificou a profissão, com projetos relacionados à formação, bem como à categoria profissional. No que se refere à formação, o Documento da ABEPSS, em 1996, elucidou a proposta e trouxe de forma objetiva, a questão social como motivo pelo qual a profissão se explica no cenário capitalista brasileiro. Assim chama atenção para o fato de que

[...] a questão social se apresenta como eixo central capaz de articular a gênese das seqüelas inerentes ao modo de produzir-se e reproduzir-se o capitalismo contemporâneo, o que envolve as mudanças no mundo do trabalho; suas manifestações e expressões concretas na realidade social, particularmente a exclusão social; as estratégias de seu enfrentamento articuladas pelas classes sociais e o papel do Estado neste processo; e, por fim, os desafios teóricos, políticos e técnico-operativos postos para o Serviço Social para seu desvelamento e processo de trabalho”(ABESS, 1996, p. 26)

Assim, entende-se a reformulação do currículo mínimo da década anterior, acima de tudo, dos conteúdos centrais para a formação, e, conseqüentemente, para

³⁷ Transformações societárias: dizem respeito a regime de produção flexível; globalização econômica; processo produtivo ligado as bases de informatização e eletrônica; precarização das relações de trabalho; desaparecimento de classes sociais; pauperismo; mudanças na estrutura familiar; desregulamentação dos direitos sociais; despolitização – dessindicalização; modernização da sociedade civil; políticas sociais emergenciais, seletivas e distanciamento aprofundado entre o mundo pobre e o mundo rico (ANTUNES, 2005).

a intervenção profissional, que eram: a direção social, os eixos fundamentais, a pesquisa teórico-metodológica, a formação do mercado de trabalho, bem como o tratamento dispensado à análise da realidade social brasileira (ABESS, 1996) embasando o Serviço Social. Foi confirmada nessa década, a nova Lei de Regulamentação da Profissão, mostrando o direcionamento do Serviço Social, suas competências e suas atribuições, marcando a identidade profissional, contraposta à identidade que lhe era atribuída, bem como a recusa à ordem social. Assim, o próprio documento do projeto de investigação sobre a formação profissional revela que o Serviço Social é situado como uma

[...] atividade inscrita na divisão social do trabalho(...) historicamente determinada pela maneira como se organiza a sociedade e, ao mesmo tempo, como resultado da atuação da categoria profissional, isto é, do posicionamentos e respostas às demandas sociais dos diferentes grupos e classes sociais. (ABESS, 1984, p.108)

Desse modo, a análise da realidade social era de extrema valia para a profissão nessa conjuntura de contradição e desigualdade. Para isso, importava operar nessa realidade com os fundamentos teóricos advindos da intenção de ruptura, fazendo valer o direcionamento político da profissão e estando atento às reais necessidades sociais, uma vez que a realidade deve ser modificada e não negada, "[...] mesmo porque precisamos conhecer profundamente aquilo que pretendemos modificar"(PRATES, 2003, p.5)

O último e atual **Código de Ética** foi publicado em **1993** em resposta a manifestações vindas das universidades e dos amplos espaços de discussão e representatividade da categoria profissional (encontros regionais e nacionais, congressos brasileiros, oficinas, etc.) nele constando os princípios e valores que identificaram o posicionamento da profissão. Nesse código, fica clara a identidade profissional articulada a um projeto da sociedade mais justa e democrática. Nele, que os usuários ganham a centralidade no dimensionamento dos princípios orientadores do trabalho do assistente social frente às desigualdades sociais. O respeito ao usuário afirma-se no compromisso e na responsabilidade dos profissionais com a qualidade do seu serviço, garantindo-lhes a igualdade de acesso aos bens e serviços.

[...] o novo código de ética(1993) reafirma o projeto profissional comprometido com as classes trabalhadoras e dá um outro tratamento à dimensão ético-política da profissão: os princípios e valores calcados no horizonte de um projeto de superação da ordem burguesa. Assim, o código de ética propõe a ampliação da liberdade, concebida como autonomia, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos sociais; a consolidação da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida e a defesa da equidade e justiça social enquanto universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais e à sua gestão democrática.(ABESS, 1996, 146-147)

O Código de Ética estava em consonância com o projeto ético-político profissional valorizado nessa década de forma intensa, por trazer uma proposta de “ordem societária”. O projeto ético-político do Serviço Social materializou-se, e continua nos tempos de hoje, mais expressivamente nesse período, quando a profissão, revisada em seu código de ética, assumiu um compromisso com a classe trabalhadora, na busca de um projeto de sociedade contraposto aos ideais neoliberais. Conforme aponta Netto (1999),

Os projetos profissionais(inclusive o projeto ético político do Serviço Social) apresentam a auto-imagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam seus requisitos(teóricos e , institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas, públicas [...](p.95).

Sabe-se que a proposta do projeto ético político do Serviço Social vincula-se a um projeto societário, que luta por uma sociedade distinta, com componentes coletivos e com forças diferentes. À medida que os projetos de identidades se afinam “[...] expressam uma consciência partilhada, são sujeitos que lutam por vontades históricas determinadas” (MARTINELLI, 2006, p. 17). Porém, é sabido que a proposta do projeto ético político não é homogênea uma vez “[...] que o coletivo profissional é um campo de disputas de significados, um campo de diversidades[...]”(idem). Assim, numa perspectiva micro e macrossocial, esse projeto

exige da categoria uma postura, um posicionamento frente à disputa de classe, uma disputa de concepção, uma disputa política³⁸.

A política de saúde, nessa década, vivia um momento histórico importante, pois legitimava, através da Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/90) os preceitos da reforma sanitária. As novas diretrizes da política de saúde, publicadas na Constituição de 1988, nos seus artigos 196 a 200, significaram um avanço para a sociedade brasileira nessa área, compreendendo a saúde como responsabilidade do Estado e direito de todos os cidadãos. Essa nova concepção, trazida desde o movimento de reforma sanitária, revelava uma lógica de prevenção, de participação da população e de reais caminhos de acesso. Porém, como se viu no início deste item, o Brasil vivia um momento de base do projeto neoliberal, no qual, se consolidou, o modelo médico-assistencial privatista, legitimado na década de 1980. Conforme Chioro e Scaff,

[...] a ordem, no campo das políticas sociais passa a ser a fragilização do papel do Estado, a diminuição do seu papel redistributivo, a privatização (no caso da saúde induzida por mecanismos de subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas e pela regulação pela lógica do mercado) e a focalização das políticas para os grupos populacionais carentes e excluídos, mais frágeis do ponto de vista de sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado (CHIORO; SCAFF, 1996, p. 06)

O projeto neoliberal criou um forte sistema privado e com baixa regulação do Estado, fortalecendo uma política de atenção médica supletiva e consolidando um financiamento sem dependência direta do Estado, tendo sua expansão através do mau funcionamento e da baixa qualidade dos serviços do setor público. Os grupos que recebiam assistência médica privada eram considerados “de cima”, os que não recebiam essa assistência eram referidos como os do grupo “de baixo”, caracterizando a universalização excludente (CHIORO; SCAFF, 1996). Assim, criaram-se dois projetos políticos na área da saúde: o projeto privatista (pautado na política neoliberal, de contenção de gastos e descentralização da responsabilidade para a sociedade); e o projeto de Reforma Sanitária (orientado pelo SUS, fruto de movimentos sociais).

³⁸ Esse tema será apresentado no próximo capítulo, que se aborda a discussão da política de saúde, da disputa de projeto de sociedade, uma vez que o projeto do Serviço Social, é assumido nessa tese como caminho da resistência.

No que tange ao Serviço Social, o projeto neoliberal entrou em confronto com seu projeto ético-político, requisitando da profissão um posicionamento individual - no seu exercício profissional - e coletivo - de projeto de sociedade. Assim, conforme aponta Bravo e Matos (2006),

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, aos assistentes sociais, dentre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ações fiscalizatórias aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, através da ideologia de favor e predomínio de abordagens individuais.[...] O projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas para os assistentes sociais: busca de democratização do acesso as unidades e serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo a participação cidadã. (p. 36)

Nesse sentido, o papel dos profissionais ligados à área da saúde, e a forma como vinham exercendo seu trabalho tinham uma relação direta com compreensão do objeto do Serviço Social, uma vez que esse entendimento tem a ver com aquilo que se imprime num determinado tipo de ação. Os determinantes dessa ordenação da sociedade estabeleciam, pela reestruturação produtiva, e do próprio neoliberalismo novas formas de reprodução social, novas formas de sobrevivência e, inclusive, novas necessidades sociais diretamente ligadas à condição de saúde dos sujeitos.

Mesmo com a ameaça constante representada pelo projeto privatista, a implementação do SUS representou uma conquista significativa no campo dos direitos, a qual proveio da luta dos trabalhadores, abrangendo a assistência em saúde mental. Desde a década de 1980, a saúde mental passava por reformulações, sendo o princípio da Reforma Psiquiátrica a desinstitucionalização. Assim, foi proposta a substituição do caráter de atendimento voltado à doença mental e assumido o referencial de serviços de atendimento da saúde mental conceituada sob o olhar da Reforma Sanitária. A discussão da desinstitucionalização gerou um movimento social mais amplo de denúncia da institucionalização, de confirmação de novos dispositivos sanitários. Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que abordou pontos norteadores para a saúde mental, atrelando-os aos ideais de universalização propostos pelo SUS, bem como a Reforma Psiquiátrica do

Rio Grande do Sul, que tinha como principal eixo a substituição de leitos psiquiátricos em hospitais gerais³⁹.

Em toda a década de 1990 e já no início deste século, houve uma expansão do processo de desinstitucionalização e de diminuição dos leitos psiquiátricos, configurando-se no País como uma política pública. Essas ações acompanharam o estabelecimento de uma legislação específica em saúde mental, consolidando a Reforma Psiquiátrica, também intitulada Luta Antimanicomial. Em 2000, foram criados e regulamentados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (SRT), ou seja, moradias destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de instituições psiquiátricas. Em 2001, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com maciça participação da sociedade, através dos movimentos sociais de pacientes psiquiátricos e familiares, que receberam capacitação política e teórica para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica na comunidade.

Em se tratando da atuação do Serviço Social, em consonância com as diretrizes das diversas legislações e também com base ao direcionamento ético-político profissional, associado à compreensão dos processos de trabalho e do significado social da profissão, os assistentes sociais utilizaram de distintas formas os equipamentos da política de saúde mental. A rede de atenção integral em saúde mental conforma vários níveis de atendimento, desde o hospital em caso de internação, até os serviços inseridos na comunidade, onde os assistentes sociais exerciam seu trabalho. As novas modalidades de atendimento eram “dialogadas” em equipe interdisciplinar, uma vez que as prerrogativas da saúde mental davam subsídios para tal. Porém, percebe-se que as práticas profissionais ainda se vinculavam de forma subordinada a outros campos, não sendo necessária, concretamente a identidade profissional, por exemplo, a equipe mínima de um serviço substitutivo não nomeava esse profissional (BISNETO, 2005).

O direcionamento da reabilitação, agora psicossocial, estava na base das atuações multi e interdisciplinares, nas diferentes modalidades de atendimento. Estas referiram à processualidade do trabalho do assistente social, à medida que

³⁹ A discussão da política de saúde pública no Brasil associada à política de saúde mental será discutida no capítulo seguinte, de forma mais aprofundada.

sua finalidade era compreendida como teleológico e mediada por teoria e método; aos meios a serem utilizados para a intervenção- instrumentos e técnicas mais conhecimento; e, acima de tudo, ao seu objeto, que, em se tratado dessa profissão, se reconhece como a questão social. Bisneto (2004) diz que, “[...] não é só na área da saúde mental, que se lida com doença, emoções, sofrimento, amor, ternura[...] , mas que,

[...] intencionalmente, quando se trata de desenvolver uma metodologia de atuação no Serviço Social, precisamos ir além das trocas emocionais. Se quisermos acolher nossos usuários, tal ato se reveste de um caráter que engloba suas relações sociais concretas de vida, como seu sustento, sua moradia, sua possibilidade de transporte, sua incorporação efetiva nas trocas sociais na comunidade em que vive, sejam estas trocas de natureza material, econômica, política ou de representações simbólicas, mas efetivando uma apropriação das relações sociais (ou a possibilidade) pelo indivíduo.(p.22)

De nada adianta a acolhida dos sujeitos no que concerne à política de saúde se não houver uma proposta concreta para as suas vidas, isto é, a de sua inclusão em serviços como os de proteção social. A escuta deixa de ser apenas uma técnica de abordagem, quando suscita uma ação, isto é, quando transforma algo que é abstrato em concreto. As nuances da reabilitação psicossocial tendem a possibilitar abordagens terapêuticas de viéses individuais, uma vez que os próprios profissionais sem a leitura do que é específico do Serviço Social na mediação da proposição do campo da saúde se limitam a abordagens subjetivas, clínicas, ou, ainda, específicas “à família”, representada, por muitos anos, pelos profissionais do Serviço Social (tratar família é com o Serviço Social). Entretanto, houve no processo de legitimação da identidade do Serviço Social na área da saúde mental, um esforço para a desinstitucionalização na sistematização de pesquisas, na gestão da política pública, na criação de espaços de discussão e controle social, no acompanhamento dos usuários e de seus familiares e na consolidação de uma rede de atendimento social (DIAS, 2002).

Para clarear a abordagem dos assistentes sociais no campo da saúde mental, Bisneto(2004) auxilia, dizendo:

A interlocução possível entre Serviço Social e Saúde Mental no contexto da reabilitação psicossocial está na capacitação do assistente social para compreender os fenômenos dos transtornos

mentais na sua articulação com os fatos sociais que o circundam. Esta seria uma forma de complementar a visão de totalidade social e histórica nas determinações da sociedade com a visão de totalidade do sujeito nas contradições que se expressam por sua subjetividade. Essa dupla perspectiva de totalidade que o habilitaria a responder às expectativas de sua ação profissional no campo da Reforma Psiquiátrica(p.4) .

Problematizar a saúde mental, é um desafio diário para os profissionais que atuam nessa profissão. Trata-se de poder visualizar a perspectiva da realidade social mediando aquilo que é mais caro, possibilitando que conheçam o verdadeiro significado social dessa profissão na sociedade. Para tanto, situar o Serviço Social a partir da “linha do tempo” é compor a análise a partir da história, isto é, da forma como a profissão se vinculou e se vincula às relações sociais e como sua imagem está sendo construída na sociedade desde sua emergência até os dias de hoje. Esse processo torna legítimo à medida que, gradativamente, a profissão se afirma naquilo que acredita; na forma como executa seu trabalho; no seu posicionamento lúcido frente às demandas da saúde mental (que inclusive tendem a ser clínicas), mas, acima de tudo, a favor da universalidade dos direitos.

3 A SAÚDE COMO DIREITO OU MERCADORIA: O ENFRENTAMENTO DAS REFORMAS DA DÉCADA DE 1990.

Neste capítulo, aborda-se a Reforma do Estado e seus rebatimentos no que tange às políticas sociais. Destaca-se que o Estado neoliberal se materializou no cenário brasileiro, na década de 1990, problematizando o *status* de direito consolidado na Constituição de 1988. Tratando-se da política de saúde, retoma-se sua trajetória histórica, discorrendo sobre seus avanços e o tempo presente, de enfrentamento para a garantia do direito social. Visualiza-se, claramente, nas fundamentações teóricas referenciadas em Bravo, Netto, Mendes, Hobsbawn, Fleury, Yamamoto, Dias, Couto, Yazbek e Sposati, assim como na realidade e no cotidiano de atuação uma disputa de projeto de sociedade, herança ainda da reforma sanitária das décadas de 1970-80. No que se refere à saúde mental, ocorrem distintas concepções na forma de cuidado dos usuários dessa política pública, destacando-se uma “recente” diretriz no seu atendimento, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) um equipamento da rede de atenção em saúde mental, referência para a pesquisa empírica.

3.1 A REFORMA DO ESTADO E AS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO: O IMPACTO E SUAS REPERCUSSÕES NO CAMPO DOS DIREITOS SOCIAIS

Foi a partir dos anos 90 do século passado, que o Brasil começou a viver um “novo” período histórico, caracterizado por distintas mudanças nos campos político, econômico e social. No político ocorreu uma dissociação da classe trabalhadora, enfatizando a lógica individual; no econômico, surgiram novas bases tecnológicas no modo de produção; e no social, houve o desmonte dos direitos e do próprio sistema de seguridade social. Assim, o processo de transformações produtivas implicou diretamente na alteração da estrutura da sociedade brasileira.

As mudanças na conjuntura econômica mundial, a partir da década de 1970, em virtude da nova crise do capitalismo, trouxeram para o processo produtivo significativas modificações no que se refere à reorganização do capital e de seu sistema ideológica-político de dominação. Foi nessa década que houve um

aceleramento das competições em nível mundial. O processo da globalização surgiu como alternativa de busca de novos mercados, instituindo uma concorrência severa entre os capitais. As décadas de 1980 e 1990 também foram marcadas pela crise, devido à economia das empresas transnacionais. Uma dessas marcas refere-se ao ideário neoliberal, que impõe uma deteriorização do Estado, o qual perde seu poder em relação à economia mundial; enfraquecendo-se sua administração. Houve um declínio da representatividade dos sindicatos, debilitados tanto pela depressão econômica quanto pela hostilidade dos governos neoliberais. Conforme Hobsbawn, “[...] o triunfo da teologia neoliberal na década de 1980 traduziu-se em políticas de privatização sistemática e capitalismo de livre mercado impostas a governos falidos” (2008, p. 420). Segundo Teixeira e Oliveira (1998), o ajuste neoliberal, naquele momento histórico, era

[...] caracterizado, principalmente, por uma política industrial centrada na abertura comercial, e pelo novo impulso no processo de privatização, desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas, austeridade no gasto público, reestruturação das políticas sociais etc.(p.131).

O desmoronamento (HOBBSAWN, 2008) promovido pela crise capitalista dos anos de 1970, traduziu-se em uma crise estrutural, que trouxe uma alteração na base de produção tecnológica, passando do modelo fordista/taylorista para o toyotismo na produção *Just In Time*, com novas técnicas de gestão de mão de obra, pelo controle computadorizado das novas tecnologias substituindo o trabalho humano. Esse avanço tecnológico, na constituição das formas de acumulação flexível através do modo de produção toyotista⁴⁰ caracteriza a sociedade contemporânea de forma destrutiva (ANTUNES, 2005) para a classe trabalhadora e perspicaz/sutil para o capital. Destrutiva porque de forma muito particular, traz à classe laborativa consequências no âmbito do mundo do trabalho e, é claro, na sua vida. Para o capital, de forma perspicaz, cria novas formas para sua manifestação, dando ênfase à concorrência intercapitalistas, mas não esquecendo de seu ciclo de acumulação. Conforme aponta Antunes, “[...] novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são ‘substituídos’ pela

⁴⁰ Toyotismo: expressa a forma particular de expansão do capitalismo monopolista do Japão pós-45, cujos traços principais são: produção flexível, existência de grupos ou equipes de trabalho utilizando-se crescentemente da microeletrônica e da produção informatizada. A produção é bastante heterogênea, os estoques são reduzidos e há forte processo de terceirização e precarização do trabalho. (ANTUNES, 2005).

‘especialização flexível, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção a lógica do mercado’” (2005, p. 24).

A preocupação com o bem-estar da população no modelo de proteção social estabelecido pelo Estado de Bem Estar Social (EBES) também foi atingida pela crise desse período histórico. A partir de 1973, o desemprego em massa da população aumentou os índices de pobreza e miséria. O novo método de produção dispensava trabalhadores, ao invés de gerar novos empregos. Hobsbawm , afirma que “ [...] tornava até mesmo o mais barato ser humano, mais caro que uma máquina capaz de fazer seu trabalho [...](2008, p.403)”.

Essa fase de crise da sociedade formou novos pobres, com novas expressões da questão social. Os trabalhadores anteriormente inseridos no mercado formal, com acesso aos seus direitos sociais, foram levados a criar novas alternativas de emprego, buscando sobrevivência no trabalho informal. Segundo Antunes (2005), a precarização das relações de trabalho assumiu o cenário “[...] dada a subproletarização do trabalho presente nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, vinculados à economia informal, dentre tantas modalidades existentes” (p. 52). O trabalhador aceita qualquer alternativa de emprego, qualquer salário, ficando à mercê dessa “nova” lógica de mercado, com bases numa identidade de classe trabalhadora fragilizada.

Telles aponta que

Os novos requerimentos tecnológicos e os novos padrões do processo produtivo sobrepõem as antigas desigualdades uma segmentação crescente entre os setores cada vez mais restritos dos trabalhadores mais qualificados, mais valorizados e preservados em seus empregos, de um lado, e, de outro, uma maioria que não apresenta as habilitações exigidas pelo novo padrão produtivo, transitando entre o desemprego, o mercado informal e as velhas ou novas formas de trabalho precário (TELLES, 2001, p. 128).

Nesse sentido, a população não inserida no mercado formal de trabalho recorre as políticas sociais como um caminho para além de suas necessidades. Porém, naquele momento, no âmbito das políticas sociais, o ajuste trouxe uma ordem “insegura” de acesso ao sistema de seguridade social, pois ele mantinha um viés conservador de reconhecimento de direitos; ainda pior, uma inversão de valores

na sua concepção. Essa lógica tem colocado à esfera pública e às políticas sociais princípios de subordinação aos ajustes econômicos e ao modelo regado pelo mercado. O Estado, reduzido a intervenções emergenciais de atendimento, chama a atenção de outros setores da sociedade (Segundo e Terceiro Setores), numa perspectiva de solidariedade social, para poder “dar conta” de suas responsabilidades, atuando de forma reducionista e assistencialista no atendimento da questão social.

Os organismos internacionais indicam que os processos de Reforma do Estado, principalmente nos países de Terceiro Mundo, sejam orientados pelo mercado exigindo o abandono de instrumentos de controle político e a restrição na alocação de recursos públicos principalmente na área social. (SIMIONATO, 1998, p. 22).

Isso traz novas “fontes” de iniciativas privadas, para darem conta das políticas públicas demandadas pelas necessidades sociais. Assim, diante do “[...] dever moral de prestar socorro aos pobres e inadaptados à vida social” (YAZBECK, 2001), o Estado recorre a práticas humanitárias e à redução de custos na área social; retornam os programas residuais, as ações privatizadas e filantrópicas e, sobretudo, sem o reconhecimento do conceito de direito, ao contrário, tratando-o como mercadoria. Ainda conforme essa autora, os sinais que anunciam a pobreza-debilidade na saúde, fome, alimentação insuficiente, fadiga, resignação, tensão e medo- mostram a tolerância e a banalização do Estado brasileiro (p. 35).

Essa “naturalização da questão social” (IAMAMOTO, 2002), em um contexto de flexibilização das relações, de desconstrução das garantias trabalhistas, de avanços tecnológicos e de centralidade na economia, trouxe novamente para as políticas sociais, uma lógica de cidadania invertida, (FLEURY, 1994), devendo ser comprovada a necessidade social para poder ter o “mérito” de ser “assistida”, retrocedendo às práticas assistencialistas de tutela que limitavam os processos emancipatórios dos usuários, tornando-se evidentes “[...] as inspirações neoliberais das ações do Estado face às necessidades sociais da população”. (YAZBEK, 2004, p. 25). Assim, “[...]retorna a política da meritocracia, onde ser pobre é o atributo de acesso a programas sociais, que devem ser estruturados na lógica da concessão e da dívida, contrapondo-se ao direito” (COUTO, 2002, p. 71). Dessa forma, a questão social volta aos áureos tempos do capitalismo monopolista, sendo reconhecida como caso de polícia, uma vez que o indivíduo era caracterizado como culpado de sua

condição. Os movimentos sociais são criminalizados, e a questão social judicializada.

Para Telles, o centro das responsabilidades passa a estar no mercado, sendo esse o

[...] único e exclusivo princípio estruturador da sociedade e da política, que diante de seus imperativos, nada há a fazer, a não ser a administração técnica de suas exigências, que a sociedade deve a ele se ajustar e que os indivíduos, agora desvencilhados das proteções tutelares dos direitos, podem finalmente provar suas energias e capacidades empreendedoras (2001, p. 117).

No caso da proteção social, para a mesma autora, o tratamento paternalista e a retomada do assistencialismo estatal voltam-se à idéia de que “[...] tudo que é gestado no Estado é ruim” (p.118) e, no que concerne ao mercado, é bom, inclusive imbecilizando os cidadãos a ponto de fazer com que caiam na descrença de princípios democráticos, retirando-os da cena política (TELLES, 2001).

Nessa concepção ideológica, anula-se na intervenção do Estado frente ao atendimento das necessidades sociais, ficando essa tarefa para o setor privado. O mercado, por sua vez, vê no atendimento social um novo nicho com possibilidades de lucro. O exemplo do saneamento é emblemático: a iniciativa privada interessa-se pela água (que é lucrativa) mas não pelo esgoto (que é deficitário) (PRATES, 2003). No caso da assistência social, a transformação das ONGs que compõem os conselhos em agentes de captação e gestão de recursos do Estado limita o poder de controle social crítico e independente, caracterizando-se como um processo velado de cooptação. O ensino, a saúde, a assistência passam a ser mercadorias, novas possibilidades de lucro, ou de controle das possíveis resistências da sociedade.

Para Couto(2004) o Estado de matiz neoliberal não deve intervir no enfrentamento das desigualdades, sendo isso

[..] considerado indesejável, pois o enorme custo incidirá diretamente sobre o lucro e também reforçará a tese de abandono do mundo produtivo, uma vez que os trabalhadores preferirão o benefício estatal ao trabalho[...] As políticas sociais retomam seu caráter liberal residual; a questão dos direitos volta a ser pensada na

órbita dos civis e políticos, deixando os sociais para a caridade da sociedade e para a ação focalizada do Estado (p. 69-70).

Dessa maneira, a seguridade social passou a ser alvo de disputas de projetos ideológicos e da sociedade, servindo como caminho conservador e de resistência, modificando a concepção de direito, principalmente despolitizando (MOTA, 2006) a cultura de luta das classes trabalhadoras e reconhecendo, acima de tudo, práticas individuais e solidárias. À política de saúde pública também foi atingida por essa disputa, sendo abordada no próximo item deste capítulo.

3.2 A MERCANTILIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS: A DISPUTA DO PROJETO DE SAÚDE COMO DIREITO

Ao iniciar-se esse item, entende-se ser necessário um breve resgate histórico dos principais momentos da política de saúde, e da saúde mental, foco deste estudo. Para tanto, pretende-se problematizar as reformas sanitária e psiquiátrica, apresentando alguns conceitos importantes trazidos por esses movimentos sociais.

A história da política de saúde pública no Brasil caracteriza-se, tanto para a sociedade como para os trabalhadores, por diferentes períodos históricos e distintas concepções. Assim, a política de saúde, no Brasil, foi acompanhada dos projetos de sociedade de cada época, sendo objeto também do capitalismo, que, naquele momento (1920), emergia no Brasil. A preocupação, ao longo do tempo dessa política, era o bem estar físico do indivíduo, pois isso traria benefícios para o processo de industrialização, que, naquele momento, necessitava de grandes contingentes de mão de obra. Nessa época tal política acompanhou os sujeitos na condição de trabalhadores, sendo concebida como seguro social⁴¹, pois apenas quem trabalhava dispunha de cuidado. A política de saúde construiu-se à base de contribuições dos trabalhadores, com a finalidade de garantir acesso aos atendimentos de saúde. Logo, era considerado cidadão quem produzisse e pudesse manter seu acesso aos bens e serviços do mercado. Os demais eram alvo de

41 Seguro social: [...] o seguro social, tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais através da relação contratual, onde os benefícios dependem da contribuição previamente realizada pelos trabalhadores segurados. Inspirado no seguro privado, distingue-se no entanto por ser sancionado pelo Estado, que, por meio de uma burocracia forte e atuante, reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais em busca da lealdade entre os beneficiados (FLEURY, 1994, p. 109).

programas para pobres, seletivos e focalizados. Assim, a política de saúde pública com a intervenção do Estado constituiu-se efetivamente na década de 1930, com intervenções vinculadas à saúde do trabalhador, uma vez que era a pauta central dos capitalistas da época. Conforme Braga e Paula(1981),

[...] a partir de 1930 emerge e toma forma a política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparatos necessários para sua efetivação. Entretanto, cabe desde já afirmar também o caráter restrito desta política de saúde. Restrito porque limitada na amplitude de cobertura populacional e nos aspectos técnicos e financeiros de sua estrutura organizacional (p.50).

Em se tratando da “doença mental”, foi ainda no final do século XIX que o modo de produção capitalista iniciado na Europa trouxe como uma preocupação para o processo de industrialização, as condições de vida do proletariado. A intenção de dominação burguesa manifestava-se em suas medidas repressivas sobre seu objeto de exploração (força de trabalho), associado à produção capitalista. Àqueles que não estavam vinculados ao processo de exploração, inclusive em um trabalho escravo, o estavam aos desordeiros, mendigos, loucos e prostitutas (COSTA, 2002, p. 130). Logo, a instituição manicômio, que perdurou durante séculos foi sendo “substituída” pela psiquiatria, com estratégias ligadas à higiene mental, que prescrevia as normas de comportamento nas distintas etapas da vida do sujeito. A higiene mental iniciou com a premissa de uma “humanização” do hospital psiquiátrico, porém centrava-se na ideologia liberal e afirmava ser a saúde uma das responsabilidades individuais do sujeito. Seu conteúdo estava associado a medidas higiênicas para a solução de problemas de saúde pública, representando um olhar normativo da sociedade em relação ao seu contexto e, ainda, um predomínio do organicismo vindo das técnicas biológicas, isto é, para o tratamento das pessoas, ou seja, dos loucos (JACOBINA, 2000). A Liga Brasileira de Higiene Mental, como instituição, foi criada ainda na década anterior, recebendo o estatuto “primeiro projeto de administração social da loucura no país” (COSTA, 2002, p. 132).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, no período de Getúlio Vargas. Os decretos sancionados nessa fase (dos anos de 1927⁴² e 1934⁴³)

⁴² Decreto 17.805 de 23/07/1927 que como Ministério passa a gerir a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal.

⁴³ Decreto 25.449 de 03/07/1934 “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e as bens dos psicopatas, assim como a fiscalização dos serviços psiquiátricos.”

dispunham sobre a concepção de doente mental, nominado psicopata, bem como sobre a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Assim, o doente mental era compreendido como caso de polícia, e a psiquiatria deveria ter um papel repressivo para com ele; o louco era destituído de cidadania, e, ainda é nesse período, surgiram instituições privadas para seu tratamento (COSTA, 2002).

As questões de higiene e saúde do trabalhador eram colocadas em pauta pelos grandes capitalistas, sendo tomadas algumas medidas que se “[...] constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro” (BRAVO, 2006, p.96). Considera-se como uma das medidas mais importantes da época a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, também conhecidas como Lei Eloy Chaves⁴⁴. As CAPS eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos próprios empregados. Eram organizadas pelas empresas de modo que só as grandes tinham condições de mantê-las, atingindo, assim, somente trabalhadores do poder privado, sendo a assistência médica individual financiada pelos tributos previdenciários dos próprios trabalhadores. Conforme Bravo (2006), o presidente das mesmas era nomeado pelo Presidente da República, e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram de caráter contributivo proporcional sendo previstos assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, por velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio-funeral. Nesse período, o Estado incorporou espaços privados de socorro mútuo de categorias profissionais e empresas, e os organizou nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que objetivavam, de certa forma, antecipar as reclamações de trabalhadores assalariados, estendendo-se a um número maior destes, mas sem prestar uma cobertura ampla.

⁴⁴ Lei até certo ponto de defesa nacional, importantíssima para aqueles dias de inquietação constantes, porque decisiva em sua influência pacificadora dos meios trabalhistas e mesmo na contenção das greves que em sua progressão vinham cada vez mais prejudicando o ritmo da produção no país... Mas, a par das garantias que proporcionava aos que se empregavam nas empresas ferroviárias, induzia-os a disciplinarem o seu comportamento e a se dedicarem mais firmemente às suas obrigações. Tirava-os, assim, habilmente, das áreas de agitação. (COHN, 2001, p. 14).

No campo da assistência psiquiátrica, embora as estruturas hospitalocêntricas permanecessem centrais⁴⁵, e hegemônicas, nessa década (1930) “[...] dá-se um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a tendência centralizadora da União” (ROSA, 2003, p. 95). O Ministério da Saúde, surgido no final da década de 1940, criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, através do Decreto nº 3.171, de 02 de abril de 1941. Ocorreu, então, a federalização da assistência psiquiátrica no ano de 1944, a partir do Decreto nº 7.055, de 18 de novembro do mesmo ano. Ainda assim, a assistência psiquiátrica continuou firmada no modelo hospitalocêntrico, caracterizado pelas condições precárias e a superlotação. Além disso, a equipe técnica era insuficiente e pouco qualificada para o atendimento nessa área (ROSA, 2003). Dessa forma, reforçou-se a função das instituições destinadas aos doentes mentais de “[...] excluir o doente de seu convívio social e, com o propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade” (TUNDIS, 1997, p. 52).

A partir da década de 1950, os IAPS incorporaram a assistência psiquiátrica ao âmbito da cobertura assistencial, no que dizia respeito, principalmente, à rede privada hospitalar. Nesse cenário, ocorria a formação de empresas médicas ligadas diretamente aos interesses capitalista, defendendo claramente a privatização da saúde pública, com a instalação de hospitais privados e indústrias farmacológicas. Nessa década, o Estado aumentou os gastos estatais na área social, tentando abarcar as políticas sociais de forma uniforme. Porém, “[...] não conseguiu abranger todos os segmentos sociais, nem universalizar as medidas, gerando efetivos direitos

⁴⁵ - Os locais de internações que foram construídos ao longo da história eram reconhecidos como manicômios, criados ainda no século XVIII, pós Revolução Francesa. O primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro, em 1841, “surge com a necessidade de recolher os loucos e sanear a cidade” (Amarante, 2003c) a fim de construir um espaço para tratar os loucos. O primeiro hospício no Brasil, foi instituído na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, que surgiu como uma resposta a loucura e ao louco, uma vez que poderia ser uma ameaça a paz social e a ordem social pública. Esta concepção irá reforçar o conceito de Instituição Total, que tinha o papel de romper com as ameaças à comunidade. Com todos os “perigosos e os loucos fechados” – sem contato com o mundo externo e proibidos de sair em qualquer momento, com muros altos, portas trancadas, poder-se-ia ter a sociedade ideal. A questão social, desta forma, era compreendida como caso de polícia, “como um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem, e por isso, reprimido”(ROSA, 2003, p.86). A “loucura”, nos séculos anteriores, era concebida como a idéia de desrazão, associada a uma criação individual do sujeito, isto é, daqueles que “amedrontavam a sociedade” e não trariam benefícios, pois a loucura representava a ociosidade. O tratamento da loucura teve domínio da medicina com o passar dos anos, e os regimes de internação dos loucos ocorreram de forma maciça na Europa, no século XVII. A doença mental era considerada como um caso de polícia, e as medidas de internação tinham o caráter de aprisionamento. O processo de exclusão social do louco foi (é) uma das formas de poder separá-lo do convívio social, registrando-se esse “cuidado” através das internações de longa permanência sem o mínimo de assistência a saúde.

ao trabalhador” (BRAVO, 2007, p.27), sendo direcionados à assistência médico-hospitalar, desenvolvendo campanhas sanitárias mais sofisticadas. Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde, bem como surgiu o conceito de saúde da OMS, sendo ele o de “bem estar físico, mental e social”. A doença mental trazia um custo excessivo, modificando-se o termo para “investimentos de ações na *saúde* mental”, nesse período. As ações, que eram curativas, foram alteradas também, incluindo o modelo de psiquiatria comunitária para a discussão da saúde mental pública, com caráter primário, secundário e terciário (COSTA, 2002).

Em 1960, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência, houve a uniformização dos benefícios, porém as condições concretas para sua implementação surgiram na ditadura militar, em 1964, quando os trabalhadores foram expulsos do controle da previdência social, e o Estado passou a ter papel de regulador, sendo que, os IAPs foram concentrados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Conforme refere Cohn, a criação do INPS possibilitou um entendimento de “[...] saúde assistencialista, de uma prática médica curativa e individual, e uma organização de sistema de saúde direcionada pela lucratividade e privilégios para os serviços de saúde privados” (COHN, 1999, p. 20). Assim, eram cada vez mais nítidas as desigualdades de acesso, as discriminações da política de saúde, bem como a qualidade e a quantidade de serviços para a população, os quais não correspondiam às suas reais necessidades (CONH, 1999).

A criação do INPS desencadeou um processo na estrutura previdenciária: ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, ficava cada vez mais nítido o caráter discriminatório da política de saúde. A medicina previdenciária sobrepujou a saúde pública a partir de 1966, tendo como evidência, apesar das pressões, a assistência médica-previdenciária, formada basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. A comercialização de serviços médicos por terceiros apareciam como minoritários, situação que se tornou totalmente diferente no regime que se instalou no país, após 1964, sendo que, em 1950 já estava montada a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos. A loucura demarcava, um espaço de lucratividade para a saúde, com um número expressivo de internações chegando a 49.173 pessoas, bem como a criação de 81 hospitais psiquiátricos privados e 54 públicos no ano de 1961 (COSTA, 2002). Conforme Bravo (2006, p.06) “[...] a

cooperação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização”. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

A partir de 1974, com o término do período do “milagre econômico”, passou-se a questionar as repercussões e os feitos do modelo econômico para a política de saúde, uma vez que houve aumento nos índices de mortalidade infantil, e de casos de tuberculose, além de a Psiquiatria, deixar de receber recursos para assistência (TUNDIS, 1997). Nessa década, iniciaram-se as primeiras experiências em torno de uma psiquiatria democrática, iniciando-se uma política menos excludente. Data desse período a Lei n.180, que se baseou na Reforma Psiquiátrica da Itália, que levou ao fim da era manicomial naquele país (JACOBINA, 2000).

Ainda em 1974, ocorreu, na esfera estatal, a separação do trabalho da previdência, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1977, estabeleceu-se o Sistema Nacional de Previdência Social (Sinpas), que servia de base jurídica e juntamente com o conjunto de leis do Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975, buscava centralizar administrativamente a previdência. Criaram-se, também nessa década, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev)⁴⁶, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a Central de Medicamentos (Ceme). No período 1983 - 87, tinha-se como política as Ações Integradas em Saúde (AIS), que, num primeiro momento, foram definidas “como um programa de atenção médica”, e também a administração convencional dos recursos, que deveriam ser negociados por estados e municípios. Num segundo momento, já no governo de José Sarney (1985-90), as AIS evidenciaram a implementação do SUDS, em 1987. O SUDS incorporava os princípios da reforma sanitária como: universalização sendo a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; integralidade, sendo compreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; regionalização e

⁴⁶ Dataprev. É uma empresa de processamento de dados com importante papel no controle e na avaliação de serviços.

hierarquização, que são parte da rede de serviços de saúde; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e democratização, a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços e à sua utilização pelo usuário. Esses princípios, mais tarde, foram assumidos pelo Sistema Único de Saúde. A idéia era de que as AIS, enquanto programa servissem de estratégia para a transição a um sistema unificado de saúde.

Ainda na década de 1980, surgiu um movimento orgânico, o mais importante na trajetória da política de saúde:: o **Movimento da Reforma Sanitária**. Esta trouxe uma nova forma de atendimento à população, uma vez que sua responsabilidade pertencia ao Estado. Como destaca Fleury (1994b), esse era

[...] um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção a saúde do cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento de poder político em direção as camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal a saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (p.46)

A expressão Reforma Sanitária foi usada pela primeira vez, no País nas discussões realizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. LUZ(1987), diz que

[...] a noção de saúde tende a ser percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa –e participativa- do exercício dos direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação na decisões e gestão de políticas institucionais etc. Assim a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou ausência de patologias).(p.136)

Assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde levantou importantes discussões quanto à concepção de saúde, destacando-se: a saúde como direito, relacionada à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e a descentralização dos serviços, e o financiamento do setor. Segundo Bravo (2007), a VIII CNS, “[...] representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade” (p. 9) sendo que o debate acerca desse tema não ficava restrito às áreas médicas, passando a ter uma dimensão pública, com a “participação das entidades representativas da população”. Assim,

[...] 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. (2007.p. 9).

Essa concepção de saúde trazida pela Reforma Sanitária configurou uma nova visão dentro de uma lógica de prevenção, de participação da população e de caminhos para realmente acessá-la. Ela foi resultado de um movimento de luta da sociedade na busca por uma mudança de paradigma, uma vez que essa concepção se baseava em uma lógica mais democrática, resistindo à força de um Estado autoritário. A Reforma Sanitária afirmou-se na sociedade brasileira tendo como objetivos a promoção e a garantia à saúde, bem como a qualidade de vida do cidadão. Esse novo direcionamento da política pública constituiu-se em um processo de atendimento das necessidades da população, contraposto à lógica privada da saúde no Brasil (BRAVO, 2007).

A discussão da saúde pública, da situação de pobreza e da exclusão da população brasileira não foi setorializada. Os movimentos sociais, pós-período ditatorial inseriram a saúde mental- psiquiatria, na época- problematizaram a forma como os sujeitos estavam sendo assistidos. As preocupações pautavam-se na denúncia de escassez de recursos financeiros, de precárias condições de trabalho e, ainda, de atendimento inadequado prestado aos usuários da saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1995). Opondo-se a esse movimento, havia ainda “[...] forças corporativas e profissionais reacionárias, com idéias de que um modelo de espaço e tratamento para o louco era no hospício”. (SILVA, 2000).

[...] o Estado, na sua reestruturação administrativa para oferecer assistência a saúde mental das pessoas, enfrentou praticamente dois tipos de obstáculo: o obstáculo de uma cultura expulsiva da loucura, uma cultura excludente da loucura, uma cultura que consagrou a idéia de que o transtorno deve ficar fora da sociedade, e de outro lado, uma cultura profissional que reforça as idéias de uma cultura mais geral. E que beneficiava as corporações que tinham ao seu encargo a loucura. (SILVA, 2000, p. 15)

Nesse período, teve início o *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)*, cujo seu objetivo “[...] era [é] constituir-se um espaço de luta não

institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p. 52). Esse movimento surgiu sem incentivo do Estado, de forma independente, a partir dos trabalhadores, denunciando as torturas sofridas pelos doentes mentais, repudiando as fraudes e as corrupções existentes nos hospitais públicos e privados do País. Através desse movimento, começaram a surgir novas propostas teóricas e novos caminhos de promoção a assistência em saúde mental. Em se tratando de reivindicações para os trabalhadores, surgiram ações de cunho trabalhista, como, por exemplo, o 13º salário, adicional de insalubridade, férias e melhores condições de trabalho para a equipe; criação e oficialização de espaços de estudo e pesquisa; crítica à hierarquia e à administração das entidades psiquiátricas; uso de recursos da Psiquiatria moderna; denúncia da precariedade das condições de higiene e das instalações dos locais destinados ao atendimento psiquiátrico, bem como da falta de medicamentos e insuficiência de profissionais. Quanto aos interesses dos usuários, o MTSM lutou ainda pela criação e expansão dos tratamentos em locais substitutivos na rede de saúde mental, como os atendimentos ambulatoriais, os hospitais-dia e o atendimento em hospitais gerais. (AMARANTE, 1995).

A Reforma Sanitária propunha melhorias nos tratamentos existentes nos hospitais psiquiátricos, mas não questionava os danos que os usuários sofriam com as internações. Assim, em consonância com ela, aconteceu a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, com o lema “*Por uma Sociedade sem Manicômios*” (1987),. A partir desse movimento, o projeto de desinstitucionalização, que passava “[...] a ser um conceito básico determinante na reorganização dos serviços, nas ações em saúde mental e na ação do movimento” (AMARANTE, 1995, p. 81), passou a ser uma luta política pela transformação do modelo hegemônico asilar, criando novas práticas e modalidades de atenção e cuidado. Essa mobilização teve seu início na Itália, ainda na década de 1970 e, no Brasil, teve como embrião a mobilização dos trabalhadores, à medida que os preceitos desse movimento de resistência à lógica institucionalizante foram divulgados, ganhando visibilidade social após denúncias da situação dos grandes asilos, da privatização e da mercantilização de assistência na rede de hospitais conveniados e das reivindicações de humanização dos hospitais. Assim, instituíram-se os primeiros passos da **Reforma Psiquiátrica**, sendo um de seus fundamentos a desinstitucionalização. Como considera Amarante (1994), esta

“[...] é um processo de superação de paradigmas[...], sendo que seu processamento só é possível a partir de uma ação de envolvimento para a transformação, para a invenção de novas possibilidades de compreensão nas formas de lidar” (p.44).

A Reforma Psiquiátrica possibilitou à sociedade um olhar crítico e ampliado do tratamento dados aos usuários da saúde mental, que visa(va) a desinstitucionalização do doente mental e apresentando outras formas de atendimento. Ela originou projetos direcionados, propostas e programas com fundamentação técnica quanto à intervenção da Psiquiatria, contando com a participação de profissionais qualificados e interessados no desenvolvimento da saúde mental em termos de tratamento. Essa reforma nasceu como uma das propostas de luta pelos direitos sociais, políticos e civis dos usuários da política de saúde mental, projetando uma ruptura no modelo hospitalocêntrico e manicomial, que excluía essa população. Ainda mais, o modelo de segregação oferecido não possibilitava a esse usuário um atendimento das suas necessidades sociais, bem como uma vida em sociedade. Assim, com esse novo paradigma, o usuário da política de saúde mental, estava amparado na sua condição de sujeito cidadão, visando, através de “[...] um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas [...] transformar a relação da sociedade para o doente” (AMARANTE, 1994, p.43).

Em 1988, a nova Constituição Federal incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas com uma nova lógica de organização, derivada dos preceitos da Reforma Sanitária. A partir dessa data, a saúde deveria ser entendida numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas, reconhecida como um direito universal vindo do exercício da cidadania. As ações e os serviços de saúde deveriam ser de relevância pública, criando, assim, um sistema único de saúde, distribuído nas diferentes esferas governamentais, com atendimento integral e com a participação da comunidade. A saúde assumiria um espaço mais amplo na seguridade social (MENDES, 1999).

Os ideais da Reforma Sanitária foram incorporados aos conceitos, princípios e à nova lógica de organização da saúde, os quais estão expressos nos artigos. 196 a 200 da Constituição de 1988, que dizem:

- a) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- b) a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- c) a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- d) a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- e) a integração de saúde e seguridade social (MENDES, 1994, p.15)

Essas novas diretrizes da política de saúde representaram um avanço para a sociedade brasileira nesse campo, compreendendo-a como de responsabilidade do Estado e direito de todos os cidadãos. Na década de 1990, houve a elaboração da Lei nº 8.080, chamada Lei Orgânica da Saúde, e da Lei nº 8.142, dispendo sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; e a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, financiamento e participação.

Somente a partir de 1990, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica configura-se e toma vigor, com a aprovação da Legislação em Saúde Mental, assegurando, sem distinção, direitos e proteção aos portadores de sofrimento psíquico, através da garantia da presença médica, de informação, de inserção da família no tratamento e de sigilo às informações prestadas. Em nível mundial, ainda nesse ano, a Declaração de Caracas, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tornou-se um marco no movimento, servindo de documento norteador para que o atendimento de saúde mental acontecesse num ambiente comunitário e integral, bem como fomentou a criação de legislação nacional para proteção dos seus usuários. Em 1992, a Portaria nº 224 regulamentou um novo modelo de atenção em saúde mental, assistindo aos usuários nos serviços substitutivos do NAPS, hoje CAPS, além da internação hospitalar. O Estado do Rio Grande do Sul, foi um dos pioneiros estados, na aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica Estadual, Lei nº 9.716. Em dezembro de 1992 realizou-se a *II Conferência Nacional de Saúde Mental*, discutindo temáticas referentes aos “marcos conceituais; atenção em saúde mental e municipalização; direitos e legislação” (COSTA-ROSA, 2001). Nessa conferência, foram aprovados os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial (AMARANTE, 1995), tendo como lema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania” (MINISTERIO DA SAUDE, II CNSM, 1994). Em

2000, criaram-se importantes portarias com respeito a moradias extra-hospitalares para os egressos de hospitais psiquiátricos. Em 2001, a Lei de Reforma Psiquiátrica Nacional foi regulamentada, tendo como premissa fundamental a desospitalização e a ampliação da rede de atendimento aos usuários dessa política, na perspectiva de criar serviços com ênfase na reabilitação, sobretudo na implementação de um maior número de CAPS. Ainda nesse ano, houve a *III Conferência Nacional em Saúde Mental com o lema “Cuidar Sim, Excluir Não”*, com uma preocupação concreta em relação à constituição da rede de atenção; ao processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, à construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), às formas de garantir acesso aos serviços, e enfatizando os Centros de Atenção Psicossocial como uma referência para o atendimento da população usuária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RELATÓRIO FINAL, 2001).

Até hoje, muitos foram os momentos de luta para a concretização da política de saúde a partir da Reforma Sanitária. Porém, a Reforma do Estado trouxe para o setor da saúde também a concepção de mercadoria, sendo esta negociada pelo setor privado, cuja população se tornou alvo dos planos de saúde e dos serviços privados de alto custo. Isso transformou a política de saúde “em uma prática remunerada e de restrito acesso à população” (MOURÃO, et al. 2006). O que se tem percebido é que as garantias da Constituição Federal não conseguem ser asseguradas no cotidiano da vida, pois estão sendo atropeladas pela Reforma do Estado. O capitalismo tardio tem trazido formas e conteúdos na tentativa de fragmentar todas as esferas da vida- como, por exemplo o trabalho, o tempo, a luta de classe e “de concentrar nas mãos do mercado tudo que ofereça possibilidade de gerar lucro e concentrar riqueza” (VASCONCELOS, 2002, p. 91).

Dessa forma, entra em cena, todos os dias, a disputa por um projeto de sociedade, materializado na política de saúde, onde se confrontam os mesmos conceitos que formaram a Arena Sanitária da década de 1980: de uma saúde privada para alguns e de uma saúde pública para todos. Ambos que têm em suas bases distintos projetos de sociedade, definem o rumo da saúde pública no Brasil, decidindo sua direção. O projeto hegemônico, pautado na política neoliberal, traz uma contenção de gastos na área social, no caso, na própria política de saúde, bem como transfere a responsabilidade para a sociedade. Já a proposta da Reforma

Sanitária sugere uma orientação pública de atendimento, fruto dos movimentos sociais da época, trazendo premissas de universalidade ao acesso, dimensão do atendimento humanizado, bem como direções de participação social e democratização. Na concepção hegemônica, privilegiam-se a seleção de usuários, a instauração de planos de saúde, e a relação da lógica curativa-individual permanece. (BRAVO; MATOS 2006).

A orientação neoliberal ao promover as iniciativas individuais, a concorrência e o atendimento das necessidades via mercado, seleciona o público que acessa os serviços de saúde. Seu enfoque político é o enfraquecimento das classes trabalhadoras e das suas organizações reivindicatórias e partidárias, por meio do que diminui a pressão e a mobilização da população pela implementação de políticas sociais universais, como a do Sistema Único de Saúde. Qualquer conceito de direito social e obrigação de garanti-lo mediante intervenção estatal é rechaçado, opondo-se à concepção de universalidade, igualdade e gratuidade. Dessa forma, constitui-se num disciplinamento dos trabalhadores, pois condiciona a proteção social à contribuição salarial, colaborando para o retrocesso do processo de constituição dos direitos sociais, conquistados depois de anos de luta (LAURELL, 1997).

Esse impacto entre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e os influxos do pensamento neoliberal pautaram o debate brasileiro da contemporaneidade. O Serviço Social como profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, e atingido pelo mesmo, como se pode observar no item seguinte.

3.3 A MATERIALIZAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: A(IN) VISIBILIDADE DOS DIREITOS DA PROTEÇÃO SOCIAL

A discussão da materialidade do projeto ético-político na profissão torna-se, em cada momento histórico, um desafio emergente, pois a história como eixo estruturante traz elementos que comprovam como o capitalismo e seus condicionantes sociais alienantes limitam a possibilidade concreta de acessar os direitos sociais. Trata-se de um desafio vivido diariamente pelos assistentes sociais, uma vez que a atual conjuntura é moldada por novos modelos de gestão do

trabalho, novas bases tecnológicas, novos hábitos de consumo, regressão dos direitos, novas configurações da sociedade civil e um novo posicionamento do Estado frente à questão social (ANTUNES,2005; MOTA;2006). Isso também traz ao Serviço Social um posicionamento claro, mesmo com tantas contradições, no que diz respeito ao seu significado social; afirmando o foco de seu trabalho e os direitos sociais legalmente conquistados pela classe trabalhadora. Porém, não foi de forma tranqüila que o Serviço Social construiu seu posicionamento frente à sociedade; foi com muitas tensões que a identidade profissional se constituiu.

O início da história do Serviço Social, como se viu no segundo capítulo, foi marcado por um longo período de conservadorismo, uma vez que a profissão estava ligada diretamente ao pensamento católico. Seu projeto restringia-se a intervenções sociais nas primeiras instituições assistenciais, compostas, na sua maioria, por mulheres e voltadas a obras determinadas pela burguesia, aos quais seguiam orientação da Igreja Católica, com base funcionalista, que pretendia integrar a classe trabalhadora à ordem social burguesa (IAMAMOTO, 2008; SILVA, 2008). Na década de 1950, o desenvolvimentismo levou a novas bases teóricas, fundamentadas no funcionalismo- adaptação do sujeito ao meio- vinculado ao positivismo, o qual enxergava a sociedade como um todo harmônico, sem conflitos e contradições. Dentro do cenário conjuntural de pós golpe militar e engajada na luta pela redemocratização do País, a profissão passou a questionar a sua base conservadora, buscando novas diretrizes teóricas, metodológicas e políticas para sua identidade. Esse novo processo de renovação, conhecido como Movimento de Reconceituação, ampliou a consciência social, bem como a participação política e cívica dos assistentes sociais, recusando ideologicamente a ordem burguesa (BARROCO, 2003).

Esse movimento marcou a ruptura com o tradicionalismo, legitimando uma nova postura (mesmo que não de forma hegemônica) frente a sociedade capitalista. Essa postura dizia respeito à consideração da realidade social no universo de antagonismo de classes sociais, de produção e reprodução das relações sociais, com crítica às formas de exploração produzidas e existentes na sociedade burguesa. Assim, após duas décadas, num amplo movimento de várias instituições envolvidas (entidades, universidades, categoria, instrumentos legais, etc.), mas principalmente

da “organização social da categoria e de sua qualificação teórica e política” (IAMAMOTO, 2007, 224), legitimaram-se, a partir dos Códigos de Ética de 1986 e 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8.662/93) e, mais recentemente, as diretrizes curriculares em 1996, com um **novo projeto de profissão**, que explicita o posicionamento da categoria profissional frente a um projeto de sociedade. Esse projeto traz novos valores e novas concepções de homem e de mundo, distintas de sua trajetória histórica, uma vez que se expõem valores radicalmente humanistas, imprimindo uma luta democrática no campo dos direitos, posicionando-se contra a condução de projetos individuais, valorizando o homem como o centro da humanidade, recusando uma identidade tecnicista e atribuída (MARTINELLI, 1995), e negando posturas neutras e de ingenuidade (IAMAMOTO, 2007).

No Brasil, o novo projeto não se apresenta contrário somente ao conservadorismo da profissão, mas também ao conservadorismo das instituições, a precariedade das políticas sociais, a ausência de do Estado no atendimento das demandas trabalhistas, aos modelos políticos paternalistas e clientelistas. Portanto, tal projeto coloca o assistente social na posição de enfrentamento não apenas no interior da categoria, mas também no cenário político da sociedade brasileira (SILVA, 2008, p. 180).

Iamamoto (2007) destaca que esse projeto profissional não foi construído apenas pelos assistentes sociais, sendo único e exclusivamente corporativo, mas numa perspectiva de sociedade inclusiva, baseando-se na luta coletiva da classe trabalhadora. Isso quer dizer que a dimensão de universalidade proposta no projeto ético político “[...] estabelece um norte, quanto a forma de operar o trabalho cotidiano, impregnando-o de interesse da coletividade [...] como momento de afirmação da teleologia e da liberdade na práxis social” (IAMAMOTO, 2007, p. 227). A partir dessa postura, o projeto do Serviço Social articula-se de forma mais ampla a um projeto societário, no qual representa um fundamento ideológico para o campo de disputas. Conforme Netto (1999),

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado ao qual coube

historicamente o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (p.95).

O exercício profissional é realizado por ações concretas que legitimam o modo como a profissão se posiciona frente a uma conjuntura que está na contramão dos direitos sociais. Refere-se aqui ao próprio movimento instituído pela categoria de profissionais nos espaços políticos articulados às instituições da classe, à medida que mencionam a defesa intransigente dos direitos sociais e publicam a importância da luta e da concretização desses. Dentre os princípios do Código de Ética instituído em 1993, destacam-se:

- reconhecimento da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos;
- a defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo;
- a defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia, entendida como socialização da participação política, da cultura e da riqueza produzida;
- o posicionamento a favor da equidade e da justiça social, que implica a universalidade no acesso a bens e serviços e a gestão democrática;
- o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e a garantia do pluralismo;
- o compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais e trabalhadores.(CRESS, 2000)

Um documento que merece destaque, ao se referir esse posicionamento, a é Carta de Maceió, que materializa a dimensão ético-política da categoria profissional. Mesmo com um governo neoliberal - o Brasil era governado por Fernando Henrique Cardoso, FHC, o Serviço Social publicou seu conteúdo sobre a concepção da seguridade social. Esse documento diz que a seguridade social pública é "[...] entendida como um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros" (CARTA DE MACEIO, CFESS, 2000). O projeto neoliberal trouxe uma concepção particular e mercadológica para a sociedade, apontando o campo social como de

alto custo para sua sustentação e vendendo uma idéia de que as dificuldades são individuais e devem ser resolvidas no âmbito familiar e comunitário. A atenção do Estado à proteção social, ao atendimento de situações de riscos, como privilegia a própria concepção da seguridade social, retira da pessoa o desejo de se qualificar para competir, corroendo o núcleo do desenvolvimento do capitalismo. No campo dos investimentos, o mercado deve ser o privilegiado, sendo que o Estado deve estar capacitado para subsidiar a lógica mercadológica (LAURELL, 1997). No que se refere ao atendimento dos necessitados, o Estado deve apenas aliviar a condição de pobreza com políticas assistenciais pontuais. Assim, conforme Yazbek (1997,p.06), “[...] as propostas neoliberais em relação ao papel do Estado no âmbito da questão social são reducionistas, esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção social”, ou, retomando de outra forma, é possível afirmar-se que: “[...] uma rápida caracterização destes programas revela sua direção compensatória, centrada nas situações-limite em termos de sobrevivência e direcionados aos mais pobres dos pobres, incapazes de competir no mercado” (YAZBEK, 2004, p. 17).

Quanto à política de saúde, a disputa promovida pelo Movimento de Reconceituação, também tensionava a discussão dos profissionais no referente ao projeto da Reforma Sanitária, acolhia as premissas do próprio projeto político profissional do Serviço Social. Porém, sua concretização não ocorreu, em virtude da grande mobilização do projeto privatista para a não-legitimação de suas propostas e pela Constituição da 1988. Isso mostra claramente as prerrogativas do projeto de matiz neoliberal “no caráter de atendimento focalizado às populações vulneráveis, na desconcentração dos serviços e no questionamento da universalidade de acesso” (BRAVO; MATOS, 2006.)

Há, nesse cenário, uma disputa de projeto sobre a concepção de saúde, já desenvolvido na discussão da reforma, ainda que, com uma frágil posição e compreensão da própria conjuntura e das prerrogativas da posição da profissão frente ao projeto neoliberal. Os profissionais, sem ter clareza do seu trabalho, correm o risco de atuar unicamente a favor das instituições, reforçando seus princípios de controle e de moralização da questão social. Nesse sentido, os estudiosos do campo da saúde – Costa (2006), Bravo (1996), Vasconcellos (2002), para a efetivação do

projeto ético-político, atentam para a postura que o assistente social necessita ter: de superação e pre-disposição de enfrentamento da hegemonia nesse campo; de qualificação técnica na área da saúde, mas principalmente, da particularidade do Serviço Social; de concretização do compromisso que se apresenta no seu discurso no que se refere ao atendimento do usuário; na articulação do seu trabalho ao âmbito coletivo dos trabalhadores em saúde; e de negação da postura tradicional do serviço social ainda enraizada no exercício da intervenção profissional. Conforme Iamamoto (2007) “[...] as condições de trabalho e as relações sociais [...] articulam um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados (...)” (p.183). Portanto, mesclam-se na execução dos processos de trabalho dos assistente sociais as solicitações instituídas e os objetivos da profissão, uma vez que também se identificam as forças sociais que se polarizam no cotidiano profissional. Assim, para que se torne possível “[...] a operacionalização do projeto profissional supõe reconhecer a arena sócio-histórica que circunscreve o trabalho do assistente social na atualidade [...] pois a história é resultado de inúmeras vontades lançadas em diferentes direções que têm múltiplas influências sobre a vida social” (IAMAMOTO, 2007,p. 230). No quadro 5, demonstra-se a articulação ética e política do trabalho do assistente social aos princípios éticos e às premissas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

PRINCIPIOS DO CODIGO DE ETICA DO Serviço Social	REFORMA SANITARIA	REFORMA PSQUIATRICA
Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes- autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais	Saúde como direito universal- Sistema de referência e contra-referencia Saúde como um interesse coletivo e de interesse publico Fortalecimento dos estados e municípios	Saúde como direito universal Negação as formas de segregação, maus-tratos Horizontalização das relações de atendimento Organização do gestor local da demanda e da capacidade da rede de atendimento
Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa ao arbítrio e ao autoritarismo	Respeito a equidade Saúde Como Direito Universal	-Legislações –“Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, família, idade,recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno, ou qualquer outra”.(Lei da Reforma Psiquiátrica Nacional, art.1, 2001)
Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas a garantir os direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras.	INTEGRALIDADE Serviços públicos como essenciais -Hierarquização: atenção primária- PSF- UBS secundaria: ambulatorios especializados, terciária -hospitalização	INTEGRALIDADE Substituição do modelo crônico e tutelador Re-significação da historia de vida Hierarquização: atenção primária -PSF- UBS, Secundária- CAPS I,II, III,, terciária: Internação em hospital geral
Defesa do aprimoramento da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida	Construção de espaços de participação popular prevendo o controle social Descentralização – Regionalização e Territorialização Apoio as formas de representatividade e organização da população	Construção de espaços de participação popular prevendo o Controle Social Descentralização – -Regionalização Territorialização-conforme o número de habitantes

<p>Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure a universalidade de acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática</p>	<p>EQUIDADE Posicionamento contra a mercantilização do acesso a saúde Igualdade nos níveis de atendimentos: prevenção, promoção e recuperação Contemplar de forma prioritária nas políticas públicas</p>	<p>Diversificação – complexidade– Rede de atendimento integral-rede social Construção de espaços que se contrapõe a cronificação Resgate de vínculos sociais e culturais</p>
<p>Empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos, incentivando o respeito a diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças</p>	<p>Democratização do Acesso Universalidade das ações e a - democratização do controle social</p>	<p>Democratização do acesso Recusa a estereótipos produzidos socialmente-louco, drogado, perigoso,</p>
<p>Garantia do pluralismo, através do respeito as correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual</p>	<p>INTERDISCIPLINARIEDADE Participação em âmbito nacional de discussões sobre políticas de saúde e seguridade social - conferências e seminários UNIDADES DE SAUDE PSF</p>	<p>INTERDISCIPLINARIEDADE Participação em âmbito nacional de discussão de políticas de saúde e seguridade social -conferências e seminários Equipes previstas para o atendimento aos usuários da Saúde Mental Capacitação as equipes de atendimento da rede básica, serviços e programas de Saúde Mental</p>
<p>Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero</p>	<p>Saúde como direito universal, contrapondo-se a lógica do direito privatista Negação das formas de contratação clientelistas na contratação de pessoal</p>	<p>Negação de mecanismos de institucionalização Rede de atenção integral em SM</p>

Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse código e com a luta geral dos trabalhadores	Efetivação dos espaços de atendimento Trabalhadores envolvidos no campo da saúde-	Fórum de Saúde Mental
Compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional	Capacitação dos trabalhadores da saúde	Capacitação técnica para a promoção dos atendimentos Aprimoramento e supervisão nos atendimentos que compõem a rede de saúde: atenção básica, etc.

Quadro construído pela pesquisadora, através das seguintes fontes: Alves (1992), Brasil - Portaria 336 (2002), Bravo & Matos (2006), CRESS (2000), Brasil - Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986), Amarante (1995), Pitta (2001), Ferraz (2000), Labosque (2001).

Quadro 5: Compatibilidade entre os Princípios do Código de Ética Profissional de 1993 e as Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil na Década de 1990

Podem-se observar no quadro 5 os significativos avanços relacionados às políticas de saúde e saúde mental, traduzidos nas suas Reformas bem como sua identidade com os princípios do Código de Ética Profissional do assistentes sociais. Assim, elegeram-se alguns pressupostos deste último, para analisar, não negando a importância de todos os preceitos do Código bem como as propostas da política de saúde.

À medida que a profissão do Serviço Social amadurece cívica e intelectualmente no contexto societário brasileiro, direciona seu posicionamento a um projeto de sociedade que legitima sua resistência à negação da ordem capitalista. Dessa forma, a execução de seu trabalho visa constantemente a viabilização dos direitos da classe trabalhadora, produzindo a concepção de cidadania⁴⁷. Nesse sentido, articular os princípios de integralidade e equidade consolidados na saúde e na saúde mental, é fundamental para o trabalho do assistente social na política de saúde. Assim, uni-los, não significa fragmentá-los, uma vez que esse é inerente a própria política de saúde não sendo distintos, por exemplo, na saúde mental.

A atenção integral “[...] deverá compor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida humana do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos da intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)” (BRASIL, MS, 1994, p.13). Assim, problematizar a integralidade é conceber o princípio que possibilita a articulação do conceito de saúde vinculado a todos os elementos fundantes da vida do sujeito, propondo, por exemplo, transformações nas práticas individuais de atendimento ou ainda o acesso às políticas de proteção social. A partir do SUS (1990), a integralidade da atenção passou a ter o reconhecimento, na prática, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma sociedade; de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser fragmentadas; de que as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos

⁴⁷ Cidadania: [...] cidadania entendida como a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinada (COUTINHO, 2000, p. 50).

graus de complexidade seguem a mesma linha configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (SUS, 1990).

A equidade surgiu da proposta de debate dos próprios profissionais acerca da igualdade de acesso a partir das distintas necessidades dos usuários, de suas particularidades. Poder “ampliar” a cidadania é constituir vínculos com os serviços da rede de proteção em saúde e acima de tudo, com o sistema de proteção social, promovendo ações que se contraponham à lógica manicomial de institucionalização.

Faz-se necessário, situar o tempo histórico vivido, materializar as diferentes concepções trazidas nesse terreno sócio-histórico e o modo como o profissional do Serviço Social tem introjetado, ou não, o projeto profissional. A conjuntura atual mostra-se cada vez mais perversa no que diz respeito às condições de vida da população, uma vez que vigoram a globalização econômica, a desregulamentação dos direitos sociais, a legitimidade do mercado, a precarização das relações de trabalho, a lógica da solidariedade entre Estado, sociedade civil e mercado, além das” [...] as parcerias comunitárias e/ou com ONGs, a necessidade de focalizar a aplicação de recursos aos mais pobres, os subsídios à demanda sem ampliação de serviços públicos, o trabalho com a própria comunidade e a meta de dotar iniciativas de auto sustentabilidade” (MOTA, 2006, p. 41). Problematizar nesse sentido, é compreender a política social como mediação fundamental para viabilizar o acesso aos direitos do campo da proteção social; mais do que isso, é avançar no trato desta, sem o caráter clientelista estabelecido ao longo da história brasileira. O cotidiano é o espaço privilegiado do debate, do enfrentamento, da democratização das concepções, o que faz, inclusive, com que o profissional se posicione frente as demandas contraditórias das relações sociais. Esses espaços encontram-se, na maioria das vezes, no campo das políticas sociais, que dão concretude ao protagonismo dos sujeitos, ao processo de desalienação e à emancipação social. (COUTO, 2004).

Dessa maneira, o trabalho do assistente social torna-se privilegiado para acompanhar como os programas e projetos sociais se aplicam no cotidiano e, é importante para constatar quais as reais necessidades da população atendida todos os dias. No que tange aos usuários da política de saúde mental, é possível reconhecer quais os verdadeiros processos de inclusão social, como, nessa

realidade de sucateamento dos espaços públicos, de desumanização da classe trabalhadora no seu processo de exploração, se constrói a cidadania através dos dispositivos da saúde mental. O Serviço Social não deve mecanizar seu trabalho, mas, sim, compreender dialeticamente como se constitui sua participação profissional num campo de muitas tensões. Trata-se de compreender fielmente e com solidez o que é ser um assistente social, qual o projeto da profissão, como ela se relaciona com a realidade social. Na condução de seu trabalho, é preciso ter clareza dos princípios do Código de Ética que balizam sua intervenção profissional, negando a neutralidade e assumindo uma postura em favor da liberdade, da emancipação e da justiça social. Assim, à medida que os assistentes sociais assimilam o projeto ético político da forma como ele se materializa no cotidiano profissional, no campo da saúde mental também serão utilizadas as propostas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, uma vez que estão em consonância com a proposta do Serviço Social.

4 O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA: AS DESCOBERTAS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Neste capítulo analisa-se o caminho da investigação, referenciado principalmente por Minayo, Martinelli, Yazbek e Prates. Traz-se, de forma detalhada, a construção do método que orienta a leitura de realidade, bem como as indagações da pesquisadora frente ao processo de pesquisa. Destacam-se o processo metodológico da pesquisa de campo (procedimentos e técnicas, MARCONI e LAKATOS; MINAYO; TRIVINOS), e os passos da coleta de dados e de análise (passos da análise de conteúdo, BARDIN, MINAYO). Apresentam-se as categorias teóricas e as empíricas da pesquisa, demonstrando-se a articulação do vivido (contraprova histórica) com o embasamento teórico (concepção de homem e mundo).

4.1 A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO

Problematizar o tema de pesquisa torna-se um compromisso da categoria, na medida em que, como pesquisadores, os profissionais direcionam suas produções históricas à construção da identidade profissional. Ao problematizar a investigação científica, Marx sinaliza “[...] a necessidade de determinadas ordens de relações sociais e, tanto quanto possível, verificar de maneira irrepreensível os fatos que lhe servem de base e de ponto de partida” (PAULA, 1991, p.15). Assim, a construção dessa identidade está intimamente ligada à forma como a profissão constrói seu objeto de intervenção e de qual teoria e método se apodera para realizar a intervenção social. Conforme o direcionamento da proposta de revisão curricular de 1996, no que tange à relação da profissão com a realidade social,

[...] a pesquisa das situações concretas é o caminho da identificação das mediações históricas necessárias a superação da defasagem entre o discurso genérico sobre a realidade e os fenômenos singulares com os quais se defronta o profissional no mercado de trabalho. (ABESS-CEDEPS, 1995 N. 50, p. 152)

O Serviço Social inicia seu percurso investigatório nos cursos de pós-graduação, como se viu no capítulo 2, buscando os fundamentos da profissão, ou seja, articulado à conjuntura da época, à necessidade de formação profissional, bem como de revisão curricular, tomou a pesquisa como um caminho para ressignificar

seus espaços de atuação, para compreender suas particularidades, profissionais ou do cotidiano, num campo de desvendamento do real, dos processos de alienação dando sentido à superação e à resistência (PRATES,2003). Assim, entender a pesquisa como intrínseca ao processos de trabalho é, antes de tudo, revelar a intencionalidade profissional, quer dizer, a forma de compreensão do terreno profissional e qual a direção construída nesse campo de inúmeras tensões. As reflexões dos autores dessa área de conhecimento mostram com clareza o processo de investigação como algo que necessita ser vivido constantemente, como algo que modifica, que movimenta o instituído, que “[...] interroga o que parece estabelecido” (YAZBEK, 2005, 148).

Yazbek (2005) ao caracterizar a pesquisa como um campo de problematização e enfatizar, a importância da interpretação dos dados, apropria-se de Ianni (2003) que referencia o ponto de vista do pensamento crítico, apontando que a

[...] interpretação de dados de uma pesquisa é como a elaboração de uma sinfonia: a partir da descoberta do tema(...) [o pesquisador] vai compondo seu trabalho, sua interpretação suas conexões de sentido, a explicação científica, o todo que se esconde atrás do factual, a universalidade contida no singular no discreto e até no minúsculo (p.148).

Para tanto, a teoria social crítica de Marx “[...] possui como um dos seus traços pertinentes uma íntima relação com o projeto socialista revolucionário” (NETTO,1991,p. 78) sustentado no materialismo histórico, trazendo elementos importantes para a compreensão da realidade social e fundamentado na premissa da consciência coletiva de classe e na possibilidade de emancipação humana, uma vez que se vive em uma sociedade capitalista.

Marx, em sua obra *A Questão Judaica*, diz:

Somente quando o homem individual real recupera em si o cidadão abstrato e se converte, como homem individual, em ser genérico, em seu trabalho individual e em suas relações individuais, somente quando o homem tenha reconhecido e organizado suas “forças populares”, como forças sociais e quando, portanto, já não se separa de si a força social sob a forma de força política, somente então se processa a emancipação humana. (1969, p. 52).

Além de chamar atenção para a necessária unidade coletiva como expressão da força social, em *A Questão Judaica*, e em *A Ideologia Alemã* (1986) destaca, nas teses sobre Feurbach, que “a essência humana não é uma abstração inerente ao indivíduo social [...] é o conjunto das relações sociais (p.13). Marx, em *O Capital*, mostra que o movimento de constituição da sociedade se dá a partir de um processo histórico natural, governado por “leis independentes da própria vontade”(p.15) dos indivíduos, mas compreende que é a partir do movimento de autoconstrução da consciência que se rompe com os processos de alienação.

Por essas referências, ficam claras as possibilidades de transformação humana destacadas pelo pensamento marxiano, que afirma ser a subjetividade construída, a partir das relações sociais, que, por sua vez, materializam-se no cotidiano e, conseqüentemente, ensejam os movimentos de superação. Aqui, o autor refere-se à possibilidade de construção da própria liberdade, uma transformação das condições de vida e do processo de consciência. Essa liberdade de consciência não está dada, mas é construída na própria realidade, num determinado período histórico.

Para se reconhecerem as determinações históricas vividas pelos sujeitos, Marx, em *O Capital* (1989), convida a se desvendarem as contradições da realidade social, que são determinada pelas relações de produção da ordem capitalista, sendo que isso só é possível através de uma reflexão do método dialético, que “[...] vai precisar a série das ordens das relações, a seqüência e a ligação em que os estágios de desenvolvimento aparecem” (p.15). Marx, nessa obra, mostra que o método pretende, com a investigação da realidade e a análise das conexões dos múltiplos fatores que formam a vida humana, descrever adequadamente o movimento do real. Ainda, que a investigação “[...] tem que se apoderar da matéria em seus pormenores, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e perquirir a conexão íntima que há entre elas” (p. 16).

Para realizar esses movimentos de desvendamento e reconstituição, Marx destaca que ao método dialético

[...] só uma coisa importa: descobrir a lei dos fenômenos que ele pesquisa. Importa-lhe não apenas a lei que os rege, enquanto forma definida e os liga à relação observada em dado período histórico. O

mais importante de tudo, para ele, é a lei de sua transformação, de seu desenvolvimento, isto é, a transição de uma forma para outra, de uma ordem de relações para outra [...].”(MARX, 1989, p.14).

A dialética, segundo Kosik (1976, p. 9), “[...] é a manifestação da coisa⁴⁸ em si”. Porém, segundo o autor, as manifestações não se apresentam de forma linear, isto é, livre de relações. Segundo Kosik (1976), para se compreender o fenômeno⁴⁹ de cada coisa, é preciso “[...] indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como, ao mesmo tempo, nele se esconde”(p.12). Para a compreensão desse fenômeno, ele ainda adverte sobre a importância de “[...] atingir a essência”⁵⁰(p.12), pois, sem a própria manifestação dos fenômenos, as essências seriam inatingíveis.

Assim, Kosik afirma que

A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa em si” e sistematicamente se pergunta como é possível chegar a compreensão de realidade. Por isso, é oposto da manifestação doutrinária ou da romantização das representações comuns. O pensamento que quer conhecer adequadamente a própria realidade, que não se contenta com os esquemas abstratos da própria realidade, nem com suas simples e também abstratas representações, tem de destruir a aparente independência do mundo dos contactos imediatos de cada dia. (1996, p. 16)

Kosik (1976) mostra que, a partir da história, o homem reconhece sua existência, e, através dela, explicita sua consciência, num movimento dialético e histórico. Ainda para o autor, “[...] o sentido da história está na própria história: nela, o homem se explicita a si mesmo, e este explicitamento histórico - que equivale à criação do homem e da humanidade - e o único sentido da história” (p.217).

Já a contradição, no método dialético-crítico, expressa-se numa relação de conflito, de vir a ser na realidade, como negação e determinação do outro. Assim, segundo Cury(1986), a contradição pode ser definida “[...] como uma negação

⁴⁸Compreensão da coisa significa conhecer-lhe a estrutura. A característica precípua do conhecimento consiste na decomposição do todo. (KOSIK, 1976, p.14)

⁴⁹ Fenômeno segundo Kosik (1976) não é, portanto, senão aquilo que- diretamente da essência oculta-se manifesta imediatamente, primeiro e com a maior freqüência.(p.12)

⁵⁰ A essência, ao contrario dos fenômenos- não se manifesta diretamente, e desde que o fundamento oculto das coisas deve ser descoberto mediante uma atividade peculiar,tem de existir ciência e filosofia. (KOSIK, 1976.p. 13).

inclusiva, onde as partes envolvidas são dependentes, em termos de significados (nega, mas não exclui o oposto), há sim, a luta e unidade dos contrários” (p.30-31).

Poder apropriar-se desses elementos teóricos significa elaborar o processo de produção de conhecimento pela leitura crítica de sua reconstituição. Nesse sentido, o referencial do materialismo histórico dialético contribui para se reconhecerem os elementos da realidade social, com vistas a promover os caminhos da interrogação que se pautam nesse movimento de relações concretas. Através da práxis humana, como já apontava Marx, ocorre o processo de transformação, um processo de busca por uma finalidade que, ao mesmo tempo, explicita a constituição do ser social. Kosik diz que

O ser social não é uma substância regida ou dinâmica, ou uma entidade transcendente que exista independente da práxis objetiva: é o processo de produção e reprodução da realidade social, vale dizer, é “práxis” histórica da humanidade e das formas de objetivação. [...] as condições e objetivações do processo são também elas, ao mesmo tempo, momentos seus, e como sujeitos do processo se mostram apenas os indivíduos, mas os indivíduos ligados por relações recíprocas que justamente eles reproduzem ou reproduzem o *ex novo*. (1976, p.176-177).

Partindo-se dessa concepção de possibilidade de transformação social, recorre-se à pesquisa como um instrumento de trabalho do assistente social, a fim de investigar a possibilidade de construção da verdade como premissa da ciência. Conforme Marx (1989), “[...] não há estrada real para a ciência, e só têm probabilidade de chegar aos seus cimos luminosos aqueles que enfrentam a cansaça de galgá-los por veredas abruptas” (p. 19). Com os movimentos de reflexão e da capacidade de diálogo entre as conexões teóricas e metodológicas é que acredita-se poder decifrar a realidade por meio da pesquisa.

Conforme Minayo (1998), a pesquisa tem como atividade básica a indagação e a descoberta da realidade. Por isso, a identificação do objeto de pesquisa está diretamente ligada à visão de homem e de mundo e a como a realidade se constrói. A atitude de pesquisar está intrinsecamente relacionada ao aporte teórico, que, mediante sucessivas aproximações com a realidade, busca articular a teoria e os dados empíricos.

O referencial apoiado no materialismo histórico apontado por Marx

[...] interpreta a realidade como uma totalidade onde tantos fatores visíveis como as representações sociais, integram e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção específico. [...] trabalha-se com dados qualitativos para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e os significados, a ordem e os conflitos [...] (MINAYO, 1998, p.34-35).

A centralidade atribuída à prática por esse método é outro aspecto que merece destaque. O conhecimento produzido tem por finalidade contribuir para a transformação social. Logo, o conhecimento não se reduz a um saber especulativo é direcionado à intervenção, orientado / posicionado politicamente, e tem a prática como critério de verdade. Não é por outra razão que, nas teses sobre Feurbach, Marx critica os filósofos de seu tempo, dizendo que não basta criticar o mundo, é preciso transformá-lo. Por sua vez, o Serviço Social tem como uma de suas marcas identitárias o fato de ser uma profissão interventiva, isto é mais um aspecto que aproxima esse método da profissão: a prática, mas não qualquer prática, uma práxis, qual seja, uma prática com direção social definida, teleológica (que tem clareza de finalidade).

A perspectiva de pesquisar o trabalho do assistente social no campo da saúde, enfocando a saúde mental, tem o intuito de revelar como têm sido construídos os processos de trabalho em que os assistentes sociais se inserem nos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Porto Alegre. Isso requer um entendimento de como os assistentes sociais vêm realizando seu trabalho na efetivação das políticas de proteção social e, ainda, de que forma a identidade do Serviço Social vem se explicitando no cotidiano dos serviços. Para atingir esse objetivo, utilizou-se a pesquisa quanti-qualitativa, compreendendo que a associação dos dados numéricos aos seus conteúdos tem uma relação intrínseca. Lefebvre (1991), em uma de suas obras, destaca que

Qualidade e quantidade revelam-se inseparáveis, como dois aspectos da existência concretamente determinada. [...] esses não se misturam, não se confundem numa unidade abstrata. Processa-se uma espécie de luta surda, de conflito [...], entre esses dois lados do ser, que se afirmam e se negam, solidariamente, um ao outro [...]. A quantidade, portanto, tem uma importância prática primordial.

Consiste na mediação através da qual se ataca a qualidade a fim de modificá-la.(p.212-214)

Para ocorrer essa transformação, o pensamento –no caso, o processo de pesquisa, da construção de um conhecimento- não pode se ater àquilo que é mensurado, àquilo que é visível. Trata-se, pois, de penetrar no conteúdo “medido” para poder realizar a análise do concreto. Assim, permite-se uma análise “de dentro (através do movimento interno) e [...] de fora (no conteúdo, nos fatos)”, (LEFEBVRE, 1991, p.177), uma vez que a quantidade será também solicitada pela própria exigência do conteúdo.

Lefebvre diz, ainda, ao se referir aos dados quantitativos e qualitativos: “[...] temos aí dois aspectos inseparáveis, tanto do real quanto do pensamento: verdadeiros, relativamente, enquanto momentos ou aspectos; falsos quando são isolados[...].” (p.177).

Portanto, como assistente social, busca-se, pela intervenção profissional, a organização das ações técnico-assistenciais e ético-políticas, a fim de dar respostas às expressões da questão social que se colocam no cotidiano. Para que haja efetividade no trabalho desenvolvido, essas ações devem estar articuladas teoricamente, buscando investigar a realidade social, para propor processos que viabilizem o acesso aos direitos sociais via efetivação das políticas de proteção social, pois “[...] é na história da sociedade, na prática social que se encontram a fonte dos nossos problemas e a chave de suas soluções” (IAMAMOTO, 1993, p. 102). A prática de pesquisa trazida pelos aportes curriculares (ABESS, 1995), sinaliza que “[...] a principal via para superar a reconhecida dicotomia entre teoria e prática [...] é uma trilha fértil para viabilizar a apreensão das relações sociais entre indivíduo e sociedade[...].”(p.152)

Dessa forma, a presente pesquisa busca responder ao seguinte problema: Como se constitui o trabalho dos assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Porto Alegre?

Para a orientação do estudo, utilizam-se como questões norteadoras as indagações postas a seguir.

- ✓ Quais as particularidades do trabalho do assistente social nesse espaço sociocupacional?
- ✓ Como o assistente social concebe e reconhece as expressões do seu objeto de trabalho nesse espaço sócio-ocupacional?
- ✓ Quais os produtos que decorrem do trabalho do assistente social nos CAPSs?
- ✓ Como o assistente social, no espaço dos CAPS, materializa seu projeto ético-político profissional?
- ✓ Quais as contribuições do trabalho do assistente social para a articulação das políticas de proteção social e para a dinamização do trabalho institucional, numa perspectiva de garantia de direitos e de integralidade?
- ✓ Quais os condicionantes que favorecem ou dificultam o desenvolvimento do trabalho profissional nesse espaço sócio-ocupacional?

O instrumento de pesquisa foi elaborado pela pesquisadora. O formulário⁵¹ caracterizou-se como semi-estruturado,⁵² contendo perguntas abertas e fechadas,⁵³ bem como a observação livre, na aplicação para os assistentes sociais. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (1977), a fim de se poderem problematizar os resultados, relacionando-as com construções teóricas já produzidas.

Segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo é

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. (p. 42).

Conforme Yamamoto (1996) é preciso :

⁵¹ Formulário. É um dos instrumentos essenciais para a investigação social cuja coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado (.MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 114)

⁵² Semiestruturado. característica dada ao instrumento que possibilita a formulação de perguntas previamente elaboradas acerca do objeto, sendo possível a construção de indagações do pesquisador no momento da entrevista.

⁵³ Perguntas abertas e fechadas: Utilizadas na construção do formulário, contendo dados referentes ao objeto de estudo, problematizando as questões norteadoras. A pesquisa qualitativa prevê a construção de instrumentos que possibilitem o sujeito pesquisado apresentar sua concepção frente ao problema de pesquisa. Para Marconi e Lakatos (1999) as perguntas abertas são chamadas de livres, que irão permitir ao informante responder livremente, usando a própria linguagem e emitir opiniões. Já as fechadas caracterizam-se pela escolha do informante às respostas entre as opções apresentadas. (p.101).

[...] estimular as investigações sobre as condições de vida e de trabalho dos múltiplos segmentos sociais com os quais atuamos, resgatando suas vivências e práticas, suas representações, enfim, como vivenciam e enfrentam as relações de exploração e dominação, no interior das quais vão se forjando como sujeitos individuais e coletivos. É nesse processo que se constroem suas consciências não só como alienação, mas como mediação crítica da história. (p. 114).

Na interpretação dos dados, utilizaram-se os caminhos metodológicos prescritos por Bardin (1977), para a realização da análise de conteúdo. Primeiramente, organizou-se o material empírico, já selecionado da primeira etapa, que consistia na transcrição das entrevistas gravadas, na leitura do material, na identificação dos sujeitos e na construção de tabelas de identificação. A seguir propôs-se a construção de grades de análise das respostas dos sujeitos, condensando as questões norteadoras, o que permitiu a identificação das categorias privilegiadas na pesquisa. O primeiro passo da análise de conteúdo refere-se à **pré-análise**, que segundo Bardin (1977):

É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuição, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano analítico” (p. 95).

Na pré-análise, é sugerido, utilizou-se a técnica da leitura flutuante dos documentos, isto é, dos formulários de entrevistas, e os registros do diário de campo do pesquisador. A partir da sistematização dos dados, foi possível identificarem-se as unidades de registros (temas), que, inclusive, receberam cores distintas para a aproximação de cada um, sendo agrupadas as categorias empíricas, a fim de se poder apontar as primeiras impressões do texto (respostas dos sujeitos pesquisados).

Assim, iniciou-se a **codificação**, que, para Bardin (1977):

[...] corresponde a uma transformação — efetuada segundo regras precisas — dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (p. 103).

Esse momento requer muita clareza por parte do pesquisador quanto ao foco de seu problema de pesquisa. A ética do pesquisador é também de extrema importância para fazer valer respostas fidedignas dos entrevistados, não criando pré-juízos de valor e nem interpretações equivocadas.

Seguindo os passos metodológicos, o próximo refere-se à **categorização**, que é compreendida como “[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.” (BARDIN, 1977, p. 117). Nesse momento, tratando-se da presente pesquisa, a análise foi feita de forma minuciosa, eleitas a frequência e a não-frequência das falas em relação às categorias elegidas, no sentido de separar os respectivos conteúdos e valorar sua importância. Essa categorização reconhece-se, é de extrema importância, uma vez que permite a leitura das categorias centrais, a partir da leitura teórica escolhida pelo pesquisador.

Não se pode deixar de lembrar que o *corpus* teórico está presente em todos os momentos da análise, propiciando um movimento de leitura dos dados, sendo esse “o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação”. (MINAYO, 1998, p. 236) Ainda Minayo (1998), sinaliza que “[...] esse momento incessante que se leva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado”. (p. 236).

O último passo da análise de conteúdo refere-se à **Inferência e Interpretação** de dados. A inferência destaca que

[...] a análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas), a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências no texto), embora o inverso, precisa os efeitos a partir de fatores conhecidos, ainda esteja ao alcance das nossas capacidades (BARDIN, 1977, p. 137).

Desse modo, a inferência caracteriza-se como um processo de indução, tendo como base a decodificação das unidades de sentido e de códigos. Ela está diretamente relacionada à **interpretação** dos dados, que tem como “[...] objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante a ligação a

outros conhecimentos anteriormente obtidos” (BULLA, 2006). Assim, a interpretação supera a “[...] dicotomia objetividade *versus* subjetividade, exterioridade *versus* interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é o momento da práxis do pesquisador” (MINAYO, 1998, p. 237).

A pesquisa social trabalhada sistematicamente numa posição de respeito aos passos da análise, de ética na posição de investigação e, ainda, na relação com o sujeito pesquisado permite um processo de validação do conhecimento. Através de um compromisso social, que se assume na construção do trabalho, e na relação com a realidade, de uma postura de negação e criação da práxis humana, processa-se a pesquisa como atividade de transformação social. Dessa forma, a pesquisa interpreta as categorias de análise no intuito de construir um novo conhecimento científico em relação ao processo de trabalho do assistente social nos CAPS. A contribuição desse conhecimento está na transformação das relações sociais mediante uma práxis coletiva, revelando as formas de intervenção do trabalho do assistente social. A perspectiva é reconhecer as contradições sociais, pensá-las com vistas a obter subsídios que possam aprimorá-la.

Anteriormente ao processo de entrevista, os participantes da amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵⁴ (Anexo A), concordando em fazer parte da proposta de pesquisa. Para analisar os resultados, os formulários foram fichados. Os profissionais receberam uma identificação com números de um a 10. A amostra se caracterizou por ser intencional. Segundo Marconi e Lakatos (2002), na dimensão intencional, o pesquisador está

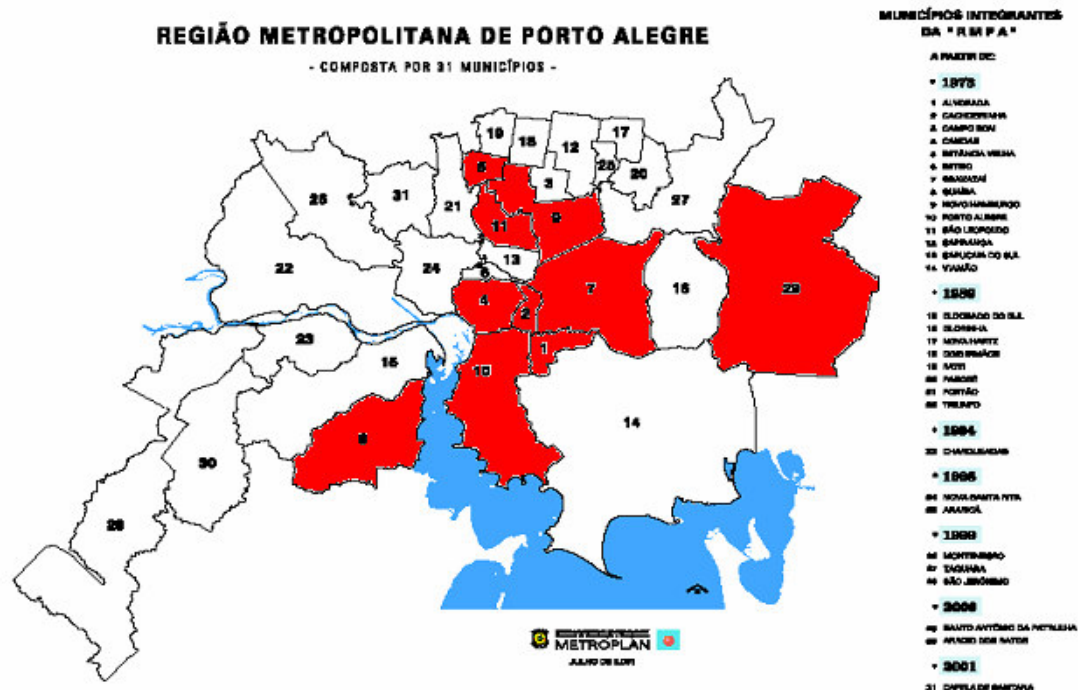
[...] interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela. Seria, por exemplo, o caso de se desejar saber como pensam os líderes de opinião de determinada comunidade. O pesquisador não se dirige, portanto, à “massa”, isto é, a elementos representativos da população em geral, mas àqueles que, segundo entender, pela função desempenhada, cargo ocupado, prestígio social, exercem função de líderes de opinião na comunidade. Pressupõe que estas pessoas, por palavras, atos ou atuações, têm a propriedade de

⁵⁴ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. É um documento que possibilita apresentar ao sujeito pesquisado as intenções do estudo, resguardando o sujeito de sua identificação bem como o uso dos dados para análise científica, sem exposição dos envolvidos. É parte integrante do projeto de pesquisa que deve ser aprovado pelo comitê de ética referenciado do estudo. No caso dessa tese, a pesquisa foi apresentada devidamente para o comitê científico do Curso de Serviço Social da PUC, bem como do Comitê de Ética da Universidade, o qual aprovou a proposta da pesquisa. (Anexo B).

influenciar a opinião dos demais. (MARCONI; LAKATOS, 2006, p.51-52).

Para a realização do estudo, num primeiro momento, foi necessário buscar dados sobre a Região Metropolitana de Porto Alegre. Ela é composta por 31 municípios (METROPLAN, 2001), os quais integram a Primeira e Segunda Coordenadorias Regionais de Saúde (1º e 2º CRS). Identificado o universo da pesquisa, foi preciso reconhecer os municípios que possuíssem CAPS - serviço especializado - de atendimento à população adulta e, ainda, pelo menos uma assistente social na sua equipe de trabalho, sendo esse um dos critérios de seleção da amostra.

Dos 31 municípios, 19 têm registro de serviço especializado; o restante fica com a saúde mental atendida pela atenção básica, totalizando 11 municípios da Região. Dos 19 (100%) identificados, os Municípios de Sapucaia e Parobé não têm assistente social, e o de Nova Hartz não tem referência de atendimento na saúde mental, não compondo, portanto, a seleção da amostra. Os 10 CAPS, ou 58%, que fizeram parte da amostra intencional caracterizados da seguinte forma: CAPS I, CAPS II e CAPS AD, correspondendo às normatizações das portarias do Ministério da Saúde. Isso possibilitou resguardar suas diferenças, não interferindo na análise do objeto, já que tais serviços têm a mesma diretriz da política de saúde mental. Os municípios que fizeram parte da pesquisa são: Alvorada, Canoas, Cachoeirinha, Estância Velha, Guaíba, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha e São Leopoldo (Em vermelho na Figura 1)



Fonte: METROPLAN-2008

Figura 1: Mapa dos municípios que compõem a amostra da pesquisa na Região Metropolitana de Porto Alegre - 2008

Ao definir a amostra, definiu-se também o número de sujeitos da pesquisa, que ficou composto por 10 assistentes sociais. No que se refere à caracterização dos sujeitos entrevistados, seis formaram-se na PUCRS, três na Unisinos e um, na ULBRA(1). Quanto ao tempo de formação, cinco tinham entre 10 e 20 anos, três de 20 a 30 anos, e dois menos de 10 anos. Todas fizeram pós-graduação em nível de especialização e mestrado: seis possuem formação em terapia de casal e abordagem familiar, dois em saúde mental coletiva, um, em gerontologia, e um possui mestrado em Serviço Social. Quanto ao tempo de trabalho na política de saúde mental, seis possuíam um tempo inferior a 10 anos (1-8 anos, 1-6 anos, 1-7 anos, 1-5 anos, 1-2 anos, 1-3 anos,) e sendo quatro atuam na área há mais de 10 anos. (3 a 10 anos, 1 a 12 anos).

A partir do referencial teórico, elegeram-se as categorias explicativas da realidade, a fim de subsidiarem o processo de análise.

4.1.1 Trabalho

[...] é o processo em que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhe uma força útil à vida humana. (MARX, 1988, p.202).

4.1.2 Processo de trabalho

No processo de trabalho opera, segundo Marx e Engels (1989)

[...] uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir o produto. O produto é um valor de uso, um material da natureza adaptado as necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada. O que se manifestava em movimento, ao lado do trabalhador, se revela agora, qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu um produto e o produto é um tecido (p. 205).

4.1.2.1 Elementos do processo de trabalho:

Objeto: “[...] a matéria prima, pela qual se aplica o trabalho” (MARX, 1988, 203). Assim, tratando-se do Serviço Social, compreende-se como sendo as diversas expressões da questão social.

Meios de trabalho ou Instrumental de trabalho: “Aquilo que o trabalhador interpõe entre ele e o objeto sobre o qual trabalha para transformá-lo” (p.14). No Serviço Social refere-se ao arsenal técnico, incluindo-se o eixo teórico metodológico, a construção de conhecimento utilizado para o deciframento das demandas sociais (SIMIONATO, 1999).

Para Marx (1988)

[...] são as coisas que lhe serve para dirigir sua atividade sobre o objeto. Utilizam-se as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas para fazê-las atuarem como forças de outras coisas. [...] Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana do trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho. (p. 203-204).

Produto de trabalho do Serviço Social: Tem como finalidade a defesa dos direitos sociais, a ampliação da cidadania, a consolidação da cidadania, a concretização dos princípios do Código de Ética (SIMIONATO, 1998).

Para Marx (1988), o produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado as necessidades humanas através da mudança de forma.

4.1.3. Questão social

Questão social apreendida 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 (...) que, sendo desigualdade 'e também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (IAMAMOTO, 1998:27e 28)

Ela é o objeto que se trabalha, a matéria prima em que se aplica o trabalho. Dessa forma, a matéria-prima do assistente social “[...]são as diversas expressões da questão social que se manifestam na vida cotidiana[...]” (SIMIONATO, 1999, p.11).

4.1.4 Projeto ético-político

O projeto ético-político profissional expressa a perspectiva hegemônica impressa no Serviço Social brasileiro. A operacionalização do projeto profissional supõe o reconhecimento das condições socio-históricas que circunscrevem o trabalho do assistente social na atualidade, estabelecendo limites e possibilidades (IAMAMATO, 1998).

A profissão é orientada pelos princípios do Código de Ética de 1993: defesa dos direitos humanos, reconhecimento das liberdades e diferenças, ampliação e consolidação da cidadania, empenho na eliminação de todas formas de preconceitos, posicionamento em favor da equidade e justiça social, a qualidade dos serviços, com a dignidade do ser humano, acesso aos direitos sociais e exercício da cidadania e sociabilidade humana, com vistas a uma transformação social.

4.1.5 Política de atenção integral à saúde mental

A concepção de rede de atenção integral em saúde mental tomou corpo a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que a definiu como um

[...] conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partem de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação. O conceito de rede tem como eixo a municipalização, *lôcus* da vida e de produção de saúde”. (GUIA DE SAUDE MENTAL, 2002, p. 31)

Com bases nessas categorias construiu-se o movimento que embasa esta tese, representado na Figura 2.

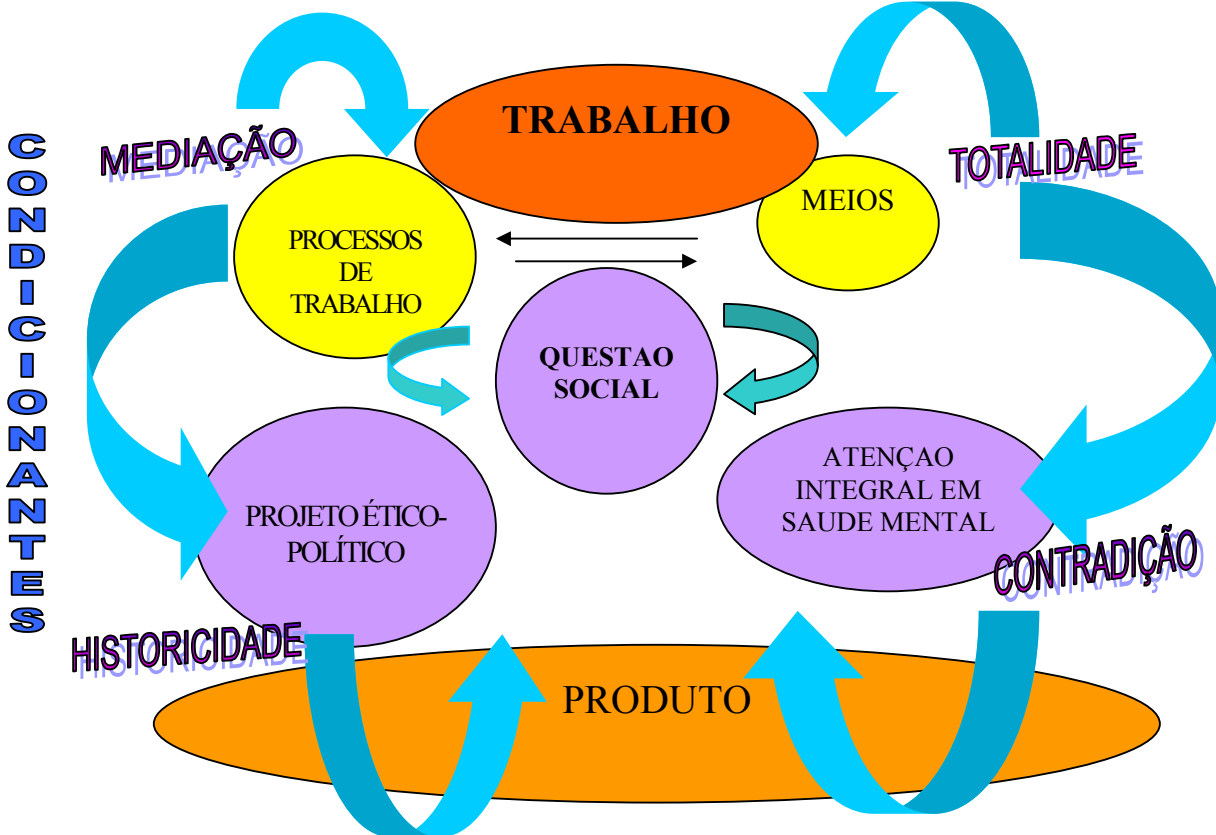


Figura 2: Representação do movimento das Categorias centrais de Construção metodológica da tese

4.2 RESULTADO E ANÁLISE DE DADOS

A partir do movimento metodológico proposto, percebe-se, pelos dados empíricos, que as categorias explicativas da realidade apresentam-se da seguinte forma: como categoria central o **trabalho**. As premissas para esta análise são: os processos de trabalho e o próprio trabalho realizado pelos assistentes sociais nos CAPS, relacionando os condicionantes internos e estruturais. A segunda categoria explicativa da realidade eleita refere-se ao **trabalho do assistente social nos CAPS**, sendo realizado o movimento do método a partir da particularidade proposta pela pesquisa. Assim, no que se refere a essa categoria, são discutidos: as particularidades desse trabalho, a concepção e as expressões do objeto, os produtos, a mediação do projeto ético-político, as contribuições desse trabalho profissional, elegendo como pontos centrais o cumprimento da garantia de direitos e a materialização do conceito de integralidade, bem como, os condicionantes que se relacionam nesse campo de trabalho. Deixa-se claro que as **categorias do método** - trabalho, historicidade, contradição, totalidade e mediação- **são transversais** no estudo desta tese.

Além das relações feitas no parágrafo anterior, elencaram-se as seguintes premissas no conjunto de respostas para a reflexão: o conceito de trabalho, o que é indispensável para a execução do mesmo, suas particularidades e a diferenciação do trabalho do assistente social no campo da saúde mental, bem como os desafios considerados para a atuação nessa área.

Ao se problematizar a categoria trabalho, o universo dos sujeitos entrevistados revela uma relação direta com **o que fazem** no cotidiano profissional. Essa relação é trazida pelos profissionais de forma específica, ao se perguntar qual é o trabalho do assistente social. As respostas dos profissionais demonstram uma preocupação com habilidades na execução de suas atividades, como por exemplo, *ter paciência, ter controle*. Preocupam-se ainda com valores como *ética, compromisso com o usuário, não ter preconceito, etc*. Porém, o que mais destacam, é ter o conhecimento necessário para a execução do trabalho profissional. Esse é trazido como condição básica para o exercício profissional, constando na maioria das respostas: *ter conhecimento para realizar o trabalho interdisciplinar, para acionar o trabalho em rede, para ter discernimento, etc*. A ação profissional foi a

segunda mais citada: *ação em rede, orientação, e o próprio trabalho interdisciplinar*. As particularidades profissionais moldam-se em ações específicas, que possuem eixos norteadores, tanto ético quanto políticos, para a materialização daquilo que se compreende como dimensão teleológica do trabalho. Nesse sentido, os assistentes sociais “[...] buscam imprimir nortes ao seu trabalho, afirmando-se como sujeito profissional” (IAMAMOTO, 2009, p.347).

Quanto ao conhecimento, aparece nos dados empíricos uma vinculação maior ao campo da saúde- saúde mental, saúde pública e psicanálise- do que ao conhecimento do serviço social, que aparece vinculado a saber trabalhar com grupo, com família e à importância de conhecer o Código de Ética. Há nas respostas uma preocupação importante com o conhecimento do trabalho em rede para poder articular os sujeitos, porém, ainda, há uma ligação desse conhecimento ao fazer profissional.

A discussão do campo do saber remete à discussão da interdisciplinariedade na saúde, consolidada pós década de 1980, uma vez que preconizou(z) diferentes campos do conhecimento, isto é, o encontro de disciplinas que dizem respeito ao trabalho coletivo em saúde propriamente. Esse é um dos aspectos importantes apontados na pesquisa quando mostra uma preocupação com a legitimação desse trabalho interdisciplinar para atuar na área da saúde. Entretanto, de forma ainda bastante presente, aparece a necessidade de conhecer outros campos do saber, para exercer atividade ligada à saúde mental, como refere a Prof. 6: *“Eu utilizo o referencial sistêmico, mas como a formação de toda a equipe foi toda muito estruturada em cima da Psicanálise, eu estou fazendo curso de formação de psicanálise(...)”*, ou ainda: *“(...)Eu tive que usar de outras áreas da psiquiatria,..eu também uso coisas do serviço social, como grupo, como trabalhar com grupos.(prof.6)”*. Dessa forma, a partir das respostas apresentadas, nega-se a essência da interdisciplinariedade⁵⁵, uma vez que esse conceito não requer um ecletismo no campo da ciência, ou uma pluralidade de conhecimento em diferentes áreas. O movimento da interdisciplinariedade é a possibilidade concreta de dividir e

⁵⁵interdisciplinariedade “vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A complexidade consiste justamente na própria construção, que é impregnada nas trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes” (MENDES, 2008, p.28).

construir um fazer que antecede a intervenção do objeto, e não uma profusão de conhecimentos acerca de um mesmo objeto. Ainda aparece nas falas dos sujeitos, mas não como prioridade, o conhecimento do próprio Serviço Social, conforme a fala da Prof. 4 :

Específico do Serviço social ...não... volta um pouquinho...posso responder melhor, a gente acaba ficando muito pragmático, a gente poderia ser mais estudiosa, faz muito tempo que eu não tenho estudado...o que tem?[...] não tenho lido nos últimos tempos sabe? [...] os referenciais são mais políticos que teóricos do Serviço Social [...] que tem a ver com o SS é a reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, autores têm colaborado na discussão de campo e de núcleo dentro da saúde, destacando-se Gastão Wagner Campos. Mas ainda não menos importante é a discussão dos profissionais e autores sobre o campo da saúde, apresentando como uma de suas preocupações serem reconhecidos como profissionais da saúde e não mais do Serviço Social, negando uma produção de conhecimento do Serviço Social, e uma falta de identidade com a profissão. Nas reflexões, cabe sinalizar que há uma preocupação em relação à postura profissional, ao distanciamento que os assistente sociais passam a ter dos seus objetivos, “[...] que, na área da saúde, passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais no processo saúde doença” (CFESS,2009). Assim, sobre a produção dos parâmetros para a atuação dos assistente sociais na saúde, produzido pelo CFESS(2009), é feita a seguinte colocação:

[...] ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto-representação de sanitaristas (...) percebe-se gradativamente o discurso da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas da especialização médica, de forma fragmentada (p. 13).

Iamamoto (1998), a partir dos fundamentos marxianos destaca ao considerar a categoria trabalho que essa atividade, como constitutiva do ser social deve possuir uma “[...]dimensão ética [...] que tem a ver com valores, com o dever ser, envolvendo uma dimensão de conhecimento e ético-moral” (p.61). Dessa forma, nas respostas dos sujeitos pesquisados, há um predomínio do conhecimento e da ação, seguidos dos valores e das habilidades necessárias para a atuação profissional.

A compreensão do trabalho possui uma dimensão teleológica, isto é, a possibilidade de o homem projetar seu trabalho, de definir o que irá construir ou fazer. O importante é como os assistentes sociais podem relacionar esse conteúdo a apenas um processo de intervenção do profissional, “diminuindo” a categoria trabalho por uma realização da prática profissional. Essa discussão foi e é abordada pela categoria e pelos autores de referência, ao discutirem a concepção de trabalho ao invés da prática, uma herança da história profissional. Eles consideram que a “prática profissional” desvincula a dimensão do indivíduo como ser social articulado a um meio, a uma trama social que estabelece relações diretas com a sociedade, trazendo, inclusive, efeitos perversos para o cotidiano humano. Assim, a dimensão centrada no *como fazer*, delimita uma intervenção técnica, deixando de lado o conteúdo teórico-metodológico na análise da realidade social, bem como a dimensão a-histórica das relações sociais (IAMAMOTO, 2007).

Iamamoto (2007), ao refletir sobre a prática no processo de atendimento ao usuário, diz que na

[...] a “prática profissional” como prática do indivíduo isolado, desvinculada da trama social(...) os processos históricos são reduzidos a um contexto distinto da prática profissional, que a condiciona “externamente”. A prática é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços- o “cliente”-, com o frágil conhecimento das expressões da questão social e das políticas sociais correspondentes. Essa visão (...) tende em favor das versões empiristas, pragmáticas e descritivas da sociedade e do exercício profissional, enraizadas em um positivismo camuflado (...). (p. 28)

As respostas dos sujeitos pesquisados, relacionando inclusive a segunda categoria explicativa da realidade, no que diz respeito ao **trabalho dos assistentes sociais nos CAPS**, reforçam essa dimensão técnica –do fazer- à medida que revelam com maior frequência o atendimento da população como referência do seu trabalho, desmembrando-se a sua maior parte em atendimento individual (oito), atendimento de família (sete) e atendimento de grupo (seis). No que se refere às formas de atendimento, não se destaca uma frequência relevante para análise, isto é, de maior repetição. Fica claro que a dimensão individual de atendimento é predominante, com três respostas de acolhimento, uma de triagem, uma de avaliação social duas de orientação. A fala da profissional n. 2, revela os diferentes tipos de “atendimentos”

*Hoje eu estou na coordenação, então também não posso me desvincular da minha categoria. Hoje estou na coordenação mas também estou vinculada ao atendimento. O Serviço Social esta no **atendimento individual ta em atendimento de grupo ta dividido com outro profissional. Por exemplo, a terapia comunitária eu faço junto com uma psicóloga, e tem algumas questões que são da nossa especificidade. A gente tem nossa essência da formação então trabalha a questão de gênero e suas implicações nessa relação com a dependência química. (Prof. 02, grifos nossos)***

Considerando-se os dados apresentados, chama-se atenção para a necessidade de se relacionar a própria compreensão da dimensão técnica do fazer profissional aquilo que é “específico” do Serviço Social e particular desse campo de atuação. Lembra-se, aqui, que especificidade profissional e particularidade não são foco do presente estudo, mas se legitimam à medida que se entende como fundamental tal mediação teórica para análise das categorias. Compreender a especificidade do serviço social, ou melhor, como uma profissão que se constitui como uma especialização inserida na divisão socio-técnica do trabalho, torna-se essencial para se excluírem reflexões simplistas e/ou errôneas do trabalho profissional. Viu-se, no segundo capítulo, que a própria gênese profissional está associada a práticas de ajuda e de assistência, numa relação direta com a Igreja e com a formação histórica da classe trabalhadora pela burguesia. Assim, a função de cunho educativo, moralizador e disciplinador, perdurou por algum tempo dentro da própria profissão, a qual não tinha clareza do seu papel na sociedade. Foi a partir do início do movimento de ruptura que se iniciou o questionamento, sobre seu significado na sociedade. Desse modo, refletindo sobre a profissionalização do Serviço Social, tem-se o conhecimento da própria divisão social do trabalho, uma vez que essa é que traz as especializações no âmbito do trabalho.

Os estudos de Netto (1992) e Iamamoto(1992), definem que o Serviço Social nasce justamente na relação direta com o Estado no enfrentamento da questão social, potencializado pelas políticas sociais. Ora, a história do capitalismo e do aumento da acumulação da classe hegemônica através da exploração da classe trabalhadora mostra como se cria a questão social, com necessidades mediadas pelo Estado utilizando o trabalho dos assistentes sociais. A partir disso, instaura-se a profissão. Dessa forma, a divisão social e técnica do trabalho está ligada ao momento histórico vivido desde seus primórdios, quando a profissão se “legitimou”, como foi proposto no capítulo 2 desta tese, na costura histórica. Netto (1992) diz que

a existência de um campo de trabalho para o assistente social foi e ainda é construído fundamentalmente pelo Estado, no período de ascensão do capitalismo monopolista, para dar conta das demandas da questão social, quando também se criaram instituições para atendê-las. Conforme Iamamoto & Carvalho (2008) “[...]é nesse contexto, [...] que emerge, sob várias, formas a chamada ‘questão social’, a qual se torna a base da justificação desse tipo de profissional especializado” (p.77).

A própria divisão do trabalho esta ligada aos modelos de produção da história e, principalmente, às formas como os homens se relacionarem com a natureza, criando novas necessidades. Para tanto, os modelos de produção, mediados pela emergência de necessidades, trouxeram para a divisão social do trabalho especializações técnicas, que se socializavam a partir da cadeia produtiva do próprio trabalho coletivo. Assim, o Serviço Social é um “[...] trabalho profissional combinado com outros trabalhos” (SIMIONATO, 2004, p. 36), “[...] situando o exercício profissional no âmbito das relações entre Estado e sociedade civil, no marco da sociedade de classes [...] e, como profissão, irá contribuir de forma a atender às manifestações da vida social, na forma de prestar serviços que atendam às necessidades sociais (IAMAMATO, 1999, p.113).

Simionato (2004), a partir de Iamamoto e Yazbeck (1999), aponta que

[...] compreender as particularidades do Serviço Social como especialização do trabalho coletivo requer a apreensão do conjunto de características que demarcam a institucionalização e desenvolvimento da profissão, as determinações sócio-históricas, de sua inserção na sociedade brasileira que perfilam o fazer profissional a herança cultural que respalda as explicações efetivadas sobre as relações sociais, sobre práticas, sobre as sistematizações e respectivos saberes (SIMIONATO, 2004, p. 37).

Pires (1998), com base em Marx, considera que, a cada momento histórico, existe um modo de produção determinante que indica a forma da produção de bens e serviços necessários à convivência e à sobrevivência dos grupos. Em se tratando de saúde, desde a Antiguidade, os seres humanos tinham problemas nessa área e buscavam conhecimentos específicos para tratá-los. A Medicina foi a primeira especialização de trabalho “[...] delegou atividades a outros trabalhadores [...] constituindo-se diferentes profissões no campo da saúde (p. 35).

A partir da concepção de “saúde” e de doença, inseriram-se as profissões no contexto da realidade. Os assistentes sociais foram se engajando nos serviços de saúde pelo reconhecimento social da profissão e “[...] por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições sócio-históricas da saúde pública” (COSTA, 2002, p.74). Logo, a profissão passou a atuar de acordo com as premissas da época.

Nas questões sobre o seu trabalho profissional, constata-se nas respostas dos entrevistados que eles identificaram com caráter conservador, característica do primeiro momento histórico da profissão. O conservadorismo caracteriza a vertente clínico-diagnóstica produzida pelos primeiros pensadores do Serviço Social, na Europa, o qual foi herdado pelo Brasil em sua emergência.

Assim, pode-se, dizer a partir dos dados pesquisados, que há uma tendência a tratar o trabalho profissional como aquilo que é feito- trabalho concreto- e se materializa no processo técnico-material, apenas ligado a um dos elementos constitutivos- a reprodução da força de trabalho, uma relação de troca. Conforme Iamamoto, no período da industrialização emergiram as classes sociais típicas da era capitalista, nas quais se impôs uma relação contratual entre os indivíduos (IAMAMOTO, 2004). O trabalhador assistente social está na divisão dos trabalhos úteis socialmente necessários, pois “[...] o trabalho social só se expressa como tal na mediação do valor de troca dos produtos do trabalho que atendem às necessidades sociais [...]”(2007, p. 217). Para tanto, o assistente social não foge das refrações do mundo do trabalho, da precarização e da condição de assalariamento. Como fruto da sua especialização, o próprio trabalho, necessariamente dá aos profissionais a compreensão além da dinâmica técnica interventiva profissional. Isso corresponde um conhecimento da dinâmica das instituições, das particularidades do trabalho na divisão social e da técnica do trabalho coletivo, ou seja “[...] sua natureza peculiar, os meios necessários à sua efetivação, a matéria que transforma e os resultados que produz [...]”(2007, p. 218). Dessa forma, o assistente social “[...] é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, [...] é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico de diversas especializações do trabalho [...]” (1998, p. 107).

Assim, na dialética da realidade, nas transformações do mundo do trabalho, na venda e na troca de seu trabalho, bem como no reconhecimento da dinâmica histórica das relações sociais, encontra-se o trabalho do assistente social, articulado a um conjunto de trabalhadores, “[...] partícipe de processos de trabalho que se organizam conforme as exigências econômicas e sociopolíticas do processo de acumulação[...]”(1998, p.95).

No que se refere à concepção do objeto do serviço social, os dados colhidos apresentam traços da herança tradicional, legitimados nos atendimentos de caso, grupo e comunidade, fundamentos vinculados a uma perspectiva de compreensão psicossocial individual do sujeito, e, ainda, uma preocupação com os “modelos de intervenção” e os modos de “como fazer” (IAMAMOTO, 2004). Desse modo, o objeto do Serviço Social não é a questão social, mas a análise de um problema social, não se contextualizando nas relações sociais de classe produzidas pela sociedade capitalista. Ao se verificar a parte clínica dos atendimentos, compreende-se a relação com o grupo familiar, uma vez que a “desestrutura familiar” é considerada foco de intervenção. O atendimento está ligado ao problema do indivíduo ou da família, usando terminologias de culpabilização dos mesmos. A família aqui compreendida não é reconhecida como grupo social, uma vez que os próprios assistentes sociais se referem a elas de forma distinta. A fala da profissional n.8 demonstra isso:

*Eu faço atendimentos de famílias, orientação de famílias por encaminhamento interno muitas questões de limites, desestrutura familiar, fobias. Eu não atendo especificamente na área. Nos casos de violência familiar tem uma colega psicóloga que atende junto ao sentinela. Ela atende famílias vitimas, que são famílias que receberam a violência abusos, maus tratos e ela encaminha as crianças para o Sentinela. Então eu só atendo do CAPS, **transtorno familiar e disfunções familiares** eu atendo. Ela atende famílias vitima de violência. (PROF. 8, Grifos nossos)*

Dessa forma, o objeto da profissão não é compreendido como sendo a questão social, mas o indivíduo (3) e a desestrutura familiar (4), destacando-se de forma clara a doença do indivíduo, conforme as falas dos profissionais mostram

[...] é o ser humano que vai se ajudar de diversas formas[...] tu te envolve com a pessoa, com a família [...] (Prof. 4)

[...] o ser humano, como vou te dizer, um ser humano mais agressivo, com sofrimento mental [...] (fala Prof. 9)

E essas falas revelam a posição desses profissionais no sentido de seu trabalho atuar no “problema”, na disfunção dos sujeitos, preocupados com a necessidade de adaptação desse sujeito. O lado “ruim/ problemático” é o que querem que seja “consertado, não vendo as potencialidades desse usuário, não enxergando a categoria da contradição, nem mesmo as relações do contexto da totalidade. A partir dessa análise, o profissional isola e reduz a compreensão da questão social, demonstrando uma forma preconceituosa e uma compreensão institucionalizada da saúde mental, quando diz: “(...) *um ser humano mais agressivo* (...)”; relacionando a loucura à ameaça, a perigo, negando os princípios legais, construídos historicamente, pelos movimentos de resistência, à medida que negam as discriminações e determinam a equidade dos direitos nas suas legislações.

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, família, idade, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno, ou qualquer outra. (Lei da Reforma Psiquiátrica Nacional, art.1, 2001).

Os profissionais, ao elegerem a desestrutura familiar como objeto de seu trabalho, fundamentam sua intervenção numa análise de realidade simplista, sem a compreensão das modificações da sociedade no que diz respeito ao mundo do trabalho e às configurações familiares, reforçando juízo de valor sobre concepção de família, ainda enraizada na lógica de família burguesa. Iamamoto (2004) afirma que a intervenção do Serviço Social com famílias não pode partir de uma compreensão apenas do “ universo intrafamiliar”. Destaca que, se ocorrer a dicotomia entre família e meio, tratando-os como independentes e distintos, se pode incorrer no “erro” das abordagens clássicas, que não relacionavam o homem ao meio, isto é, os desvinculavam das relações de classe e das desigualdades sociais a elas inerentes”. (p. 50).

Basicamente, avaliação social do sistema familiar , encaminhamento de benefício, contato com a rede, ajudar a compor o campo da rede assistencial principalmente à rede de saúde mental do distrito; atendo às famílias em função disso, os usuários...” (Prof. 1)

Nessa perspectiva, os fundamentos teóricos têm base o Positivismo que sinaliza a manutenção do *status quo* e leva o Serviço Social à reprodução da ordem burguesa.

Denomina-se o serviço social de casos individuais como um conjunto de métodos que desenvolvem a personalidade, reajustando o consciente e individualmente entre si o homem e o meio social>>, fazendo notar como esses serviços << se tem ocupado e continuará a ocupar das questões relativas a restauração da dependência econômica individual, à saúde e à higiene pessoal, assim como os problemas complexos da higiene mental, todos eles em relação direta com a personalidade. De fato o método próprio do assistente social, consiste em atingir o indivíduo por intermédio dos que o cercam, e todas as vezes a adaptação tem de ser alcançada por este modo, indivíduo por indivíduo, e não em massa, impõe-se e continuar-se-á a impor a qualquer forma do Serviço Social dos casos individuais.” (RICHMOND, 1950, p. 102-103).

Ainda, destaca Iamamoto (2004),

[...] o homem é visto de forma singular- em detrimento da igualdade, das determinações e situações comuns por meio dos quais os indivíduos se constituem. A liberdade é subjetivada: cada um busca desenvolver de acordo com as limitações e possibilidades de personalidade, enquanto nas relações externas o que prevalece é a defesa da ordem, a hierarquia, a disciplina, que tendem a ser naturalizadas, porque a sociedade capitalista é tida como natural e perene, dando lugar as idéias da adaptação e da integração social (p. 50).

Ao se focar o atendimento do Serviço Social no âmbito da saúde, verifica-se que os profissionais estão reproduzindo a lógica do ajuste do Estado, de viés neoliberal, que traz uma condição individual de atendimento, o que se contrapõe ao princípio da Reforma Sanitária, com uma perspectiva coletiva de atendimento. Retoma-se um viés ainda carregado de uma perspectiva clínica, associando à “culpa” dos sujeitos por estarem com a doença, desestruturados, etc. Também apareceu o não-reconhecimento, por parte dos profissionais, do serviço que o CAPS presta, como especializado e de cuidado intensivo, trabalhando na lógica de terapias para “comportamento”.

E como eu sou terapeuta de família e casal eu faço atendimento nessa área, mas eu só utilizo meus pacientes, pelo tempo só os meus pacientes. Já têm eles conflitos na família. As vezes até pego de outros profissionais. Até uma psicóloga falou para mim R. da um jeitinho ta **eu vou dar um jeitinho para salvar um casamento né**, o

paciente dela do grupo dela eu to vendo terapia de casal. (Prof. 4 Grifos nossos)

Vê-se, nessa fala, a atuação profissional ligada ao Serviço Social de Caso, que propõe o desenvolvimento da personalidade do sujeito, reformulando seus princípios e o de suas relações sociais com os outros. Conforme Hamilton (1958):

[...] O maior benefício que se faz para uma pessoa é torná-la consciente em poder reformar-se e aperfeiçoar-se. Não se pode, entretanto, desenvolver tais energias sem ensinar, de maneira sistemática, a compreender a natureza da motivação, isto é, sem fazê-la ver como encarar sua situação ou como lidar com os outros e que atitude ter para com o assistente social que atua como conselheiro ou terapeuta. O SS de casos caracteriza-se pelo objetivo de fornecer serviços práticos e de aconselhar de tal modo que seja desenvolvida a capacidade psicológica do cliente, e ele seja levado à habilidade de utilizar-se dos serviços para atender seu problema. (p. 37 - 38).

O movimento eleito pelos profissionais no campo da saúde demarca o distanciamento que esses profissionais vivem do objetivo de sua profissão. O viés de teorias do campo “psi” ou sobre doenças, como se vê também nos dados apresentados, vinculados a intervenções de processos terapêuticos de melhora- traz para o assistente social uma negação de seu saber específico, da visão generalista, e não fragmentada por especialidades (CFESS, 2009). Essa discussão é um dos pontos polêmicos, na atualidade, que movimenta a categoria profissional, bem como suas entidades representativas no que concerne às práticas terapêuticas.

No que se refere à política de saúde mental, esses desvios de atendimento, manifestam uma forma contrária às propostas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e também das Diretrizes da ABEPSS. As próprias Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987; 1992 e 2001) anunciaram pressupostos amparados num modelo psicossocial de atendimento de integralidade e interdisciplinariedade, mas os profissionais não acolhem essa perspectiva, retomando uma forma fragmentada de atendimento.

Os parâmetros de reabilitação psicossocial foram construídos, no Brasil, a partir dos movimentos de trabalhadores, usuários e familiares, que, sem sombra de dúvida, conseguiram importantes rupturas institucionalizantes com as “antigas” diretrizes da política de saúde mental, criando equipes de cuidado, espaços além do

espaço institucional, e principalmente, a idéia de “cuidado”. Contudo, a disponibilidade de realizar um projeto terapêutico individual,” (GOLDBERG, 1996, p.38) deve requerer um cuidado que não perca de vista a noção de conjunto”, não apenas de um olhar fragmentado dos profissionais, ou, ainda, ocupar o tempo dos usuários com várias atividades, dentro dos espaços institucionais, e, quando for possível, algumas atividade fora deste. A “recuperação” dos usuários não requer somente habilitá-lo ou sanar suas dificuldades para o trabalho, com oficinas, que não possuem inserção produtiva, ou com não-acesso, aos “produtos do mercado”, mas, sim, uma noção de coletividade desse sujeito. O olhar individual não reduz a compreensão, inclusive, de espaço coletivo? Ocupa-se os espaços coletivos? O plano terapêutico individual mantém as necessidades coletivas? Ou apenas reduz o indivíduo a possibilidades internas do próprio serviço? Qual é a concepção de cidadania da equipe, não só do assistente social? Vê-se, inclusive, a partir dos fundamentos históricos, que a saúde mental, rompeu com paradigmas herdados da lógica da funcionalidade do sistema biológico e psíquico dos sujeitos.

Contudo, pelos dados empíricos, percebe-se uma precária articulação entre os elementos da equipe, mostrando que “exercer” determinados papéis cabe a determinados profissionais, com uma interdisciplinariedade aparente, nas discussões, de caso, etc. Isso se constata quando se questiona sobre os limites do trabalho profissional, quando os sujeitos referem a falta de trabalho em equipe, colocação feita por quatro profissionais: “[...] *o trabalho aqui, cada um faz o seu. É horrível, mas funciona dessa forma* (prof. 6). Na verdade, o próprio conceito de interdisciplinariedade- discussão possível para outro vasto estudo- não é claro para o conjunto desses profissionais, uma vez que remetem a determinações específicas de outros campos de saber, revelando um incompreensão do arsenal teórico do Serviço Social e de seu papel social na política de saúde mental, como no caso dos assistentes sociais vinculados a praticas terapêuticas. Ao mesmo tempo, ao se considerarem as possibilidades na execução do trabalho, eles dizem: “[...] a articulação com do trabalho em equipe “[...] *uma equipe afinada ...não vejo de outra forma que não seja o trabalho interdisciplinar*” (prof. 3). Nessa problematização, aparece uma visível contradição, no referente à dialética. As falas dos sujeitos- problematizando os distintos e interdependentes lados (limites ↔ possibilidades) mostra a necessidade de modificação do “fazer institucional e profissional”, ao

mesmo tempo em que, simultaneamente, reconhecem, a continuidade dos processos conservadores, de práticas individuais, pois o real é constituído do próprio movimento da realidade, do velho e do novo, das modificações e das continuidades.

As respostas sobre as particularidades do trabalho profissional nessa área da saúde mental referem-se novamente a uma relação entre a ação e habilidades. Três mencionaram que o Serviço Social se particulariza, *pela abordagem; dois apontaram a interlocução com os demais profissionais; e um o saber lidar com as situações difíceis e com o olhar que se tem para com a família. Dessa maneira, ação e habilidades aparecerem de forma mais expressiva, totalizando sete respostas de 10 sujeitos. Em segundo lugar houve o predomínio do conhecimento- aparecendo em seis respostas: dois citaram maior atenção ao usuário, dois uma visão generalista/compromisso com a totalidade e dois o compromisso com a diferença.* Novamente, predomina a ação sobre o conhecimento, embora os assistentes sociais reconheçam a importância de conhecer o projeto ético-político para seu trabalho.

As demandas profissionais, apareceram a partir de uma solicitação técnico-operativa, apresentando-se através das expressões da questão social. A forma com que as “solicitações” emergem, dizem respeito àquilo que é aparente. O movimento da mediação é o que permite, para o assistente social, negar aquilo que está posto, de reconstruir a realidade, negando o senso comum. Assim, realizar a mediação e entende-la como transversal ao trabalho do Serviço Social, diz respeito ao **verdadeiro conteúdo** desse trabalho profissional, partindo do significado social do trabalho do assistente social. Assim, entende-se que o Serviço Social tem atribuições próprias, isto é, “suas prerrogativas exclusivas”, que concernem ao trabalho com especificações teóricas, técnicas e ético-políticas (IAMAMOTO, 2002). Existem particularidades nos diferentes campos de atuação do serviço social, até mesmo pelos condicionantes de trabalho, mas a identidade profissional é única, a de ser assistente social, e que não deve haver dúvida quanto a ela, pois as premissas do projeto ético-político são a base para essa identidade⁵⁶.

⁵⁶ A discussão sobre identidade profissional não é tema desta tese, uma vez que não faz parte do conteúdo da pesquisa, entendendo-se que constitui outra importante discussão para outro momento histórico e outra produção de conhecimento.

Trata-se, portanto, de relacionar os diferentes movimentos da categoria trabalho, uma vez que ela preconiza conhecimento, valor, ação e habilidades. Assim, identificá-los no material empírico, torna-se um dos movimentos da categoria central.

Pontes(2002) é um dos autores de referência que aborda essa discussão em auxílio dos profissionais. Ele diz que

Essas generalidades podem ser tão “belas” quanto “inúteis”, caso não as consigamos particularizar no plano real cotidiano do fazer profissional. [...] Falta apreender o campo de mediações que particulariza o movimento da legalidade social na realidade vivida cotidianamente pelos sujeitos em processo. [...] é capturar na cotidianidade, seja da vida privada, seja da vida profissional, a real interferência e determinação da legalidade social. (PONTES, 2002, p. 57-58).

Portando, o assistente social, atua “*com e nas mediações*”, sendo o elo que liga situações isoladas, como um fim em si mesmo, às determinações histórico-sociais mais amplas, a partir da reconstrução do objeto de intervenção no campo da particularidade. Pontes (2002) é categórico em afirmar que o assistente social,

[...] é um articulador e potencializador de mediações. Numa palavra, ele atua nos sistemas de mediações que infibram as refrações da “questão social” constitutivas das demandas sociais à profissão (PONTES, 2002, p.177).

A partir dessa particularização de situações colocadas como demanda e da busca da superação da imediatez, é possível alcançar-se uma visão da totalidade e da profunda da realidade social sobre a qual recai a intervenção profissional. Esta permite a ultrapassagem dos fatos, buscando, a sua essência, aquilo que é da intenção profissional, superando o processo de alienação, bem como o instituído, respondendo teleologicamente às demandas profissionais.

A interlocução possível entre Serviço Social e Saúde Mental no contexto da reabilitação psicossocial está na capacitação do assistente social para compreender os fenômenos dos transtornos mentais na sua articulação com os fatos sociais que o circundam. Esta seria uma forma de complementar a visão de totalidade social e histórica nas determinações da sociedade com a visão de totalidade do sujeito nas contradições que se expressam por sua subjetividade. Essa dupla perspectiva de totalidade que o habilitaria a responder às expectativas de sua ação profissional no campo da Reforma Psiquiátrica (BISNETO, 2004, p.4).

Dessa forma, quando se propõe a compreensão desse conceito, legitima-se a superação de modelos funcionalistas que marcaram e marcam a trajetória dessa política pública. Assim, o conteúdo da saúde pública, implica reconhecer as diretrizes da própria política de saúde e seus conceitos no que tange ao seu significado. O acompanhamento das mudanças do Estado, o conhecimento da legislação social que ampara as práticas em saúde, como por exemplo, SUS, ECA, LOAS, SUAS, etc., a compreensão do sentido da universalidade como pano de fundo do trabalho do assistente social, “pois devem contemplar os cidadãos afetados por seus efeitos e ser encaradas como uma garantia universal de padrões mínimos de vida” (VIANNA, 2005, p. 31). O caráter universalista e democrático da Constituição de 1988, bem como das legislações subseqüentes, afirmam, “[...] a democracia, a universalização dos direitos, garantindo a gratuidade no acesso aos serviços, a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos [...]” (IAMAMOTO, 2002, p.32)

A integralidade aparece de forma privilegiada nas falas dos sujeitos entrevistados, que relacionam esse conceito a “[...] integrar ações para o atendimento ao usuário[...] vendo-o como um todo”(Prof.7). PAIM (2007), a partir dos preceitos da Reforma Sanitária, caracteriza a integralidade por quatro perspectivas:

a) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de recuperação primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança (Reforma Urbana, Agrária, etc.) que incidem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. (p.15).

Costa (2006)⁵⁷ aponta que o “principal produto” do trabalho do assistente social é assegurar a integralidade das ações. Ela refere que o assistente social, mesmo que por caminhos nada fáceis, atua como “um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre as demais políticas setoriais”(p. 44) Isso foi destacado pelos sujeitos entrevistados: “ [...] realizando o trabalho de forma multidisciplinar; vendo o

⁵⁷ O estudo de COSTA referenciado se refere a uma pesquisa e produto de sua dissertação de Mestrado em 1998, apresentada a Faculdade de Serviço Social da UFPE, intitulada: Os elos invisíveis do processo de trabalho da Política de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho do assistente social na saúde pública de Natal (RN).

sujeito de forma integral e acionando o trabalho em rede com outras políticas setoriais. A fala da profissional revela-se: “integral desde o sujeito, com sua integralidade, varias facetas, no seu corpo, na sua relação social, na rede de proteção social, também com esse viés(...) incidir na rede de proteção que também tenha em vista essa integralidade”(Prof. 7)

Ou, ainda:

[...] de fazer valer o que tá posto lá na Constituição Federal, porque, assim, a saúde como um todo o sujeito também, o que compõe a qualidade de vida, o lazer, o trabalho, o acesso a moradia, a educação.[...] Daí eu penso , com quem vou articular a questão da moradia, da educação [...] O ECA diz, garantia de desenvolvimento dessa criança no ambiente, que se desenvolva, então tenho que articular com alguém.(Prof. 3)

Assim, a concretização do trabalho do assistente social, de certa forma, baseia-se no modelo proposto nas premissas do SUS, que compõe equipes de trabalho em saúde, bem como no conceito de saúde, que retoma a necessidade da articulação das políticas de seguridade social, e não só delas, para garantia da saúde. Isso revela, mesmo que algumas vezes isoladamente, um esforço de profissionais na superação da lógica individual e curativa de atendimento dos casos de doença na trajetória histórica do País. Conforme COSTA (2006)

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre um papel particular de buscar estabelecer o elo “perdido”, quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de atenção de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais. (p.51)

Para tanto, esse cotidiano deve ser maturado entre os profissionais, de forma sistemática, para a garantia desse princípio, mesmo que, para isso seja necessária a construção de um diálogo, inclusive sobre os conceitos que balizam os processos de trabalhos de diferentes profissionais, como, por exemplo, acolhimento, direito, cuidado, etc. Nas discussões do CFESS (2009), ao construir os parâmetros de atuação dos assistentes sociais nesse campo, estabelecem-se que o assistente social possui de

ângulos particulares de observação e interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o

encaminhamento das ações”(p. 23)(...), ”pois o trabalho coletivo, não dilui as competências e atribuições profissionais, mas ao contrario, exige, maior clareza no trato das mesmas (p.24).

Essa observação é muito importante, uma vez que a maioria das vezes, é repassada a responsabilidade da condição do usuário para ele próprio, criando uma cultura de criminalização da pobreza, sendo a questão social concebida como caso de polícia, como nos tempos conservadores da profissão. Essa concepção traz para a sociedade civil pontuais iniciativas de solidariedade , retirando a responsabilidade do Estado de garantir o atendimento das necessidades sociais, transmitindo a idéia de responsabilidade individual vinculada a valores morais (IAMAMOTO, 2002).

Problematizar o princípio da integralidade na execução do trabalho profissional, é inerente ao e também uma contribuição do trabalho do Serviço Social, à garantia de direitos, e à consolidação do conceito de **cidadania**. Ele aparece de forma significativa, mostrando-se coerente com as prerrogativas do trabalho profissional em consonância com a política de saúde. O discernimento quanto ao significado de cidadania direciona-se à capacidade de exercer os direitos (três respostas), e ter autonomia (três respostas). Quanto à sua materialização no espaço do CAPS, esta está relacionada à capacidade de fazer o que deseja (três respostas), ao conhecimento dos direitos (quatro respostas), e ao compromisso com a intersetorialidade. No conjunto de ações vinculadas ao campo da saúde do assistente social amparado no Código de Ética profissional é mencionado, dentre outros, o dever de “[...] prestar orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações” (CFESS, 2009, p. 22). Nos apontamentos dos sujeitos entrevistados, quanto à concepção de cidadania, percebe-se uma vinculação estreita à política de proteção social, isto é, à materialização desse conceito, apontado por Coutinho (2000), quando o relaciona com o acesso aos bens e serviços, uma vez que os entrevistados disseram que com “olhar específico do Serviço Social (quatro respostas)” e através do “acesso a rede de serviços (quatro respostas)”, se contribui para a consolidação da política de proteção social, “(...) o *compromisso com a*

*intersectorialidade*⁵⁸, de estar articulando com as demais políticas, os demais setores. O CAPS não dá conta de tudo [...](Prof.3).

Na intersectorialidade, os assistente sociais encontram as premissas da efetivação da seguridade social pública “[...] que incorpore outras políticas sociais constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil (CARTA DE MACEIÓ, CFESS. 2000), sendo um dos caminhos defendidos pela categoria profissional, a medida que se encontra no seu Código de Ética - “[...] ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras ”- bem como nos parâmetros de atuação do campo da saúde- “[...] desenvolver ações [...] em equipe e intersectorialmente [...] a favor dos usuários e trabalhadores em saúde, na garantia dos direitos sociais(CFESS, 2009, p.32). A construção de um trabalho numa concepção intersectorial coloca, tanto para os gestores da política, como para profissionais e usuários, um novo paradigma de atendimento, com a possibilidade de articulação de recursos que possam dar continuidade à assistência e que se complementem na superação de práticas individuais e burocráticas, que permearam a trajetória do cuidado em saúde.

A dialética medeia as categorias da realidade. Para tanto, é impossível não relacionar as categorias empíricas, uma vez que não se considera o trabalho profissional como algo fragmentado. Assim, ao se perceberem as contribuições do trabalho profissional à garantia de direitos e cidadania, na concepção da integralidade, visualiza-se a mediação do projeto ético-político profissional, que aponta o compromisso dos assistentes sociais. Quando se analisam as respostas dos entrevistados, percebe-se que a compreensão do **projeto ético político** vincula-se a “[...] ter ética e acionar os direitos sociais(oito respostas): como exemplo têm-se as seguintes falas: “[...] é o grande pilar, a base...sem isso não nos deixem sair da faculdade para atender as pessoas...”(Prof. 3); “[...] é ter compromisso ético, respeito as demandas dos pacientes, na defesa dos direitos deles”(prof. 9). Ao serem questionados sobre a materialização do projeto ético político no serviço, vinculam-no

⁵⁸ Intersectorialidade: “a intersectorialidade transcende ao setor saúde que em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais (...) mas que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão ampla, intersectorial. (...) a intersectorialidade é uma nova lógica (...) buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade”. JUNQUEIRA (1997, pgs.26-27).

à garantia de direitos (três respostas), e não somente numa relação de “dar” acesso, mas também na construção da autonomia do usuário: “[...] quando o sujeito atendido interroga, questiona, quando ele mesmo contribui no seu processo de atendimento”(Prof.3). Ainda, o relacionam à ética profissional(seis repostas): “[...a ética centra todas tuas ações, todo o teu projeto ético político, se ele não fosse a ética, é muito difícil”(Prof. 9). Porém, mesmo que de forma única, aparece um desconhecimento a respeito dele, vinculando-o, equivocadamente, a de política partidária: “[...] bom, daí tu tem que visualizar assim, achando meio termo, porque dependendo da situação política do município...”(Prof. 4)

Ao relacionar o trabalho com a prática profissional, o assistente social reconhece apenas parte de seu processo de trabalho, atribuindo àquilo que executa, a tarefa que exerce, na lógica imediata, *status* de atividade profissional. À medida que ele se posiciona de forma fragmentada frente a seu processo de trabalho, não visualiza as relações sociais que permeiam seu cotidiano profissional, negando as relações sociais mais amplas, compreendendo os “**condicionantes**” da realidade como se estivessem **à parte** de seu trabalho (IAMAMOTO,1998). Nesse sentido, propor a problematização do campo de trabalho requer compreender a dinâmica do trabalho na sociedade como elemento constitutivo do ser social, de uma centralidade na vida dos homens. Assim, a compreensão dessa categoria, para o Serviço Social, leva em consideração uma leitura de realidade que contemple: a análise de conjuntura da reestruturação produtiva, da globalização, do papel do Estado, da conformação de espaços sociais do segundo e terceiro setores, dos elementos institucionais disponíveis, sejam recursos humanos, sejam materiais ou financeiros; da precarização do trabalho, da retração de contratações estáveis; etc. Esse movimento de mediação de seu exercício profissional com a realidade “[...] deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo[...].” (IAMAMOTO, 1998, p.62), pois é nessa relação que o Serviço Social como trabalho, integrado em um processo de trabalho (p. 60) permite a mudança de uma visão isolada da prática como atividade individual, para a apreensão de um conjunto de determinantes da totalidade do mundo do trabalho que interferem diretamente na forma como se imprime aquilo que é entendido para o Serviço Social.

Nesse sentido, articulam-se os seguintes pontos: **limites**, possibilidades, estrutura nas condições de trabalho e **desafios**. Destaca-se que apenas alguns destes serão abordados neste item, uma vez que nem todos constaram nas respostas e não foram abrangidos na problematização das categorias desta tese. Quanto aos **limites**, aparecem a falta de carro e de condições físicas de trabalho- “[..]) *não se tem um ventilador de teto no verão, não dá nem para pensar as vezes*”(Prof. 4), a falta de recursos- “[...] *o CAPS prevê a alimentação para os pacientes, sabemos que tem uma verba, mas não nunca temos acesso. Esses pacientes que têm aqui se mantêm através de doações próprias; a equipe se mobiliza para estar procurando fora*” (Prof. 2), e a falta de conhecimento e do trabalho em equipe.

No que diz respeito aos **desafios**, estes aparecem na **interface do trabalho profissional**, referindo-se à necessidade de articulação intersetorial- “[...] *é realmente articular o trabalho intersetorial, não olhar só para o umbigo*” (Prof. 3)- de lutar junto na formação de parcerias; contrapondo-se à possibilidade de executar um trabalho sozinho- “[..])*muitas vezes, fica um ranço entre as equipes dos serviços, ao invés de lutar junto, de trabalhar em parceria, é o mesmo usuário!* (Prof. 4). A formação de parcerias entre profissionais e redes de proteção social surge como um dos caminhos identificados pelos sujeitos pesquisados, que, inclusive, as particularizam. Assim, demonstram conhecimento sobre a seguridade social como sistema de proteção social, uma vez que compreendem a necessidade de articulação das políticas sociais para garantir proteção social aos cidadãos. Essa proteção possibilita superar-se a herança de políticas individuais, levando à cidadania dos sujeitos. Porém, como contraponto, também há uma disputa dos profissionais de cada política pública, mostrando uma setorialização destas, podendo predominar uma concepção fragmentada da vida, bem como dos direitos dos usuários atendidos.

Outro desafio é a **afirmação da identidade profissional**, o que se refere a ser educador no movimento de superação da lógica manicomial, de ocupar espaços, como demonstra a fala deste profissional: “[...] *deve ocupar teu espaço, se não vai ficar na ladainha que tem que ver porque o paciente veio do São Pedro e a família não quer, porque o paciente não veio.. A gente acaba caindo na ladainha das*

orientações muito primárias, e o Serviço Social é muito mais que isso, eles têm direitos” (Prof. 9). Ao se analisarem essas respostas, visualiza-se uma dimensão que vai além do fazer instituído ao Serviço Social ao longo da sua trajetória no campo da saúde mental- atendimento as emergências sociais, busca de paciente, atendimento específico às famílias, etc. Nesse sentido a fala do profissional mostra uma preocupação na esfera dos direitos sociais e um potencial diferenciado de execução de seu trabalho no atendimento dos usuários. Isso quer dizer, o direcionamento profissional recebe influência de processos de trabalho mediados pela reflexão crítica e fundamentada nas perspectivas teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas. A intencionalidade das ações e os pressupostos ideopolíticos conduzem àquilo que se quer no campo da saúde: a consolidação da política de saúde prescrita na década de 1990. Dessa forma, entende-se ser o trabalho profissional não apenas direcionado à composição de um arsenal de técnicas utilizadas pela profissão (IAMAMOTO, 2001), mas a ações que dizem respeito a desenvolvimento de projetos e programas, participação nos espaços políticos de controle social, atendimentos individuais e coletivos, planejamento, visitas domiciliares e institucionais, articulação da rede e à participação de equipes interdisciplinares. Portanto, a forma como se realiza o trabalho, diz respeito à intencionalidade, àquilo que representa a categoria trabalho, pois,

Esse ato de acionar consciente, que é o trabalho, é uma atividade que tem uma necessária dimensão ética, como atividade direcionada a fins, que tem a ver com valores, com o dever ser, envolvendo uma dimensão de conhecimento e ético-moral (Iamamoto, 2001, p. 61).

Aparecem no **enfrentamento do cotidiano profissional** os seguintes desafios: lidar com questões inesperadas, não virar tarefeiro, não se deixar engolir, enfrentar o preconceito, superar a lógica do assistencialismo e a tendência ao isolamento. Problematizar sobre essas questões, é reconhecer o movimento que assola hoje o cotidiano profissional, das transformações societárias mediadas pelas correntes hegemônicas, que atingem o capital e destroem a possibilidade concreta de efetivação dos direitos sociais. Na atualidade, novas instituições, novos setores, novas habilidades estão sendo solicitadas aos assistentes sociais, especialmente pelas conseqüências da Terceira Revolução Industrial, exigindo um trabalhador(a) polivalente, flexível, com inseguranças contratuais, que trabalhe com as políticas sociais em meio às relações entre Estado, mercado e sociedade civil, seguindo

princípios de solidariedade e voluntarismo, que tangenciam o trabalho profissional. Segundo SIMIONATO (1999, p. 14) o assistente social deve,

[...] conhecer novas formas de produção e reprodução social da força do trabalho, a partir das mudanças que vem ocorrendo na atualidade e que passam a exigir uma revisão das competências profissionais e de seus procedimentos para responder às requisições do mercado de trabalho e a elaboração de proposições qualificadas tanto do ponto de vista teórico-metodológico quanto prático-operativo e ético-político.

Nesse sentido, atender às burocracias instituídas- das práticas assistencialistas, tarefas, do isolamento, das discussões das competências profissionais, bem como das políticas de atendimento à população- é reconhecê-las como estabelecidas na realidade social, uma vez que o conformismo é o que muitas vezes se legitima, criando uma solidez no fatalismo. Assim, os fundamentos da Lei de Regulamentação da Profissão, o Código de Ética Profissional, bem como as legislações que servem de base para a atuação profissional tornam-se quase impossíveis de serem alcançadas, não se reconhecendo os caminho - bem difíceis- para a legitimação da justiça social.

É impossível negar “[...] que vivem-se momentos difíceis” (IAMAMOTO, 1998) de consolidação do projeto ético político profissional e, inclusive, do que vem a ser essa profissão. A própria autora auxilia, reconhecendo os condicionantes institucionais que se apresentam na realidade profissional, destacando a “relativa autonomia”, bem como “os fatalismo e messianismo” propostos pelos assistente sociais, por uma equivocada compreensão teórica. Dessa forma, para tratar desses elementos é necessária a compreensão profunda dos interesses das classes sociais, das condições em que se inscreve o trabalho profissional e das relações entre Estado e sociedade, etc, exigindo a realização de um aprofundamento maduro acerca do significado social da profissão no atendimento das necessidades sociais das classes subalternas.

A pesquisa realizada traz desafios importantes e permanentes no trabalho do assistente social na área da saúde mental. Compreender os princípios do Código de Ética cotejados pelos achados da pesquisa e pelos parâmetros de atuação construídos pela pesquisadora para garantir os direitos dos usuários são os elementos que estão expostos no Quadro 6.

PRINCIPIOS DO CODIGO DE ETICA	O QUE SE TEM	<u>O QUE SE ESPERA</u>
Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes- autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais .	“As pessoas de novo encontrando sua autoestima, encontrando o direito tão comum e falado que é o direito de ir e vir no serviço que ele já não tinha mais condições de vir, porque ele não tinha dinheiro para pagar a passagem. Vejo um tecer não só com o profissional, mas o paciente entre eles” (Prof. 7)	Articular espaços de socialização dos sujeitos onde o município possa garantir acesso às diversas áreas, efetivando a vinculação de espaços livres para a convivência social: cultura, lazer, cotidiano
Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa ao arbítrio e ao autoritarismo.	“O conhecimento da legislação, possibilidades. Para os outros profissionais é um horror, isso fica exclusivamente para o Serviço Social” (Prof. 5)	Apoiar ações que diferenciem a assistência em saúde mental de maustratos (amarrar, sedar), que não propiciam um atendimento digno.
Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas a garantir os direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras.	“[...] as relações sociais do cotidiano [...] entendo o social como viver na sociedade, se movimentar na sociedade.” (Prof. 3)	Consolidação de espaços de atendimento na rede básica de saúde Criar fóruns de debates, a fim de promover uma discussão da saúde mental nos espaços de vida, contrapondo-se a lógica da institucionalização.
Defesa do aprimoramento da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida.	“De participação de fóruns quando teve o dia internacional das mulheres então o serviço social esta puxando, quando tem o dia da saúde mental, então sempre estar a frente dessas, (Prof. 3)	Instituir fóruns de discussão e apoio aos movimentos sociais da saúde mental e da <u>política de saúde</u>

<p>Posicionamento em favor da equidade e da justiça social, que assegurando a universalidade de acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.</p>	<p>“[...] encaminhamento a benefícios, ajudar a compor a rede assistencial, principalmente a rede do distrito de saúde” (Prof. 4)</p>	<p>Ampliação e integração da rede de atendimento das políticas de seguridade social numa concepção de atendimento da integralidade e intersectorialidade.</p>
<p>Empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos, incentivando o respeito a diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças</p>	<p>“É difícil consolidar uma rede para a dependência química(..) o fortalecimento da auto-estima, da autonomia....da construção da identidade(Prof. 2)</p>	<p>Consolidar a rede de atenção básica da saúde como espaço de atendimento da saúde mental, bem como os leitos em hospitais gerais para o atendimento desse público.</p>
<p>Garantia do pluralismo, através do respeito as correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual</p>	<p>“Trabalho em equipe , uma característica da nossa formação, essa articulação na rede de serviços (...) não pensa exclusivamente nos serviços de saúde” (prof. 4)</p>	<p>Possibilitar a construção de uma atuação multi e interdisciplinar com vistas a garantia de uma discussão plural no campo das políticas públicas Criar módulos de capacitação e aprimoramento técnico para os trabalhadores da área da saúde.</p>
<p>Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero.</p>	<p>“Acho que o Serviço Social tem um pezinho na rua e isso e fundamental para o trabalho no CAPS, porque se não a gente vai se encapsular. O que quero dizer é tudo para dentro, se fomos montar uma biblioteca porque não pensar de utilizar a biblioteca municipal. Acho que a gente tem esse transito na rua...” (Prof. 3)</p>	<p>Fortalecer o processo de desinstitucionalização.</p>

Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem os princípios desse código e com a luta geral dos trabalhadores	“Uma dos desafios é a gente se aproximar dos discursos dos colegas e não perder a nossa especificidade...o SUS é fruto de um movimento social com todos os trabalhadores , usuários para ele acontecer” (prof 8)	Fortalecer a participação nos fóruns de discussão das políticas públicas evidenciando as necessidades dos sujeitos da saúde mental consolidando uma debate no campo da saúde, não apenas de especificidade do Serviço Social-movimento endógeno
Compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional	“A gente participa ativamente do conselho de saúde do município”. (Prof. 3)	Participação de fóruns de outras áreas apresentando a produção de conhecimento do Serviço Social. Participação efetiva nos conselhos de direitos na busca da efetivação e qualidade dos serviços.
Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero e etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.		

Quadro produzido pela pesquisadora a partir de Pitta (2001), Labosque (2001), Dias (2002), Fagundes (2001) e Dados empíricos da pesquisa (2008).

Quadro 6: Os Compromissos Profissionais e os Achados da Pesquisa

Ao se analisarem os achados da pesquisa compatibilizados com os princípios do Código de Ética Profissional (apontados pelos assistentes sociais como eixo central do projeto ético-político) e com o que preconiza tanto as reformas Sanitária e Psiquiátrica e o projeto ético-político do Serviço Social, é impossível não perceber o movimento contraditório engendrado no campo da saúde mental. O velho (a “toupeira” de Marx), através de reiteradas práticas individuais, ainda se faz presente no do trabalho realizado. Mas o novo, impondo aos profissionais problematizar o campo de acesso a direitos, aponta que há uma forte disputa ideológica, para a qual as produções acadêmicas devem oferecer elementos que permitam um salto de qualidade, buscando superar a alienação.

Os 10 assistentes sociais que compuseram a amostra na condição de sujeitos desta pesquisa alertam para a necessidade de vigilância, que só pode ser exercida quando o processo dialético se realiza na plenitude, com o conhecimento iluminando a práxis e com a práxis produzindo conhecimento.

5 CONCLUSÃO

Dar início ao processo de “fechamento” de um estudo é uma experiência ímpar. Fechamento não entendido aqui como algo que se acaba, mas como indicação, nesse momento, acerca do objeto, que com certeza, gerará outras tantas indagações sobre esse processo. Foram anos de estudo no Serviço Social de atuação no campo da saúde mental, de interrogações amadurecidas a partir da construção do conhecimento, de “preocupações” sobre a efetivação do trabalho profissional, de aprender como professora, de movimentos difíceis de resistência – greve no trabalho –, e de muitas emoções. Foram anos de vivência intensa de amor no casamento – não como algo instituído, mas de forma muito especial vivida – de formação de grandes amigos e colegas, de ser referência para turmas de alunos do Serviço Social como paraninfa, de aprendizado das relações profissionais, completando 10 anos de formação neste novo ano (2010), de poder supervisionar profissionais no âmbito da saúde mental, num processo de formação em serviço – Residência – e, ainda mais, a experiência primordial da vida, a vida “de dentro”, do filho gerado – o Bernardo. Foram momentos um tanto difíceis, solitários (a não ser por causa da orientadora), de muito trabalho, já que se estuda e trabalha, de construções pessoais e profissionais, mas que, sem dúvida, deixam marcas únicas, em quem as experienciou e transformam sua vida, pois, já dizia “o velho barbudo”, “o homem que transforma o meio se transforma”. Nesse sentido, não é possível fragmentar-se o sujeito que vive os processos de forma concreta, com intensidade, seja das condições objetivas, seja das subjetivas que o compõem. Desse vivido nascem os significados, principalmente no que se refere à consolidação da profissão do Serviço Social em tempos tão adversos. Como diz o poeta Carlos Drummond de Andrade: “Este é tempo de divisas, tempo de gente cortada” (Nosso Tempo, 1983).

Para tanto, pesquisar o Serviço Social é um dos caminhos para se refletir sobre os processos do mundo contemporâneo, para se buscar respostas “[...] àquilo que é dúvida”, para se materializarem as indagações dessa realidade. A pesquisa só se legitimou, no Serviço Social, na década de 1980, com a instauração dos programas de pós-graduação no Brasil, a partir do próprio movimento de reflexão da categoria profissional, quanto ao amadurecimento intelectual de seus membros. Assim, o estabelecimento de um pós-graduação em Serviço Social, fez-se, primeiro,

à medida que se acreditou nessa profissão e, segundo, pelo entendimento de que, através da construção do conhecimento, dessa relação íntima com a realidade social, o Serviço Social é capaz de transformar as necessidades sociais da classe trabalhadora. Assim, a partir desse cotidiano vivido, fundou-se a discussão sobre a saúde mental, desde o período de estágio, na vinculação do trabalho com os moradores de rua, na residência em saúde mental, na Dissertação de Mestrado, discutindo a efetivação da política de saúde mental, e, agora, questionando o trabalho profissional, sabendo que não é uma discussão simples, de pouco suporte bibliográfico temático, mas de grande relevância. Nesse sentido, na tese, foram feitas algumas reflexões a respeito desse momento, abordando o método dialético, no intuito de contribuir para essa temática na produção de conhecimento em Serviço Social.

Entende-se que, a partir do método dialético, tem-se a devida compreensão da realidade, uma vez que, através dele, é possível se reconhecer a história e as contradições presentes na realidade social e, acima de tudo, determinar a competência do trabalho do assistente social, que materializa os valores do projeto ético-político.

A construção dos fundamentos do Serviço Social, mediada pela conformação do Estado, o trabalho do Serviço Social e seus princípios, os valores dos códigos de ética da profissão, a conformação do trabalho do assistente social na saúde e na saúde mental, temas abordados no capítulo 2, possibilitaram reconhecer-se, por década, pela categoria historicidade, a forma como o Serviço Social se mostrava à sociedade, isto é, como respondia às necessidades sociais advindas da relação capital e trabalho. Essa trajetória tem característica conservadora, vinculada, em sua gênese, à Igreja, com fundamentos moralistas, numa perspectiva de adaptação e culpabilização do sujeito, negando as dimensões macrosociais de análise da questão social, matéria-prima do trabalho profissional.

Em consonância a isso, não se pode negar a participação do Estado, com um movimento tardio de democratização no que se refere à consolidação dos direitos sociais para as classes subalternas (YAZBEK, 1994), o que era determinante para significar os trabalhos profissionais dessa categoria, à medida que a ideologia burguesa influenciava o Serviço Social. Entretanto, a forma como o Estado

respondia às demandas sociais vinha ao encontro de suas concepções liberais, as quais não reconheciam a questão social e, quando a reconheciam, oscilavam entre ações de cunho policial e assistencialista, mediando-se pelos paradigmas positivistas de ordem e progresso, presentes na ordem do capital monopolista brasileiro. Os valores profissionais, nesse sentido, estavam vinculados a uma moralidade cristã, já que a adaptação social era o objetivo.

A política de saúde também buscava “[...] recuperar a saúde do indivíduo” com práticas higienistas, voltadas à manutenção de uma saúde física e psíquica que mantivesse os trabalhadores disponíveis para as exigências da fase de desenvolvimento do capital. O serviço social estava ligado a essas práticas para o controle de pestes e epidemias e preocupava-se com o ordenamento familiar. A saúde mental, no início do século passado, era compreendida como caso de polícia, sendo os portadores de distúrbio mental considerados perturbadores, e tratados em locais fechados até que possuíssem “estabilidade” emocional para a convivência com o meio. O Serviço Social, assim, ficava quase exclusivamente vinculado à abordagem de casos, preocupado com o ajustamento do indivíduo, identificando seu projeto profissional sob a óptica da fraternidade universal.

Essa dinâmica da saúde e da saúde mental perdurou por muitos anos no Brasil, com uma postura de atendimento individual, voltada ao tratamento dos casos e a uma idéia de atuação clínica no comportamento do sujeito. Com o passar dos anos, abriu-se a possibilidade de novas metodologias de trabalho para com esses usuários, como, por exemplo, na década de 1950, a terapia psicossocial vinculada ao Serviço Social médico, que previa uma preocupação com o sujeito no sentido de sua relação com o meio, permanecendo a mesma concepção de adaptação e ajuste, e, ainda, uma vinculação da profissão àquilo que não era feito pelos profissionais da área “psi”, com propostas de aliar o atendimento a situações de pobreza a ações assistencialistas.

Até os anos 60 e 70 do século passado, o assistente social era visto como um profissional “apêndice” das outras áreas, sendo reconhecido, numa posição de subalternidade. Foi somente com o Movimento de Reconceituação que o Serviço Social começou a questionar “seu fazer” e o modo como atuava profissionalmente no contexto social. Esse processo foi um importante salto para a categoria, bem

como no que se refere à sua atuação nas políticas de saúde e saúde mental, uma vez que, no final da década de 1970, houve, nessas políticas, um envolvimento da classe trabalhadora. Nesse período, iniciou-se no Brasil um questionamento sobre o conceito de saúde e de saúde mental, com discussões a respeito do papel do Estado e da forma de cuidado dos usuários dessas políticas. Assim, também o Serviço Social problematizou esse campo de atuação, mostrando-se presente, mas não de forma hegemônica, nas discussões da política de saúde como um todo. Mesmo fundamentados nas diferentes concepções teóricas que estavam em disputa -- conservadora, modernizante e com intenção de ruptura --, os valores profissionais exibiram uma preocupação com o sujeito, negando a postura neutra de atuação e com parâmetros de justiça e participação social. Não se pode negar que a questão do fazer profissional aparece de forma tardia no Brasil, uma vez que o viés conservador do Serviço Social tradicional se fazia presente no campo de trabalho. Como se viu no Capítulo dois 2, foi através de um movimento proposto pelas universidades e pelos programas de pós-graduação que se passou a discutir as atribuições da profissão.

Somente nas décadas de 1980 e 1990, a profissão balizou seu conteúdo profissional por valores de democracia, liberdade, cidadania, etc. Estes vinham ao encontro da sua própria problematização teórica, uma vez que a busca da vertente marxiana serviu de base para a compreensão da intervenção na realidade social. Em se tratando das políticas de saúde e saúde mental, surgiram as Reformas Sanitárias e Psiquiátrica, reconhecendo princípios indispensáveis para a atuação nesse campo, principalmente no que se refere ao atendimento dos seus usuários, sendo reconhecidos como sujeitos de direitos.

Ao se analisar esse momento, é possível identificar-se, na contramão, incidindo sobre as premissas de garantia de direitos sociais – produto da década de maior importância no Brasil nesse campo, inclusive pela Constituição de 1988 –, o surgimento do ideário neoliberal no Brasil. Este, vinculado à ordem capitalista liberal, ao movimento de globalização e à modificação das bases tecnológicas, serviu para o sucateamento das políticas sociais, derrubando os direitos conquistados arduamente pela classe trabalhadora, bem como as novas iniciativas ao enfrentamento da questão social. Nesse enfoque, há uma equivocada compreensão

da realidade social, principalmente quando vincula o sujeito à sua condição de vida precária, moralizando as relações sociais, chamando atenção para os conceitos de solidariedade social, com vistas a dar conta das necessidades sociais. Nesse período, houve uma disputa de projeto societário quanto a valores privatistas ou universais, que interferiu inclusive, nas atividades dos assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Porto Alegre.

O trabalho do assistente social tem-se materializado em 10 municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, identificados a partir da análise de dados coletados para a pesquisa empírica. Dos 31 municípios da região, 19 possuem atendimento especializado em saúde mental – CAPS –, os restantes ficam sob os cuidados da atenção básica. A pesquisa teve como objetivo reconhecer como se dá a atuação do assistente social nos CAPS. Assim, compuseram a amostra intencional 10 sujeitos. Os dados apresentados no Capítulo 4, fornecem indicadores de como o trabalho profissional está sendo realizado, dados estes que devem deixar a categoria profissional e os espaços de formação em serviço social atentos, uma vez que direcionam ou poderão direcionar um projeto profissional vinculado ora a premissas do projeto ético político, ora a um projeto conservador-privado.

Ao se analisarem as categorias empíricas da pesquisa, percebe-se que há um movimento dialético explícito no cotidiano profissional, à medida que avança em diferentes sentidos: o “novo”, vinculado a parâmetros atuais da profissão e às reformas, como, por exemplo, quando se refere à consolidação da cidadania; e, de forma mais evidente, o “velho” ligado a práticas conservadoras, reveladas nos termos empregados ao seu objeto, como “sujeito desajustado”, “família desorganizada”.

A categoria trabalho possui uma unidade dialética, a qual “[...] persegue finalidades e orienta-se por conhecimentos e princípios éticos, requisitando suportes materiais e conhecimentos para sua efetivação” (IAMAMOTO, 2009, EAD). Para tanto, não é possível pensar-se a categoria trabalho de forma fragmentada, elegendo algum dos conteúdos de seu conceito de forma privilegiada, uma vez que, para se reconhecer esse conceito, são necessários clareza de finalidade – referência teleológica – conhecimento –, bases teórico-metodológicas –, valores –, princípios

ontológicos do próprio trabalho –, bem como habilidades – necessidades técnico-operativas que se explicitam no trabalho concreto.

Em se tratando do trabalho profissional, a pesquisa demonstrou que há uma preocupação dos profissionais com o que fazem, atribuindo à dimensão técnico-operativa uma valoração maior, mostrando explicitamente o predomínio da ação. Nesse sentido, pode-se dizer que há uma fragmentação do entendimento que reflete a ação – a atuação na prática e o não – trabalho profissional –, apenas reatualizando a noção de prática profissional vinculada a atividade em si, de uma resposta imediata à vida do sujeito.

Ao se analisar a compreensão da questão social como objeto do trabalho do assistente social, aparece nitidamente um discurso moralizador do sujeito. Culpando-o por sua situação, o que é demonstrado nas falas em que o sujeito-problema e sua família são o objeto do trabalho nesse espaço de atuação. Há uma tendência a psicologizar a situação e a querer realizar o trabalho profissional a partir de compreensões terapêuticas, utilizando metodologias clínicas nas abordagens. Há um resgate, nesse sentido, de práticas de caráter terapêutico, aplicadas na metade do século passado e recusadas pelos profissionais pós-ruptura, à medida que, inclusive, a maioria dos entrevistados utiliza conhecimentos da terapia de casal e de família, Psicanálise e grupoterapia para a execução de seu trabalho. O que se percebe é que o conhecimento do Serviço Social torna-se secundário ao ser apontada uma não-necessidade de conhecimento específico dessa área, bem como da de saúde, visualizando-se a procura por especializações para a atuação profissional de forma fragmentada. Desse modo, o assistente social pode cair na armadilha de atender ao sujeito a partir daquilo que esse traz, sem a necessária interlocução com o campo do conhecimento que permite a mediação como movimento dialético essencial para tal. Sem realizar a mediação, que traz a leitura da realidade na sua relação dialética com as necessidades do sujeito, o assistente social acaba por simplificar o trabalho profissional, acessando as políticas de proteção social de forma mecânica, não reconhecendo o movimento da totalidade social e de suas particularidades.

A busca por outras fontes teóricas, principalmente as vinculadas ao “psi”, demonstra uma preocupação com sua identidade de forma “enviesada”, uma vez, que não se reconhece com um saber específico do Serviço Social, indispensável à execução do trabalho profissional dos serviços de saúde mental, direcionando sua atuação de forma “obrigatória” a um conhecimento vinculado ao campo terapêutico. Dessa maneira, os assistentes sociais reforçam a forma fragmentada de atendimento da saúde construída por essa política pública, dando evidência, às questões subjetivas dos sujeitos e deixando de lado os aspectos de sua própria área, que passam “[...] pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde-doença” (CFESS, 2009, p.14) e suas formas de enfrentamento. Fica claro que se aceita o diálogo com as demais disciplinas e uma posição de igualdade perante os outros saberes, à medida que a noção de integralidade permeia o processo de trabalho no campo da saúde. Entende-se que a vinculação do saber específico (núcleo) do Serviço Social não dispensa a necessidade de um saber coletivo (campo), de uma dimensão construída socialmente, de um processo *continuum* de saberes, na superação do Positivismo no atendimento clínico da população. Isso demanda uma democratização dos saberes no campo da saúde e da saúde mental, negando a posição de subalternidade de uma área que não corresponde ao campo “psi”, e de um posicionamento messiânico frente à política de saúde. Para tanto, compreender a categoria **trabalho** facilita os processos ensejados pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, uma vez que se “rompe” com modelos arcaicos de produzir saúde.

Não se pode negar que, no espaço institucional, há uma disputa daquilo que é compreendido como saúde, abrangendo conceitos como cuidado, assistência, integralidade, direito, etc., que também são disputados nos modelos de atenção e cuidado, uma vez que é nesse meio de trabalho que se apresentam as contradições. Nesse sentido, a dinâmica institucional não é isolada de um contexto maior, que é permeado por iniciativas privadas, por um afastamento do Estado, por práticas meritocráticas, dentre outros. Reconhecer esse movimento de análise permite não culpar um determinado profissional ou uma equipe, compreendo que a contradição está presente no cotidiano profissional e que é a partir dela que se podem enxergar os limites e, por eles, construir possibilidades. Assim, decifrar as determinações conjunturais na relação dos espaços mais particulares, como, por exemplo, o da

saúde mental, ultrapassa o campo meramente institucional, que coloca propositalmente, no cotidiano, tarefas alienantes e burocratizadas, que podem “cegar” a categoria no processo de legitimação de um trabalho que se pauta na busca de mecanismos que favoreçam o processo de emancipação da classe trabalhadora.

Para tanto, o momento requer que se capture nos espaços institucionais a concepção de integralidade como um dos caminhos que permitem avançar de uma concepção de processo social para um modelo sanitário que prevê melhorias na sociedade e na sua relação com a vida dos sujeitos, pautando-se na premissa da universalidade. É importante estar atento, no que se refere ao Serviço Social, aos preceitos da identidade reconceituada, que trazem um direcionamento ético-político claro do trabalho profissional -- negando a perspectiva tradicional da profissão --, que remete ao verdadeiro significado social do Serviço Social. Isso corresponde, inclusive, à materialização das premissas do Código de Ética e do conceito de cidadania, já que, por conta da particularidade profissional, é este, que tornará efetivo a intersetorialidade como garantia concreta de acesso aos direitos.

É preciso ter-se claro que veicular os direitos aos usuários da saúde mental não é tarefa exclusiva dos assistentes sociais, pois, à medida que o profissional assume essa responsabilidade para si, pode permitir a fragmentação, novamente, daquilo que é do campo da saúde. Portanto, a tarefa de construir processos de trabalho integrais, onde a intersetorialidade permite compreender a realidade, seus desafios e possibilidades no conjunto dos trabalhadores e usuários faz com que seja necessário o entendimento dos campos profissionais específicos, bem como o conjunto deles pode contribuir para a melhoria do atendimento de suas demandas.

A pesquisa realizada apontou a necessidade de se revisitar o trabalho dos assistentes sociais, problematizando-o com o arsenal teórico-prático construído ao longo das últimas décadas do século passado. Se, efetivamente, o Serviço Social avançou nas propostas construídas pelo movimento de democratização do País, acumulando conhecimentos que o retiraram do campo da subalternidade na área da saúde mental, também é verdadeiro que os influxos do neoliberalismo colocaram algumas armadilhas conceituais, que reatualizam as práticas conservadoras, principalmente na área pesquisada. Assim, é fundamental atentar para as práticas

terapêuticas destituídas de caráter político que vêm sendo ofertadas como alternativa para o trabalho dos profissionais no campo da saúde mental. Os assistentes sociais que participaram da pesquisa desta tese demonstram estar sendo acionados para aplicarem práticas conservadoras no atendimento dos usuários da saúde mental, nos espaços que deveriam ser construtores do “novo” após a Reforma Psiquiátrica: os CAPS. Os dados demonstram a grande contradição desse espaço, elemento fundamental para a retomada dos limites e das possibilidades colocados aos profissionais comprometidos com os usuários da política de saúde mental.

Por fim, a relevância de uma pesquisa só existe à medida que ela se torna pública, isto é, quando seus resultados são socializados para os sujeitos pesquisados, mostrando o compromisso ético, para a comunidade acadêmica e para os profissionais. Nesse sentido, tem-se a clareza de que a presente tese servirá como instrumento para a reflexão dos assistentes sociais, no sentido de qualificar seus processos de trabalho, bem como possibilitará ao Serviço Social avançar no seu olhar sobre a realidade social, mostrando seu comprometimento na direção social do conhecimento. Assim, localizar a pesquisa nesse âmbito da produção do conhecimento é permitir um diálogo na realidade social, na busca de resultados qualificados para a atuação profissional, dividindo os campos, até muitas vezes preteridos, e, principalmente, acolhendo as angústias e tensões desse exercício profissional. Crê-se que a trajetória da pesquisa é intransferível e cheia de sensibilidade, pois “[...] enxerga aquilo que se aprendeu/e olhar” (MARX), nascendo de uma necessidade individual de estudo; mas ela só se torna legítima, quando aponta os elementos políticos desse conteúdo, numa dimensão coletiva do conhecimento.

REFERENCIAS

ABAS - Associação Brasileira de Assistentes Sociais. **Código de Ética dos Assistentes Sociais de 1947**. Aprovado em Assembléia geral da ABAS. Seção de São Paulo, em 29 de setembro de 1947.

ABEPSS. **A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora**. MINAS GERAIS. Diretrizes curriculares do SS 1996?

ABEPSS. **Programa de capacitação continuada para assistentes sociais**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UnB, 1999.

ABESS. **Formação profissional: trajetórias e desafios**. Cadernos Abess n.7, Cortez, São Paulo. 1997.

ABESS. **Projeto de Investigação: a formação profissional do assistente social no Brasil**. Determinantes e Perspectivas. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n.14, ano V, abril 1984. .

ABESS-CEDEPS. **Proposta Básica para o projeto de formação profissional**. IN. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ANO XVIII, n.50, abril.1996.

ABRAMIDES, Maria Beatriz C. **A ANAS e sua relação com o projeto profissional do Serviço Social no Brasil**. Revista Serviço Social e Sociedade. N. 30, São Paulo, Cortez, 1989.

ALMEIDA, et.al.. Proposta básica para o projeto de formação profissional –novos subsídios para o debate. IN ABESS. **Formação profissional: trajetórias e desafios**. Cadernos Abess n.7, Cortez, São Paulo. 1997.

ALVES. D.S.N. (et.al) **Elementos para uma análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil**. In. Conferencia Nacional de Saúde Mental; 2., Brasília. Anais. Ministério da Saúde,1992.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Abrasco.1995.

AMARANTE, Paulo. **Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica.** In. Saúde em Debate. N. 45, CEBES, Paraná, 1994.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BARBOSA. Mário da Costa. **O Serviço Social como Práxis.** In. Revista Serviço Social e Sociedade. Revista quadrimestral de Serviço Social. Ano III.n 6. Setembro de 1981.

BARDIN. C. **Análise de Conteúdo.** Rio de Janeiro. Edições 70.1977.

BARROCO, Lucia. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos.** 2 ed. São Paulo. Cortez, 2003.

BATISTA.P.N. et.al. **Em defesa do interesse nacional:** Desinformação e alienação do patrimônio público. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1994.

BICCA;PATRICIO. **O Hospital psiquiátrico São Pedro e seus Programas de Reabilitação:** Uma Análise na ótica do Serviço Social. In. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre v.3. n.2. Maio/agosto de 1981.

BISNETO, Jose Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental.** In: Revista Serviço Social e Sociedade n.82, ANO XXVI, Cortez, São Paulo, junho de 2005.

BISNETO. Jose Augusto. **O Serviço Social na área da Saúde Mental e a reabilitação psicossocial.** Anais do XI CBAS, CFESS, Fortaleza, 2004.

BONETTI, Dilsea A. (org) **Serviço Social e ética: um convite a uma nova práxis.** 4°ed. São Paulo, Cortez, 2001.

BOTTOMORE. Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Tradução Jorge Zahar Ltda. 1988.

BRAGA, J,C e PAULA, S. G. **Saúde e Previdência, estudos de política social.** São Paulo. CEBES - Hucitec, 1981.

BRASIL. **Comissão Nacional da Reforma Sanitária do Brasil.** Ministério da Saúde, Brasília.1986.

BRASIL. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar Sim, Excluir Não. *Cadernos Textos*, Brasília, [s. ed.], 2001.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde 8080.** [s. l.]: [s. ed.], 199

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 336. Brasília: 2002.

BRASIL.Ministério da Saúde. *Lei da Reforma Psiquiátrica Nacional 10216/2001*. Brasília: Editora, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: Bravo, Maria Inês Souza [et al.]. **Saúde e Serviço Social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, **Política de Saúde no Brasil**. IN.MOTA (org). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional. São Paulo, OPAS, OMS< Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO. M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1996.

BRAVO; MATOS. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a Reforma Psiquiátrica: elementos para o debate. IN: MOTA (et ali)(org). **Serviço Social em Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo. OPAS/OMS/ Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO. Jose Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CBCISS. Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais. **Serviço Social no campo da saúde**. Seleção de textos sobre o serviço social no campo da saúde. Organizado pela Divisão de Serviço Social do Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro- IASERJ. Ano III. N.27., Rio de Janeiro, 1970.

CBCISS. Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais. **SERVIÇO SOCIAL MÉDICO**. Rio de Janeiro. 1982.

CBCISS. Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais. **Serviço Social no campo da saúde**. Seleção de textos sobre o serviço social no campo da saúde. Organizado pela Divisão de Serviço Social do Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro- IASERJ. Ano III. N.27., Rio de Janeiro, 1970.

CFAS. Conselho Federal de Assistentes Sociais. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Aprovado em 30 de janeiro de 1975. Rio de Janeiro.

CFESS. **Carta de Maceió**: Seguridade Social Publica: é possível! Publicada pelo XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS na Cidade de Maceió. Alagoas, 2000.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**- Versão Preliminar. Grupo de trabalho serviço social na saúde. CFESS. Brasília, março de 2009.

CFESS-ABEPSS. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Brasília: Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância- UnB, 2000. (Módulo 3).

CHIORO; SCAFF. Saúde e Cidadania: a implementação do Sistema Único de Saúde. 1996, mimeo.

COHN. Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. 3 ed. São Paulo. Cortez, 2002.

CONH, A. **Saúde no Brasil**: política e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1999.

COSTA. Augusto C.F. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Brasília: NESP/ CEAM, Unb. 2002. Material de Formação de Sanitarista para promotores de Justiça. Site > WWW.mp.pe.gov.br/.../artigo_-_direito_e_saude_mental_-_augusto_cesar_de_farias_costa.doc em 10/2008.

COSTA. Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos Serviço de Saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. In. MOTA, Ana Elisabete et all. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

COSTA. Maria Dalva Horácio da. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. IN. MOTA, Ana Elisabete. **A Nova Fabrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio etti alli. **As Conferencias Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial**. In Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.12-25, maio/agosto.2001.

COUTINHO, C. N. **Contra a Corrente**: Ensaio sobre a democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, B. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

COUTO, B. **As Diretrizes Curriculares e a Política Social**. IN. Revista TEMPORALIS n. 8. O Ensino do Trabalho Profissional: Desafio para a Afirmação das Diretrizes Curriculares e do Projeto Ético-Político. Ano IV, n. 8 julho a dez/2004. ABEPSS. POA/RS

COUTO; PERUZZO. Questão Social e Processo de Trabalho em Serviço Social. In: **Capacitação Profissional em Serviço Social**. CRESS, 10ª região, Porto Alegre.

CRESS. **Coletânea de Leis**. Código de ética dos assistentes sociais de 1993. Porto Alegre: [s.n.], 2000.

CUNHA. M. J. **O espelho do mundo**: o Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

CURY. Carlos Jamil. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 5 ed. São Paulo. Cortez, 1986.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo. Atlas, 1992.

DIAS. Mirian Guterres. **A Reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtornos mental**: uma análise a partir do serviços residências terapêuticas. Morada São Pedro. Tese de doutorado. Faculdade de Serviço Social. PUCRS. Porto Alegre, 2007.

DIAS. Mirian Guterres. **O Trabalho do Assistente Social no Campo da Saúde Mental**. Palestra. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. SECRS. Porto Alegre, 2002.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: BRASIL. Ipea/Iplan. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: [s. n.], 1990.

DRAIBE. S. M. Prefácio. **Renda mínima e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez: 1997.

DRAIBE.S. O redimensionamento das políticas sociais segundo a perspectiva neoliberal. Caderno técnico. Brasília. N.18, 1993

FAGUNDES.S. **Saúde Mental Coletiva**: A Construção no Rio Grande do Sul.Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.FAT/URCAMP. Bagé/ Porto Alegre / RS, 1992.

FALCAO. Julia de Matos. Atuação do Assistente Social. São Paulo. In: CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais. **Serviço Social no campo da saúde**. Seleção de textos sobre o serviço social no campo da saúde. Organizado pela Divisão de Serviço Social do Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro- IASERJ. Ano III. N.27. Rio de Janeiro, 1970.CBSSIS. 1977.

FALEIROS. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1997.

FALEIROS. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2000.

FERRAZ, F. **Andarilhos da Imaginação: um estudo sobre os loucos de rua**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, Sonia. **Equidade e Reforma Sanitária: Brasil**. IN Saúde em Debate. N.43, CEBES, Paraná, 1994b.

GOLDBERG. J. Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA. A. (Org.). **Reabilitação Social no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Guia de Saúde Mental. Porto Alegre: Editora, 2002.

GUERRA. Y.A instrumentalidade e o processo de trabalho do Serviço Social. In **Revista Serviço Social e Sociedade** n. 62. Processo de trabalho e Assistência Social. Ano XXI. São Paulo. Cortez, 2000.

HABERT, N. **A década de 70**. Apogeu e crise da ditadura militar brasileira. 3 ed. São Paulo. Ática, 1996.

HAMILTON.Gordon. **Teoria e Prática do Serviço Social de Casos**. Tradução de Marília Eniz Carneiro. Livraria e Editora Agir. Rio de Janeiro, 1958.

HOBSBAWM. Eric J. **Era dos extremos: o breve século XX : 1914-1991**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

HOPPE. Sílvia Teresinha. **O Humanismo de Karl Marx**. Centro dos Estudantes Universitários de Engenharia da UFRGS. Porto Alegre, 1969.

IAMAMOTO, M. **O trabalho do Assistente Social frente a mudanças do padrão de acumulação e de regulação social**. IN. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Mod. 1, Brasília : Cead, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **Ensino e pesquisa no Serviço Social: Desafios na construção de um projeto de formação profissional**. *Cadernos ABESS*, São Paulo, Cortez, n. 6, 1996.

IAMAMOTO. M. O Serviço Social Clínico e os desafios ético-políticos postos ao Serviço Social. Mesa Redonda. **Revista Em Foco**. CRESS 7 região e Programa de Pós Graduação de Serviço Social da UERJ. Rio de Janeiro. 2004

IAMAMOTO. M. V. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social**. Revista Em Questão. CFESS/ ABEPSS. Brasília, 2002.

IAMAMOTO. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 1998.

IAMAMOTO. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. IN: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO. A questão social no capitalismo.IN: **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS**, Temporalis, Ano II, n. 3, jan-jun 2001.

IAMAMOTO. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo, Cortez, 2007.

IAMAMOTO.M.V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social- ensaios críticos**, 8 ed. São Paulo: Cortez.2003.

IAMAMOTO & CARVALHO. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico=metodológica.** 22 ed. São Paulo. Cortez/ CELATS. 2008.

JACOBINA. Ronaldo. **O Manicômio e os movimentos de reforma na psiquiatria. do alienismo à psiquiatria democrática.** In Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p.90-104, jan-abril, 2000.

JUNQUEIRA. Luciano. **Novas formas de gestão em saúde: descentralização e intersetorialidade.** Revista saúde e sociedade. 6(2): 31-46, Rio de Janeiro, 1997.

KOSIK. K. **Dialética do Concreto.** Tradução de Célia Neves e Alderico Toribio. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1976.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1997.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica Formal, Lógica Dialética.** Tradução Nelson Coutinho. 5. edição. Civilização brasileira. Rio de Janeiro, 1991.

LIMA. Leila. **Serviço Social e Sociedade Brasileira.** São Paulo, Cortez, 1984.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura.** Rio de janeiro: Garamond, 2001.

LUKÁCS, G. A ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

LUZ. M. As conferências nacionais de saúde e as políticas sociais de saúde da década de 80. IN. GUIMARÃES, TAVARES (org). Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará. 1987.

MACEDO. Myrtes Aguiar de. Reconceituação do Serviço Social: formulações diagnósticas. São Paulo: Cortez, 1986.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e análise e interpretação de dados.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI. M.L. **Identidade e Alienação.** Ed. Cortez, São Paulo, 1995.

MARTINELLI, M. L. (Org) **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI. M. L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto ético-político profissional.** IN. Revista Emancipação. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Departamento de Serviço Social , Ponta Grossa, PR:, Editora UEPG. ANO 6. n. 1, 2006.

MARTINELLI.M.L **Metodologias e técnicas do Serviço Social.** Brasília: Sesi-DN, 1996.

MARX, K. **Manuscritos Econômico- Filosóficos**. Trad. Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1975.

Marx, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro primeiro volume I, 12ª ed. Rio de Janeiro, Bertrand, 1989.

MARX,K. **A questão judaica**. Trad. Wladimir Gomide. Rio de Janeiro: Editora Laemmert, 1969.

MARX. K e ENGELS.F. **O Capital**. 13 ed. Livro I. Vol. Rio de Janeiro: Bertrand,1989.

MARX.K & ENGELS,F. **A ideologia alemã (Feuerbach)**. 5 ° ed.. São Paulo: Hucitec,1986.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES, J.M. et.al. **Saúde e Interdisciplinariedade: mundo vasto mundo**. Revista Ciência e Saúde. Porto Alegre,v.1, n.1, p.24-32, jan-jun. 2008.

MENDES.J.V **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, [s. ed.], 1994.

MINAYO. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec,1998.

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL. **Assistência Psiquiátrica na Previdência Social**. Rio de Janeiro, 1975.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre a gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo, Cortez, 2007.

MOTA. A. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento histórico e Tendências recentes**. IN: MOTA(et al) (org). Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006.

MOURÃO et all (org.). A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da faculdade de Serviço Social da Universidade de Juiz de Fora. IN: MOTA (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NETTO, J.P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**, 3.ed. Cortez, São Paulo: 1996

NETTO. J. P. **Notas sobre marxismo e serviço social, suas relações no Brasil e a questão do seu ensino**. Caderno ABESS n.4: Ensino em Serviço Social : pluralismo e formação profissional.Cortez, São Paulo: 1991.

NETTO. J.P Transformações Societárias e o Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade** n.50 - O Serviço Social no Século XXI. ano XVI. São Paulo. Cortez, 1996.

NETTO.J.P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. IN Capacitação em Serviço Social e Política Social. Modulo I - Brasília: Cead /ABEPSS/CFESS.1999

NETTO;BRAZ. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo, Cortez, 2006: Biblioteca Básica do Serviço Social

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O processo de produção dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz /ENSP, 1990.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador. EDUFBA. 2007.

PAULA. João Antonio de. **O marxismo e seus rebatimentos no Serviço Social**. Caderno ABESS n.4: Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional.Cortez, São Paulo: 1991.

PEREIRA. P. Necessidades Humanas: subsídios à crítica aos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo. Anna Blume,1998.

PITTA, Ana. **Reabilitação Social no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 2002.

PRATES, Jane Cruz. **O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social**. Revista Temporalis nº 9. Brasília: ABEPSS, 2006.

PRATES, Jane Cruz. O método Marxiano. IN. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Tese de Doutorado,Porto Alegre,PUCRS,2003.

PRATES, Jane Cruz. Polígrafo didático: Disciplina Teoria do Serviço Social II. Mimeo. Porto Alegre, FSS/PUCRS, 2000.

PRATES, Jane. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana**. In. Revista Textos & Contextos, n. 2, Porto Alegre, 2003.

PUEL, Elisia. **Doença mental**: transpondo as fronteiras hospitalares. In: DIAS, Mirian. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. Porto Alegre: Dacasa, 1997

REIS, Carlos Nelson & PRATES, Jane(org). **Fragmentos de uma metrópole.** Meninos e Meninas em situação de rua. Porto Alegre, EDIPUCRS,1999.

RIBEIRO, Paulo. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação.** Ed. Pedagógica e Universitária. São Paulo: EPU, 1996.

RICHMOND, M. **Diagnostico Social.** Tradução do Dr. José Alberto de Faria. Antigo Diretor Geral de Saúde. Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.LISBOA.1950

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.** Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Legislação em Saúde Mental, Brasília, DF, p. 47, novembro. 2001.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI.F Desinstitucionalização. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, Claudio Gomes da. Serviço Social e Reestruturação produtiva: entre a lógica do mercado e a defesa do projeto ético-político profissional. In Revista Serviço Social e Sociedade n.94 **Exame de proficiência me debate.** São Paulo Cortez, 2008.

SILVA, G. **Como Anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira?** Avaliação, Perspectivas e Prioridades.Conselho Federal de Psicologia- Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000.

SILVA. Maria Ozanira Silva. **Configurações de um projeto profissional: as contribuições do CBCISS para o Serviço Social no Brasil.** CBCISS. Rio de Janeiro, junho 1994b.

SILVA. Maria Ozanira Silva. O Serviço Social na conjuntura brasileira e demandas e respostas. In. **Revista Serviço Social e Sociedade. N.44,** São Paulo, Cortez,1994^a.

SILVA. Theresinha Polesi da. **A ética profissional dos Assistentes Sociais-** os valores que a fundamentam. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUCSP. São Paulo,1992.

SIMIONATO.I. **Fundamentos Históricos e Teórico- Metodológicos do Serviço Social.** In. Revista Temporalis, n.8. O ensino do trabalho profissional: desafio para afirmação das diretrizes curriculares e do projeto ético-político.Ano IV, julho a dezembro de 2004.

SIMIONATO.I. **Serviço Social e Processo de trabalho.** Curso de Formação Profissional em Projeto de Atualização. Módulo I. Florianópolis, SC, 1998.

SIMIONATO.I. **Processo de trabalho e Serviço Social.** Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. *Capacitação em Serviço Social e Política Social.* Brasília: UnB, 1999.

SIMIONATO; NOGUEIRA. Mercosul e Reforma do Estado: impactos sobre o direito a saúde. In: **Revista Katalysis**, n.3, 1998, Florianópolis, UFSC, Santa Catarina, Brasil.

TEIXEIRA & OLIVEIRA(Orgs). **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Cortez,1998.

TEIXEIRA, M. (Org). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Ed. Cortez, 2006.

TELLES,Vera da Silva. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: USP, Curso de Pós-Graduação em Sociologia; Ed. 34, 2001.

TELLES. Vera da Silva. **Questão social: afinal do que se trata? São Paulo em Perspectiva**. Vol.10, n.4, Fundação SEADE, pp.85-95, out-dez.,1996.In.

TRIVINOS. **Introdução à pesquisa nas ciências sociais: a pesquisa qualitativa na educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2003.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

VASCONCELLOS, Ana Maria de. **Prática do Serviço Social: cotidiano, formação, e alternativas para saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VIANNA, Paula Cambraia de. O papel das políticas sociais frente a reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v.29, n. 69, p. 27-35, jan./ abril, 2005.

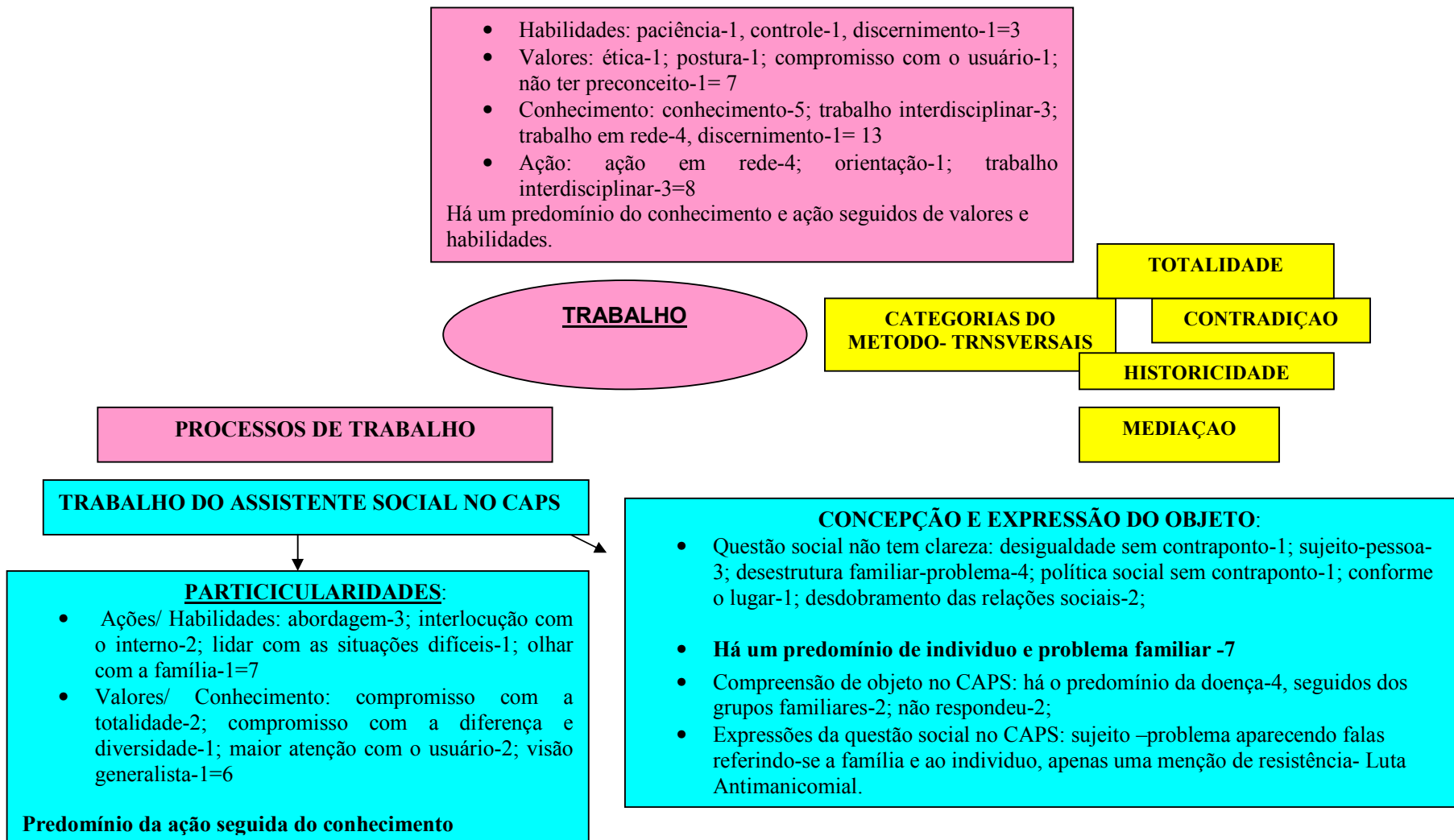
YAZBEK, M.C. **Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social**. *Cadernos ABONG*, s. 1, n. 19, out. 1997.

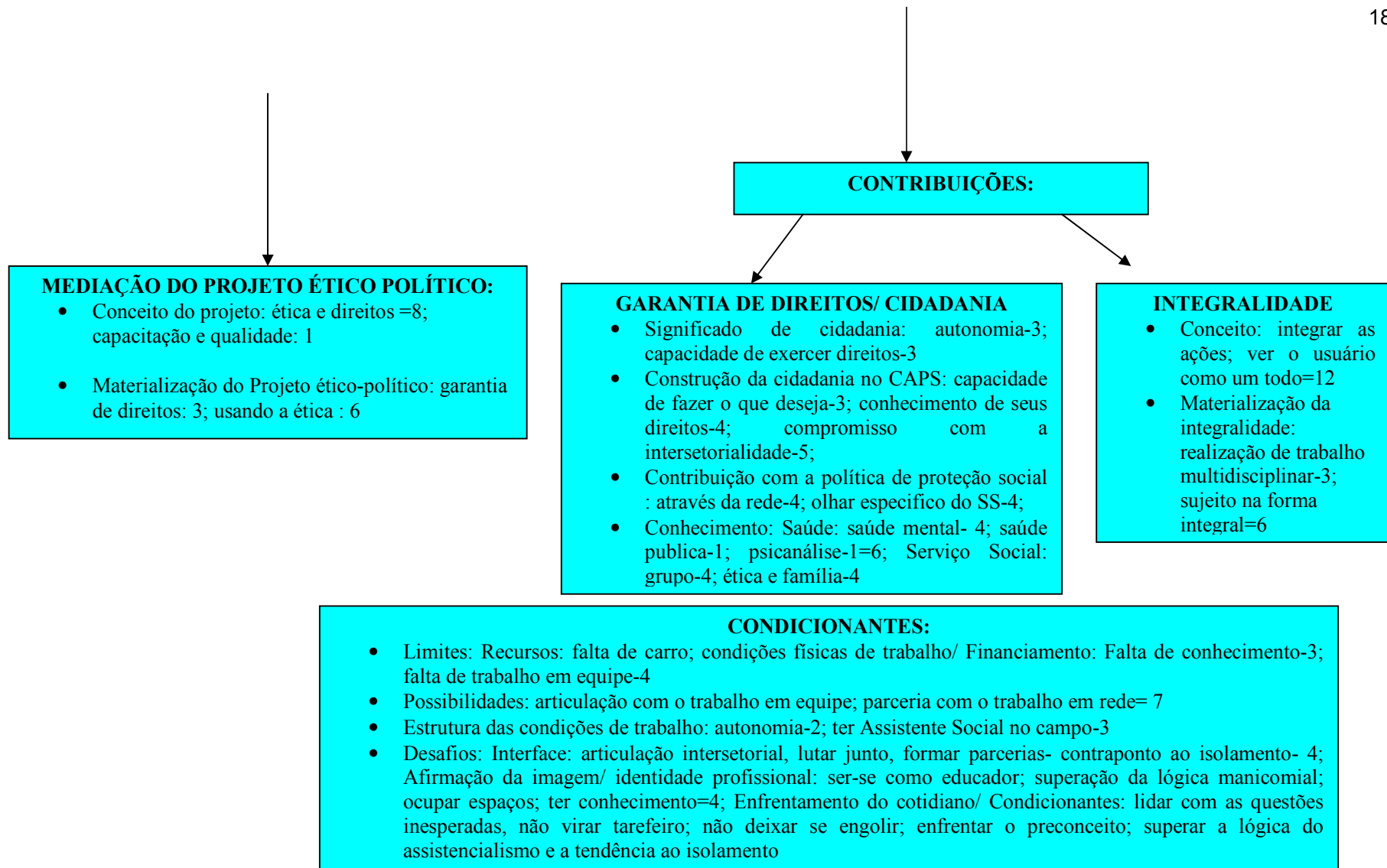
YAZBEK, Maria Carmelita. **Os caminhos para a pesquisa no Serviço Social**. *Temporalis*. Ano. V, n.9 – jan-jun/2005, Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões d questão social no Brasil. **Temporalis**, ano 2, nº 3, Brasília, ABEPSS, Graflina, 2001.

YAZBEK. **O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras**. São Paulo *Perspectiva*. V18.n.2, São Paulo, 2004.

Apêndice A





Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE tem como objetivo geral a partir das categorias como processo de trabalho; questão social, projeto ético-político; analisar o processo de trabalho do Assistente Social dentro do CAPS nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre, a fim de contribuir na consolidação de um trabalho profissional sustentado pelo projeto ético-político da profissão.

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com dados quantitativos e qualitativos com todas as assistentes sociais que atuam nos CAPS- Centro de Atenção Psicossocial.

Este estudo será realizado pela Assistente Social Vanessa Maria Panozzo, doutoranda do programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com a orientação da professora Dra. Berenice Rojas Couto.

Informamos que sua participação neste estudo é facultativa, e se desejar a qualquer momento poderá desautorizar sua participação mesmo após ter autorizado, mediante a assinatura deste termo.

Seu nome não constará na pesquisa, apenas a entidade que representa. Os resultados deste estudo serão devolvidos para as assistentes sociais, bem como a Tese será disponibilizada para as profissionais através dos serviços.

Esclarecemos, ainda, que não lhe serão causados danos físicos, sociais ou psicológicos, não lhe acarretando prejuízo de qualquer natureza. Contatos com a pesquisadora e sua orientadora poderão ser feitos no programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, endereço: Av. Ipiranga, 6651 -prédio 15; telefone: 3320.3546 e ou com o Comitê de Ética da PUCRS, endereço Av. Ipiranga,6690, telefone: 3320.3345.

Agradecemos a sua participação.

Eu _____ consinto em participar voluntariamente desta pesquisa.

Assinatura:

Porto Alegre, ____/____/____.

Anexo B



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 1336/07-CEP

Porto Alegre, 12 de novembro de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado, registro CEP, 07/03794 intitulado: "O processo de trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial da região metropolitana de Porto Alegre".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Dra Berenice Rojas Couto
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone/Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppq/cep



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA

Senhor(a) Pesquisador(a):

É dever do CEP acompanhar e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada, solicitando relatórios aos pesquisadores. De acordo com o item VII.13.d., da Resolução CNS 196/96, tais relatórios deverão ser anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa). Nos trabalhos sobre "Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país" (área temática especial número 03), os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS 251/97, item V.1.c). Portanto, solicitamos a Vossa Senhoria encaminhar ao CEP, relatório de sua pesquisa conforme situação da pesquisa acima discriminada.

Título do Projeto:	
"O processo de trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial da região metropolitana de Porto Alegre"	
Pesquisador: Profa Dra Berenice Rojas Couto	
Aprovação : 12/11/2007	Aprovação CONEP: data:
Relatórios Entregues: 12/04/2008	
Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(s) para:	
Data:	data:
Relatório 1: data:	Relatório 3: data:
Relatório 2: data:	Relatório 4: data:
Tipo de Pesquisa:	SIM NÃO
Residente: <input type="checkbox"/>	Projeto multicêntrico: <input type="checkbox"/> Fase: <input type="checkbox"/>
Doutorado: <input type="checkbox"/>	Nacional: <input type="checkbox"/> Mestrado: <input type="checkbox"/>
	Internacional: <input type="checkbox"/> Trabalho conclusão: <input type="checkbox"/>
1. Situação atual do projeto	
Não iniciado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nº de pessoas pesquisadas:
retirado data:	Pessoas Previstas:
Em execução: <input type="checkbox"/>	Pessoas incluídas:
Data início:	Pessoas em outras Instituições:
Data término:	3. Nº de participantes excluídos:
Interrompido temporariamente data:	4 Eventos adversos graves:
Encerrado data:	No centro: <input type="checkbox"/> em outros centros: <input type="checkbox"/>
5. Recursos financeiros necessários:	
Ainda não disponíveis <input type="checkbox"/>	Já disponíveis <input type="checkbox"/> Insuficientes <input type="checkbox"/>
6. Resultado total (local)	
7. Observações:	
8. Parecer CEP:	

Obs: Confira e atualize os dados acima, referentes ao seu Projeto de Pesquisa, e encaminhe nesta mesma folha para o CEP.

Ass. Pesquisador

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Fone/Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep