

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ALINE EVANISE JORDÃO

**Equipes multiprofissionais em saúde mental: problemas e desafios para o
Serviço Social.**

Florianópolis

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ALINE EVANISE JORDÃO

Equipes multiprofissionais em saúde mental: problemas e desafios para o Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Myriam Raquel Mitjavila

Florianópolis

2014

ALINE EVANISE JORDÃO
**Equipes multiprofissionais em saúde mental: problemas e desafios para o
Serviço Social.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Myriam Raquel Mitjavila
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Dra. Keli Regina Dal Prá
1ª Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Psicóloga. Coordenadora do Núcleo Formação e Trabalho Sônia Sueli Rampellotti
2ª Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis

Florianópolis

Julho/2014

Dedico este trabalho principalmente a
minha Mãe Guerreira que conseguiu
suportar todos os desafios da vida e
seguir em frente e a todos profissionais
que não fogem da luta diária pela garantia
de direitos e emancipação dos sujeitos,
principalmente na Saúde Mental apesar
de todos os percalços.

Agradecimentos

Chegamos ao final de mais um ciclo de vida, durante essa grande experiência acadêmica e pessoal em busca do conhecimento vivi uma mescla de emoções, momentos alegres, divertidos outros mais serenos até tensos todos esses momentos são parte fundamental na construção desse momento.

Esses momentos não teriam sido tão intensos e importantes sem a presença de vocês, que me deram força, compreensão e incentivo durante toda minha trajetória.

Em primeiro lugar agradecer a Deus, que me deu saúde e perseverança em todas as fases da minha vida.

A minha mãe exemplo de mulher, de mãe e de amiga, que sempre esteve ao meu lado tanto nos momentos alegres como nos tristes. O meu pai que mesmo não estando mais fisicamente neste plano espiritual foi meu maior incentivador a trilhar a vida acadêmica. Assim como todos meus familiares.

Agradecer a Andreia e a Mariza que deste a primeira semana de aula nos unimos, principalmente a Mariza que esteve ao meu lado deste o início até esse momento, a Ana, Bianca, Cássia, Nássara e Taiana que com o decorrer do curso nos unimos, não consigo imaginar esses anos sem a presença de vocês. A Fernanda que além de estudarmos juntas no aproximamos muito também no campo de estágio sendo uma grata companhia. A Daise que nesses últimos meses compartilhou o mesmo tema de Trabalho de Conclusão de Curso, as mesmas angústias e aflições. O meu MUITO OBRIGADA, sem a companhia de vocês, sem as conversas, risadas e desabafo esses últimos meses teriam sido muito mais difíceis.

Assim como os outros colegas que fizeram parte dessa construção e não citei seus nomes, mas também foram importantes.

A toda equipe do NUFT, aprendi muito com vocês e em especial com as supervisoras de campo de tive durante esse período Aline, Karine e Carlise.

A professora Myriam por ter aceitado fazer parte da construção desse Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradecer a Professora Keli e Sônia que tão gentilmente aceitaram fazer parte da banca.

A todo o corpo docente da graduação, aprendi muito com vocês, foram verdadeiros mestres.

Muito Obrigada a todos!!!!

“Não sou verdadeiramente livre se estou usurpando a liberdade de alguém, assim como não sou livre quando minha humanidade me é tirada”.

Nelson Mandela

JORDÃO, Aline Evanise. **Equipes multiprofissionais em saúde mental: problemas e desafios para o Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio-Econômico. Departamento de Serviço Social. Curso de Graduação em Serviço Social. 2014/1.

Resumo

O presente trabalho de conclusão de curso trata-se de um trabalho monográfico realizado a partir de uma revisão bibliográfica, que tem por objetivo analisar o papel das equipes multiprofissionais na área da saúde mental, em particular o papel do Serviço Social nesse campo, com essa finalidade, foi realizada uma indagação sócio-histórica das transformações políticas institucionais que participaram na passagem do modelo asilar e hospitalocêntrico que excluía qualquer possibilidade das equipes multiprofissionais na abordagem da loucura e a passagem para outro modelo que começa a existir e inserir as equipes multiprofissionais na saúde mental, principalmente no caso brasileiro no contexto da reforma psiquiátrica em termo de resultados destaca-se a presença das equipes multiprofissionais, propiciada pela rede de serviços substitutivos no contexto da reforma psiquiátrica. Assim como as dificuldades do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, principalmente no modelo biomédico no âmbito das equipes multiprofissionais: a inserção ainda precária dos Assistentes Sociais nas equipes multiprofissionais, bem como seus problemas e desafios no reconhecimento profissional na área da saúde mental. O presente trabalho se alicerça, especificamente nos autores: Amarante (1998, 2011), Bisneto (2007), Peduzzi (1998-2002), Rosen (1980), Vasconcelos (2000), organizou-se em quatro seções. Na primeira seção trata de discutir a trajetória da loucura e o esgotamento do modelo manicomial; segunda seção a trajetória da saúde mental no Brasil; terceira seção tratará especificamente sobre as equipe multiprofissionais dificuldades e desafios e na última seção o Serviço Social é a inserção na saúde mental. E finalizamos com as devidas considerações finais.

Palavras chave: saúde mental, equipe multiprofissional, Serviço Social.

Lista de Siglas e Abreviaturas

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

COI - Centros de Orientação Infantil

COJ - Centros de Orientação Juvenil

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CSM - Centro de Saúde Mental

EUA- Estados Unidos da América

INAMPS - Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

L.B.H. M - Liga Brasileira de Higiene Mental.

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

Lista de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Plano de Saúde Menta 2005-2006----- | 36 |
| Quadro 2: Plano de Saúde 2012-2015----- | 36 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Introdução..... | 13 |
| 1. A atenção à saúde mental: aspectos sócio-históricos do modelo asilar e psiquiátriccêntrico..... | 15 |
| 1.1 A ordem manicomial e a divisão do trabalho assistencial | 15 |
| 1.2 Esgotamento e crise modelo asilar: a emergência das equipes multiprofissionais em saúde mental..... | 20 |
| 2. A Trajetória das políticas de saúde mental no Brasil | 30 |
| 3. Interdisciplinaridade no campo da saúde mental | 38 |
| 3.1 As características da equipe multiprofissional em saúde mental | 38 |
| 3.2 Problemas e desafios do trabalho multiprofissional | 41 |
| 4. Inserção e papel do Serviço Social na área da Saúde Mental no Brasil | 43 |
| 4.1 Trajetórias do Serviço Social no campo da Saúde Mental | 44 |
| 4.2 Serviço Social e interdisciplinaridade em saúde mental: problemas e desafios | 48 |
| Considerações Finais | 54 |
| Referências..... | 57 |

Introdução

O presente trabalho tem como proposta a discussão da saúde mental, mas especificamente o papel do trabalho das equipes multiprofissionais na compreensão dos fatores históricos da saúde mental no Brasil, bem como a inserção do Serviço Social que levaram a constituição desse novo formato de tratamento.

O interesse na elaboração do trabalho de conclusão de curso (TCC), na área de saúde mental surgiu no âmbito acadêmico, mas precisamente nas disciplinas de Psicologia Social I e II que despertaram meu interesse em compreender essa área contraditória e de certa forma estigmatizada pela sociedade. Posteriormente, a realização de uma visita institucional ao CAPS-ad sede Pantanal, ao cursar a disciplina Serviço Social: Instituições e Organizações no qual mostrou o trabalho do Serviço Social e da equipe multiprofissional, determinando por meio dessa experiência de campo o fortalecimento do interesse sobre o tema. Infelizmente não foi possível, embora eu tivesse essa intenção de realizar o estágio nessa área.

A Saúde Mental é construída de condições históricas por meio das quais cada sociedade interpreta o comportamento humano e elabora respostas políticas técnicas para administrá-las.

Parte dessas respostas envolvem a constituição de equipes multiprofissionais para atuar na prevenção e abordagem de diversas problemáticas inerentes ao campo da saúde mental. Portanto, no presente trabalho a questão das equipes multiprofissionais e da inserção do Serviço Social será analisada em função das condições sócio-histórica que estruturaram o papel das diferentes profissões nessa área, em termos gerais o trabalho pretende resgatar a importância do desenvolvimento de um tipo de olhar sobre a saúde mental, que no caso do Serviço Social teve necessariamente diferenças da perspectiva biomédica que predominava no campo da saúde mental, a partir do reconhecimento do caráter do papel do sujeito da saúde mental e do papel dos saberes oriundos das ciências humanas e sociais no embasamento da atuação profissional do Serviço Social.

A estrutura deste trabalho é composta por quatro seções, nelas são apresentados aspectos sócio-históricos das condições que mapearam o trabalho no campo da saúde mental, especificamente serão analisados elementos essenciais da ordem manicomial e sua sustentação teórica e prática hospitalocêntrica. A primeira

seção intitulada: A atenção à saúde mental: aspectos sócio-históricos do modelo asilar e psiquiátriccêntrico, no qual traçaremos uma síntese sobre a trajetória da loucura até o momento histórico que culminou na construção dos manicômios, e a dominação do modelo biomédico centrando o tratamento no exílio dos sujeitos e na figura do saber médico. Assim também como o desgaste do modelo asilar que criou brechas para as reformas na saúde mental.

A segunda seção: A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil, que discute a reforma psiquiátrica no Brasil e seu impacto nos profissionais. Parte da identificação das condições que impulsionaram a emergência de novas categorias no contexto do programa da Liga Brasileira de Higiene Mental, para posteriormente identificar o papel da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica na construção de um novo modelo de saúde mental, cuja implementação passou a defender uma nova concepção de trabalho nessa área envolvendo a compreensão de equipes multiprofissionais.

A Interdisciplinaridade no campo da saúde mental compõe a terceira seção com um discurso sobre o papel e a importância do trabalho das equipes multiprofissionais. O objetivo dessa seção é identificar problemas do trabalho multiprofissional da saúde mental, num contexto na qual predomina o marco de referencial conceitual normativo do saber médico, propostas que essa nova concepção de trabalho está inserida e em contrapartida quais são suas limitações e desafios principalmente na superação do modelo biomédico.

Uma das principais dificuldades relacionava-se à hegemonia médica, que reflete a persistência do poder do profissional médico na condução do modelo assistencial. Porém, há que se considerar a dificuldade de superação de um modelo culturalmente hegemônico que subsiste há mais de dois séculos, estando somente há pouco sendo questionado por uma nova ótica que aposta na relação multiprofissional e interdisciplinar, portanto, não suportando a supremacia de um saber ou de um profissional sobre o(s) outro(s) (ABUAHB et al., 2003, p.10).

A última seção é dedicada a examinar as condições da inserção do Serviço Social na área da saúde mental em que se destaca nessa seção o caráter da inserção dos Assistentes Sociais bem como, o tema do desafio teórico e ético político do Serviço Social no contexto da reforma psiquiátrica que ainda se encontra em aberto.

E por fim as devidas considerações finais e referências.

1. A atenção à saúde mental: aspectos sócio-históricos do modelo asilar e psiquiátricocêntrico.

A loucura nem sempre foi definida como a conhecemos atualmente. Com efeito, a definição da loucura e a sua consideração como doença no âmbito da saúde mental vêm sofrendo alterações ao longo da história, tendo como principais agentes de mudanças fatores sociais e históricos de longa duração.

È preciso apontar que essa historicidade das formas de conceber e tratar a loucura afetou os dispositivos assistenciais e os tipos de agentes responsáveis pela identificação e tratamento da loucura e, de maneira geral, de todos aqueles comportamentos categorizados em termos de saúde mental.

Nesse sentido, poder-se-ia afirmar que os discursos e as práticas que atualmente preconizam a importância de contar com a intervenção de equipes multiprofissionais na atenção à saúde mental, decorrem de processos sócio-históricos caracterizados pela estendida vigência, a partir do século XIX, de um tipo de modelo assistencial que teve seu epicentro no manicômio e na medicina psiquiátrica enquanto espaços de saber e de poder profissional.

Por tal motivo, apresentaremos, a seguir, elementos-chave das trajetórias dos modelos assistenciais que, tanto em nível nacional como internacional, estabeleceram as bases políticas e técnicas da constituição e atuação das equipes multiprofissionais em saúde mental.

1.1 A ordem manicomial e a divisão do trabalho assistencial

Antes de adentra na compreensão da loucura precisamos diferenciar dois conceitos chaves, amplamente usados na medicina para diagnosticar doenças mentais: o normal e o patológico.

Canguilhem (1966), em seu livro *O Normal e o Patológico*, define ambos os conceitos a partir da noção de norma. Etimologicamente, a palavra norma designa tanto o que é mais usual ou frequente como o que é considerado adequado ou ideal em função de parâmetros morais.

A origem grega desse termo remete à ideia de normalidade baseada no critério de frequência estatística:

Anomalia vem do grego *anomalía*, que significa desigualdade, aspereza; *omalos* designa, em grego, o que é uniforme, regular, liso de modo que anomalia é, etimologicamente, *anomalos*, o que é desigual, rugoso, irregular, no sentido que se dá a essas palavras, ao falar de um terreno (Ganguilhem, 1966, p. 51, grifos do autor).

Já o significado que provém do latim define a norma como um parâmetro de caráter valorativo ou axiológico (CANGUILHEM, 1966). Com efeito, a expressão *nomos* significa “lei”; trata-se de um termo apreciativo e, portanto, normativo. Na percepção da loucura, como de outras condições, a normalidade estatística assume o caráter de um ideal a ser alcançado, ou seja, de um padrão para julgar os comportamentos individuais.

Então o que não é enquadrado como norma é caracterizado como patológico. Essa classificação é fruto de cada sociedade e de cada cultura.

As pessoas em uma dada comunidade ou grupo social tendem a avaliar o comportamento daqueles com quem entram em contato e interagem no cotidiano a partir de alguma concepção do normal baseada em critérios culturais (Rosen, 1980, p. 51).

Devido a isso, alguns autores como Rosen (1980) defendem a ideia de que a loucura – e de modo geral, qualquer doença - é uma construção social. Essa construção é fruto de fatores sócio-históricos e culturais, os quais participam na determinação objetiva das condições de saúde da população, bem como na maneira de concebê-las, ou não, como doenças e, ainda, na organização das respostas da sociedade para tratá-las.

Assim, em função da própria historicidade da noção de normalidade/anormalidade, o que em determinado contexto é considerado um comportamento ou condição normal, em outro pode ser definido como doença.

Rosen expõe esse caráter social da saúde e da doença nos seguintes termos:

Se a doença surge e afeta as condições ou relações sociais em que o ser humano vive então ela é um fenômeno social que deve ser estudado enquanto tal e enquanto fenômeno só complementemente inteligível em um contexto bio-social (ROSEN, 1980, p.51).

A trajetória das formas de conceber e tratar a loucura nas sociedades modernas exhibe sua natureza profundamente social. Como observara Foucault

(1972) em sua obra *História da loucura na Idade Clássica*, o advento da modernidade significou a passagem da consideração da loucura como uma experiência de caráter místico para uma conotação essencialmente moral. Até então, o confinamento dos loucos não fazia parte das respostas da cultura e da sociedade a certos tipos de comportamentos que a partir de certo momento começaram a ser patologizados e, portanto, a se converterem em alvo de práticas de punição e de contenção.

As primeiras casas de internação eram majoritariamente de caráter religioso e mantidas pelos governos. As internações aconteciam por imposição das famílias ou da justiça. Dessa forma, todos aqueles que se encontravam “impossibilitados de trabalhar”, eram isolados do convívio com a família e da sociedade nos hospícios para que se “curassem”.

Em momentos de crise esses ditos “loucos” tinham uma função bem específica no processo de trabalho.

Mas fora dos períodos de crise, o internamento adquire outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. [...] A alternativa é clara: mão de obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (Foucault, 1972, p. 77) .

Sendo empregado o poder da coerção, por meio do uso da violência física nas casas de internação, a hierarquia se faz presente de forma absoluta:

[...] a *hierarquia*, marca da subordinação inferior-superior nos dois vértices; a *ordem*, fixação do lugar das normas e dos agentes da instituição no conjunto hierárquico, fixação acompanhada de controle sobre o deslocamento dos pólos institucionais; a *disciplina*, entendida como prática de obediência à hierarquia das relações sociais instituídas (LUZ, 1986, p. 36, grifos da autora).

Progressivamente haverá uma substituição da hierarquia religiosa pelo poder médico: a medicalização da loucura será o resultado de um conjunto de fatores entre os quais cabe destacar a influência do positivismo iluminista e a emergência de um novo tipo de olhar e de práticas que posicionam a vida e a saúde humana, como objetos privilegiados da política: trata-se do que Michel Foucault (1977) definirá como biopolítica.

Será no espaço do hospício onde se firmará o elemento-chave ou matricial do que a partir do século XX definirá as equipes multiprofissionais em saúde mental.

Esse elemento fundamental é o saber e o poder exercidos pela medicina psiquiátrica. A institucionalização desse saber foi o resultado de duas conquistas corporativas relevantes da medicina na segunda metade do século XIX: o monopólio do saber sobre a loucura (e, portanto, sobre o que é ser normal e quem é normal ou anormal) e a criação e controle do espaço especialmente criado para tratar da loucura, isto é, do manicômio.

Esse mandato institucional que a psiquiatria obtém da sociedade e do Estado para assumir o tratamento da loucura, foi possível a partir do momento em que emergiu a necessidade de contar com algum tipo de agente especializado para fazê-lo. De acordo com Szasz (1994),

A história da hospitalização mental, como nós a conhecemos, começou na Inglaterra do século XVII, onde e quando, pela primeira vez na história, o cuidado de loucos era sistematicamente delegado a pessoas externas à família. (Szasz, 1994, p.169).

No século XVII, explodia e expandiram-se as instalações de confinamento (os hospícios). Na ótica Szasz (1994), nascia dessa forma, um novo modo de obter lucro, agora com “o negócio da loucura”, diretamente ligado a interesses de cunho privado, tanto dos familiares como dos proprietários dos hospícios.

Essa primeira forma de tratamento da loucura por meio do confinamento também envolvia a destituição de direitos dos indivíduos. De acordo com Szasz (1994), essa privação de liberdade “forma a base da estratégia legal-psicológica de tratar o demente como se fosse (semelhante) à criança.” (SZASZ, 1994, p.169). Desta forma, esses indivíduos passaram a ser considerados mentalmente e socialmente incapazes precisando, portanto, da tutela de instituições e agentes que assumirão o controle de suas vidas.

Essas plataformas do tratamento da loucura já evidenciavam o caráter profundamente moral que a psiquiatria viria a conservar até os nossos dias e que, enquanto tal, também continuará a exercer influência nas práticas assistenciais das equipes multiprofissionais em saúde mental. Assim, o hospício apresentava-se como um recurso para administrar a pobreza urbana. Como aponta Szasz (1994), no caso das famílias que não eram consideradas aptas ou dispostas a “cumprir” com a responsabilidade do cuidado dos seus entes queridos, e dos demais considerados indigentes (mendigos), correspondia ao Estado, tendo em vista que “[...] para se

prender a plebe em "hospitais gerais" não era necessário o pretexto de insanidade como doença" (SZASZ, 1994, p. 169). Nascia, dessa forma, um sistema duplo de proteção: proteção dos indivíduos socialmente fragilizados e proteção da sociedade perante os comportamentos considerados ameaçadores ou perigosos de determinados sujeitos.

Essa função de salvaguarda moral da sociedade atribuída à psiquiatria já estava bem estabelecida no pensamento e na obra de Pinel:

Pinel e seu discípulo Esquirol defendiam a orientação da função do hospital psiquiátrico com ênfase na disciplina, na vigilância aos internos e no tratamento moral. O louco tinha que ser afastado da comunidade tanto para protegê-lo dos aspectos sociais que contribuíam para seu surto (alcooolismo, fanatismo religioso, conflitos familiares, miséria, competitividade, entre outros), quanto para proteger a sociedade das suas atitudes" (AZEVEDO, 2009, p. 9).

Esse tipo de função da psiquiatria e do hospital psiquiátrico esteve associada aos processos mais amplos de medicalização da vida social, processos que, como será analisado mais adiante, perpetuaram até o presente momento, a supremacia de uma visão totalmente biomédica da loucura e da saúde mental.

De acordo com Aguiar (2004), é Irving Zola quem desenvolve em 1972 o conceito de medicalização, designando a expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, se ocupando então de problemas de ordem espiritual, moral e legal, assumindo progressivamente a função de regulação social antes exercida pela Igreja e pela lei. Nesse processo, os problemas cotidianos passam a ser definidos como assuntos de saúde e doença, discutidos em termos médicos e tratados com fármacos, refletindo uma nova forma de controle social com pretensão normalizadora (BARONI, D; VARGAS, R; CAPONI, S., 2010, p. 72).

A medicalização apoia-se em critérios de normalidade segundo as estruturas sociais e culturais e o papel da ciência médica, mas especificamente, da medicina psiquiátrica, como componente da consolidação da cultura da loucura como doença na sociedade. Com essa necessidade de controle sob o indivíduo, transforma-se em instrumento de dominação.

A medicalização e psiquiatrização freqüentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e político (BRASIL, 1988, p.21).

Na próxima seção iremos debater sobre a loucura na óptica da medicalização da vida social.

1.2 Esgotamento e crise modelo asilar: a emergência das equipes multiprofissionais em saúde mental

Reatualizando um olhar histórico-crítico, as mudanças começaram principalmente no período caracterizado pelo caráter técnico do Iluminismo, em que se tem uma maior preocupação com a razão, em consequência disso a doença mental passa a ser tratada com critérios médicos.

Século XIX se levantava a crítica e questionamento às condições de confinamento das pessoas nos manicômios, que era a forma única de tratamento.

Deste de suas origens os hospícios podem conter conceitos característicos de instituições totais, Goffmann (2008), lhe atribuem a esses termos a instituições que apresentam certas características. As instituições totais caracterizam-se desde sua arquitetura (isolamento, muros altos), assim também como uma rígida disciplina, perda da identidade e do individualismo em que todos formam um único padrão e também se faz presente a hierarquização vertical do sistema de funcionamento. Como o mesmo autor salienta em instituições totais, existem dois grupos definidos, um pequeno sendo o grupo dominador e, em contra partida um grupo majoritário os dominados, esse último grupo é constituído pelos internos. Outro ponto é a comunicação apontada por Goffmann (2008) uma restrição entre os dirigentes e os internos, sobretudo quando se trata de informações importantes para os internos, que não são transmitidas.

No entanto, as principais mudanças e questionamentos ao modelo asilar teriam surgido, de acordo com Amarante, no período pós-guerra no século XX.

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de 'reformas psiquiátrica' (AMARANTE, 2011, pg 40).

Temos que levar em conta que a população de soldados pós-guerra, se caracteriza em um contingente elevado de soldados, que em sua maioria encontravam-se sofrendo de doenças físicas e psíquicas, devido suas experiências na guerra. Como contextualiza Vasconcelos (2010) em momentos históricos de guerra existe uma solidariedade nacional e uma atuação com investimentos na reabilitação dos soldados. Sendo assim, diante desse número de homens em idade de trabalhar, e não estão o fazendo, a sociedade e principalmente o mercado (capitalismo), começam a olhar as instituições psiquiátricas de outro modo, com isso as reformas surgem, passando a olhar esses espaços como espaço de reabilitação, resocialização sendo um fator muito importante para o sistema econômico à recuperação da mão de obra invalida pós-guerra.

Por isso a necessidade de se modificar esses espaços ali já existentes, objetivo passa a não ser somente á internação como também a reabilitação para a sociedade (trabalho). E por outro lado, levou a problematizar a própria condição humana desses espaços, de certo ponto a solidariedade humana se sensibiliza com as crueldades existentes nesses locais.

Nesse viés temos experiências e influências nas reformas que foram divididas em “dois grupos, mais um¹”, utilizado por Amarante (1998).

O primeiro compreende a Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, basicamente com ambas reconhecendo o fracasso da forma de gestão do hospital, visando como solução mudanças dentro da própria organização da instituição. O segundo grupo é constituída pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva. Ambas defendiam que o sistema hospitalar estava falho, e promoviam reformulação de suas estruturas e seus serviços. Já terceira ou também chamada de “outra” estaria constituída pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, ambas se caracterizavam, não apenas por que contestavam a parte estrutural do modelo manicomial entre outras, mas também contestavam o modelo propriamente dito científico da psiquiatria.

Vamos esmiuçar um pouco mais cada uma delas, e perceber como algumas propostas ainda são utilizadas atualmente, do ponto de vista dos objetivos do

¹ O autor Amarante utiliza o termo “mais uma” ou “outro”, para referenciar os movimentos de reforma da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática. Pois como ele salienta, “preferi não denominá-lo ‘reformas psiquiátricas’, pois não seria correto fazê-lo, como observei anteriormente. Na verdade, não seriam experiências de ‘reforma’ no sentido estrito do termo na medida em que deram início a processos de rompimentos com o paradigma psiquiátrico tradicional”. (AMARANTE, 1998,p.51).

presente trabalho. E os impactos que elas tiveram para a criação de equipes multiprofissionais.

- **Comunidade Terapêutica**

Segundo AMARANTE (2011), o surgimento das comunidades terapêuticas respondiam propósitos de promover mudanças no interior do hospital psiquiátrico, baseada na administração mais participava, coletiva e democrática, dos diferentes elementos que o compõe: internos e profissionais proporcionando uma transformação da instituição, o que se proponha, como já mencionado anteriormente, a sociedade passa a se solidarizar, com as condições de “cuidado” nos hospitais psiquiátricos buscando uma horizontalização no âmbito dos hospitais e dos papéis sociais dentro desses espaços, com isso a democratização da relação paciente e o médico.

Além da procura de uma flexibilização da hierarquia a comunidade terapêutica institucional, propunha novos papéis no que diz respeito às profissões que deveriam fazer parte do tratamento.

Assim, por exemplo, a introdução da terapia ocupacional no âmbito das comunidades terapêuticas, renovando a antiga ideia de que o trabalho é terapêutico, vai introduzir o terapeuta ocupacional, como profissional que vai ocupar este espaço que antes ocupava só a medicina e a enfermagem.

Por outro lado ao promover o trabalho grupal, para tomadas de decisões no âmbito do hospital, fundamentalmente por meio de assembléias diárias, novos saberes profissionais são convocados para o trabalho com grupo, principalmente psicólogos e em menor medida os assistentes sociais, trata-se de um arranjo assistencial que promove o trabalho em equipe.

Aborda a nova forma de trabalho baseado no tratamento e enfoque em grupos, não, mas no tratamento individual como vinha ocorrendo. Passa-se a integrar na função terapêutica, desde os técnicos até os internos e seus familiares, realizando reuniões e assembléias diárias, contando com todos os participantes no processo, a proposta “terapêutica ativa”, ou terapia ocupacional, fundado por Hermann Simon na década de 20, na França, trazendo novamente a noção de que o trabalho seria a forma inserção na sociedade (AMARANTE, 2011).

Nesse processo, o acúmulo de experiências e a vivências em grupo se torna um processo muito mais enriquecedor. Na medida em que se tem uma comunicação e trocas de conhecimentos com diferentes sujeitos.

Uma comunidade se coloca enquanto terapêutica, porque é entendida por conter princípios que levam as atitudes comuns, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição (AMARANTE,2011) fato que deste o surgimento dos hospitais psiquiátricos não vinha acontecendo, acarretando em um tratamento em que a democracia é inexistente e a segregação tão linear e visível do modelo interno/médico.

- **Psicoterapia Institucional**

Foi utilizada em 1952 o termo que resgate as experiências na França por Daumezon e Koechlin. A psicoterapia institucional constrói-se, a partir da observação de que os hospitais psiquiátricos acabaram desviando-se da função da cura, ainda mais que eles produzem doença.

No decorrer da sua prática, acabaram sofrendo mau uso e desvios na sua finalidade que é a “cura”. Proponham através dessa terapia, ou melhor, tinha-se a ilusão de que a cura mental podia ser alcançada e o convívio em sociedade restaurado. Esse modelo se propagou principalmente nos hospitais franceses, embora tenha nascido na Inglaterra, contendo participação coletiva como novas possibilidades.

A psicoterapia institucional possuiu dois elementos importantes: o caráter patogênico do próprio dispositivo terapêutico do hospital que cria mais loucura e uma crítica à medicalização coletiva em apenas entender a loucura pelo olhar da medicina psiquiátrica.

Como contrapartida propõe a essa visão médica hegemônica a escuta polifônica:

Desde as propostas mais interessantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital (AMARANTE, 2011, p. 44).

O caráter polifônico no primeiro momento envolve vários aspectos, como em que os próprios agentes incorporassem saberes de outras disciplinas, incluindo a voz dos próprios internos e incluindo outros olhares não médicos, como por

exemplo, a loucura vista pela arte, ou seja, um tipo de tentativa da corrente do pensamento em desmedicalizar e abrir espaço para outros olhares de outras profissões (AMARANTE, 2011).

- **Psiquiatria de Setor**

É uma corrente de pensamento criada na França, passando a ser mais influente no início da década de 1960, como um modelo assistencial que vai além da internação e que vai estabelecer ligação dos hospitais psiquiátricos com os serviços ambulatoriais (AMARANTE, 2011).

A Psiquiatria de Setor pode ser definida como

[...] um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a ideia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento (FLEMING,1976, apud AMARANTE, 2011, p. 34.)

Acabou se caracterizando como um movimento que trouxe um grande diferencial que essa corrente desenvolveu, consiste na criação de um dispositivo que conserva sua vigência até hoje: os Centros de Saúde Mental (CSM), organizado a partir de setores. De acordo com Amarante (1998) pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica em que falava em regionalização.

Essa setorização acontecia dentro dos hospitais psiquiátricos e se estendia também a situação de alta, quando os pacientes atendidos eram encaminhados para os CSM, ou vice-versa. Dessa forma, o próprio processo de setorialização gerou condições objetivas que promoveram a criação e consolidação das equipes multiprofissionais, gerando a consolidação das equipes multiprofissionais nos hospitais e nos CSM e a existência de interações sistemáticas entre essas equipes.

Mas, a mais importante destas possibilidades estava em uma outra inovação: o acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Em primeiro lugar, deve-se destacar a ideia do trabalho em equipe, que representou um marco de avanço até os dias atuais (AMARANTE,1998, p.46).

Com essa experiência o tratamento deixou de ser competência exclusiva do médico psiquiatra, para se tornar uma responsabilidade da equipe multiprofissional (ainda não por equipes interdisciplinares), mesmo que a equipe ainda permanece subordinada ao poder médico.

Na psiquiatria de setor as equipes eram compostas por médicos psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, a mesma base profissional que hoje pode ser encontrada no Brasil nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como veremos adiante.

Nessa mesma direção, a Psiquiatria de Setor desenvolveu um modelo de trabalho em rede num sentido que vai além da rede de serviços, não se restringindo as representações espaciais e geográficas, mas principalmente por rede de relações sociais (Azevedo, 2009), por isso era tão importante o tratamento e acompanhamento se basear na regionalização dos serviços, pois atuando em regiões menores a chance das relações sociais serem as mesmas é mais elevada.

- **Psiquiatria Preventiva (Saúde Mental Comunitária)**

Tendo Gerald Caplan como um dos seus principais fundadores. Em 1955 nos Estados Unidos da América (EUA), um acontecimento criou condições favoráveis para o desenvolvimento dessa forma de abordagem dos problemas de saúde mental. Tratava-se da divulgação de um censo que denunciava as péssimas condições do atendimento dos doentes mentais e, decorrentemente a necessidade que fossem tomadas medidas reparadoras urgentes (Amarante, 2011). Esse evento do censo teve grande repercussão, ao suscitar na reorientação da política de saúde mental nos EUA, por meio da promoção, prevenção e do tratamento extra-hospitalar no âmbito comunitário. Existem pesquisas² que apontam que nesse período os EUA projetaram esse modelo de preventivismo sanitário em alguns países da América latina na construção do CSM.

Esse movimento foi impulsionado por uma conjuntura histórica vivenciada no país, baseada em conflitos sociais em consequências do pós-guerra do Vietnã, uma crescente aproximação da juventude da época com as drogas, gangs entre outras manifestações Amarante (1998).

² Artigo O preventivismo sanitário e a institucionalização do Serviço Social no Uruguai neobatllista: uma indagação genealógica. Ortega, Elizabeth; Mitjvila, Myriam, 2005. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6966/6433>

A Psiquiatria Preventiva, respondia a lógica em que as doenças mentais poderiam ser prevenidas precocemente, evitando problemas futuros, procuravam-se sinais antes que o “problema” se constitui-se como tal podendo interferir na sociedade e espalhar pelo país;

A “busca de suspeitos”, expressão utilizada pelo próprio Caplan, foi uma estratégia muito importante no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente. [...] [...] Criou-se uma verdadeira caça a todo tipo de suspeitos de desordens mentais (AMARANTE, 1998, p. 48).

Agora já não é mais só o médico, que pode identificar e tratar dos considerados desvios, mais também a outros profissionais a ele subordinado, contribuíram com esse tipo de política ainda com uma concepção medicalizada da saúde mental.

Permanece nos moldes de uma orientação comandada pelo critério da anormalidade, utilizando concepções de que o que se diferencia da regra imposta pela sociedade tem que ser “caçado” e tratado. É uma busca por um único padrão, o que se distancia da realidade concreta.

A prevenção proposta por esse movimento deveria ser dividido em três níveis.

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (BIRMAN; COSTA, 1998, apud AMARANTE, 2011, p. 49).

Para Amarante (2011) além da prevenção, outro elemento fundamental da psiquiatria preventiva é a intervenção da crise, através de uma perspectiva mesmo reducionista que períodos anteriores, porque as crises passam a ser percebidas para além do aspecto médico. Tanto as crises evolutivas como as crises acidentais começam a serem reconhecidas como processos o mesmo tempo físico, sociais e emocionais. O que abre as portas para intervenção de profissionais não médicos também na abordagem das crises, como por exemplo, os psicólogos.

Um dos principais conceitos surgidos nesse movimento é da desinstitucionalização.

Por 'desinstitucionalização' entedia-se um conjunto de medidas de 'desospitalização', isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares (AMARANTE, 2011, p. 50).

Com a desospitalização surge uma rede de substituição dos hospitais para a criação de centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia entre outros. A psiquiatria preventiva além de desenvolver ações de prevenção, acabou por aumentar a demanda de atendimentos, também culminou a partir dos atendimentos nas comunidades uma maior psiquiatrização dos comportamentos e de condições inerente à condição humana, com um maior volume de encaminhando para a internação nos hospitais psiquiátricos. Como define Amarante (1998, p. 51) "Para alguns autores, a Psiquiatria preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais".

- **Antipsiquiatria**

Surgiu na Inglaterra em início de 1960. Após os psiquiatras David Cooper e Ronald Laing, terem implementado a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional nos hospitais psiquiátricos em que trabalhavam, perceberam que essas experiências não geravam o resultado esperado dentro da lógica de uma reforma psiquiátrica. Na verdade, a Antipsiquiatria surge um novo projeto de comunidade terapêutica, um espaço para questionamentos do saber psiquiátrico, buscando-se romper o modelo de assistência médica do período (Schutel, 2012).

Para Amarante (1998), essa corrente do pensamento considerava a internação como violação de direitos, sendo que os hospitais psiquiátricos representariam a forma de violação que seria apenas um reflexo da sociedade.

A principal crítica formulada pela Antipsiquiatria aponta para um modelo teórico-conceitual utilizado pela psiquiatria, baseado em pressupostos mais próximos as ciências naturais do que das ciências humanas, ou em outras palavras que há saúde mental não pode ser entendida e tratada somente por meio do conhecimento biomédico, Amarante (2011).

Meyer (1975) sintetiza as principais características da Antipsiquiatria enquanto movimento nos seguintes termos:

[...] movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, (...) veiculando um ideário ricamente polêmico. (...) A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja

medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula (MEYER, 1975, apud AMARANTE, 1998, p.42).

Acreditava-se, que a doença mental devia ser entendida como resultado das experiências do sujeito em matéria das relações sociais, ou seja, em sua construção histórica como sujeito e não como vinha sendo tratado nas ciências naturais ou apenas biológico.

A Antipsiquiatria trás a proposta de destituição como um elemento ao mesmo tempo teórico e político, num sentido que vai além da mera desospitalização.

A Antipsiquiatria trouxe uma enorme contribuição, para descentrar a questão da loucura e da saúde mental do olhar médico e para questionar o papel do conhecimento científico e técnico em sua dimensão reducionista, abrindo espaço para novos olhares e ainda para que os papéis de outras profissões pudessem autonomizar-se do olhar biomédico, apesar de ainda manter a concepção do olhar médico como referencial.

- **Psiquiatria Democrática.**

Surgiu na Itália no início da década de 1960, sobe a liderança de Franco Basaglia. Tratava-se de um tipo de experiência que sucedeu e pretendeu ser uma superação dos avanços que trouxeram a psiquiatria preventiva, psiquiatria institucional e a antipsiquiatria.

Basaglia afirmava que a psiquiatria sempre havia colocado o homem entre parêntesis, preocupando-se principalmente com a doença (Amarante, 1998), ou seja, para Franco, era necessário se preocupar mais com o sujeito, ver além de sua doença.

A psiquiatria democrática promovia um redimensionamento radical das formas de perceber e atuar na saúde mental:

[...] num movimento de constante autocrítica, começou-se a perceber que colocar a doença entre parênteses não seria suficiente; seria necessário, também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental. Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse (BARROS, 1994, apud AMARANTE 1998, p. 46).

O movimento italiano visa à reformulação do saber psiquiátrico centrado no papel do médico psiquiátrico, é na realidade também um movimento político, pois entende a saúde mental tanto nos aspectos sociais e econômicos, como trás o papel dos movimentos sociais para a centralidade da transformação do sistema psiquiátrica.

A fundamentação teórica desse movimento, apoiada-se em autores que hoje em dia são utilizados como leituras clássicas para entender a loucura e o saber psiquiátrico, tais como: Michel Foucault e Erving Goffmann, segundo Amarante (2011).

E com feito esses dois autores proporcionaram parte dos fundamentos utilizados por Basaglia, para desenvolver

[...] a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2011, p.56).

A diferença da psiquiatria de setor para a psiquiatria democrática é que é intervenções terapêuticas em saúde mental são entendidas, além dos próprios serviços de saúde, por meio do fortalecimento das relações entre a sociedade e os sujeitos em tratamento, utilizada a expressão ‘tomada de responsabilidade’³ (Amarante, 2011).

³ Expressão utilizado por Amarante 2011, p.57.

2. A Trajetória das políticas de saúde mental no Brasil

A organização dos serviços de saúde mental no Brasil recebeu historicamente influência internacional, sendo essa influência evidente com o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros que continuaram a ser exercida até a reforma sanitária.

Nesta seção esboçaremos elementos matriciais dos manicômios brasileiros e de sua inserção em estratégias sociopolíticas mais amplas no campo de saúde mental e da formulação da própria reforma psiquiátrica.

O processo que vai da criação do primeiro manicômio no Brasil a até a reforma psiquiátrica reproduz os mesmo elementos, ou boa parte já citados na seção anterior. Também no Brasil a reprodução de algumas das condições que também estiveram presente em outros países na inserção das equipes multiprofissionais.

Segundo Souza (2009), a preocupação do poder público quanto à saúde mental surge no período do Império, principalmente com a chegada da família real portuguesa. Sendo assim passou-se a ter um olhar mais segregado perante a saúde mental. O isolamento era a forma exclusiva de tratamento dos sujeitos ditos “loucos” ou dos perturbadores da ordem (moradores de ruas, prostitutas, ladrões), essa função era cumprida na época Casa da Misericórdia.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi Hospício Pedro II, criado em 1841 nos moldes dos hospitais psiquiátricos europeus, tanto no que diz respeito à estrutura física quanto o funcionamento e formas de tratamento. Da mesma forma que hospitais psiquiátricos europeus da época, a equipe era composta majoritariamente por freiras sendo o tratamento diretamente ligado com objetivos religiosos e morais.

Não se deve perder de vista que o hospício não só espelha a sociedade, como está profundamente a ela vinculado. Não é uma clausura, mas um lugar de reeducação, de transformação dos indivíduos para novamente situá-los na posição que ocupavam na sociedade. Seu lucro, se não é imediatamente econômico, é, antes de tudo, moral e social (MACHADO, 1978, p. 442).

A ordem manicomial de fato surge no Brasil no ano de 1903, com a Lei dos Alienados, projeto de Teixeira Brandão. Segundo Machado (1978) esse papel da

medicina psiquiátrica foi consagrado pela lei de 1903 e institucionalizou o papel gerencial dos médicos nos hospitais psiquiátricos, esse momento os hospitais psiquiátricos deixam de ser administrados pela ordem religiosa e passam para as mãos dos profissionais agora reconhecidos pelo seu saber técnico, igualmente como se fazia na Europa.

Como já mencionado anteriormente, a percepção médica da loucura nesse período respondia ao imperativo da normalidade.

Trabalho e não-trabalho passaram também a servir para estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a psiquiatria nasce e se produz num contexto social, ela assimilou, aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico, estes mesmos valores e esforçou-se para desenvolver a comunidade indivíduos “tratados” e “curados”, adequados para o trabalho. Para isso, a psiquiatria adotou como forma de tratamento do “doente mental” o trabalho no interior dos hospícios. A psiquiatria passou a adotar para tratamento do “doente mental” a construção de hospícios-colônia em locais afastados dos centros urbanos, práticas que ia ao encontro dos interesses do Estado Republicano, que desejava diminuir os gastos com os “vadios” que perambulavam pelas ruas da cidade. Nesses hospícios buscava-se a auto-sustentação dos “doentes”, diminuindo-se conseqüentemente, os gastos do Estado (SANTOS, 1994, apud, SOUZA, 2009, p.13).

Um marco de suma importância para compreender a trajetória das políticas da saúde mental no Brasil foi à criação de Liga Brasileira de Higiene Mental (L.B.H.M) em 1923, no estado do Rio de Janeiro. Tratava-se de uma nova estratégia sociopolítica, de caráter higienista e eugênica como um dos seus principais pilares, voltada para a higienização da vida social. Seu fundador, o psiquiatra Gustavo Riedel, assim como os demais membros da L.B.H.M faziam parte da elite da psiquiatria carioca.

O projeto da Liga inaugura a era da intervenção maciça do Estado nos problemas de saúde da população e faz da prevenção, principalmente que diz respeito da degeneração da raça uma das suas principais bandeiras.

Um dos principais pontos da L.B.H.M segundo Costa (1976), era intervir eugenicamente no nível da sociedade, o movimento de higienização foi aplicado em todas as áreas da saúde, dentro da saúde mental tinham três pontos bem claros: a prevenção, eugenia (seleção artificial para o melhoramento de uma espécie) e a disciplina sobre os indivíduos.

Ao longo do século XX o que se sedimentou em termos políticas de assistência mental, foi à centralidade dos hospitais psiquiátricos como locus de tratamento, nos moldes do que anteriormente foi apresentado com o caráter do modelo asilar hospitalocêntrico e psiquiátrico. Porém será recém anos 70 do século XX que surgiram os primeiros movimentos políticos orgânicos de constatação desse modelo no Brasil.

As principais críticas ao modelo vigente estão relacionadas a dois processos interligados: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica.

Um movimento que possuiu grande importância nos anos 1970 foi o movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), como assinala Vasconcelos (2010) em 1978 no contexto da reemergência dos principais movimentos sociais após o período de repressão imposto pelo regime militar. Dessa forma, leva o questionamento das estruturas manicomiais emergem no contexto do conjunto de estruturas das desigualdades sociais e das situações de opressão que existiam na sociedade.

Em outros aspectos o MTSM denunciava a gestão de recursos humanos em saúde mental praticadas nesse período. Neste contexto de saúde mental foram introduzidas algumas mudanças na composição das equipes multiprofissionais.

Apesar do regime autoritário na década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INAMPS 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais nos hospitais, incluindo as assistentes sociais (VASCONCELOS, 2002, apud BARBOSA, 2006, p. 65).

De acordo com Souza (2009), o MTSM posteriormente deu origem ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Este movimento passa a protagonizar denúncias de violências nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, a construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas mentais (SOUZA, 2009, g.19-20).

Como o modelo brasileiro será desenvolvido nos moldes hospitalocêntrico, seu foco de intervenção será o caso individual, isolado da realidade social que o cerca, assim como também dos sistemas de relações sociais que passa a ser

ignorado. Ou seja, focalizando o tratamento somente no indivíduo sem se preocupar em compreender de maneira ampla a realidade que o cerca, assim como também suas relações sociais passam a serem ignoradas (BISNETO, 2007).

A Reforma Sanitária iniciada na década de 70 é entendida por alguns autores como Azevedo (2009), como um processo antecessor da Reforma Psiquiátrica, trazendo ideais de equidade de serviços, maior atenção à saúde coletiva e promoção da saúde em um nível mais amplo, diferente do tratamento individualista e segregador utilizado até o momento.

Segundo a mesma autora, a reforma psiquiátrica brasileira se desenvolveu e foi protagonizada nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), tendo o apoio dos movimentos sociais. Uma de suas principais proposta era a desinstitucionalização do tratamento da saúde mental, promovida pelo modelo médico/paciente/internação.

Nesse momento histórico, o país atravessa por mobilizações em prol de reformas que apontassem à reformulação de atenção a saúde mental, mudando o epicentro do tratamento do hospital para a comunidade. Essa mudança de foco terá consequências para a constituição de equipes multiprofissionais em saúde mental, porque exige a incorporação de novo olhares e formas de intervenção na saúde mental.

Com efeito, as reivindicações dos anos 1970 em torna da necessidade de aumentar o número de profissionais nos hospitais psiquiátricos começam a ser contempladas, porém sem muito sucesso, nos anos 1990 com as portarias nº 189 de 19/11/1991 e a de nº 224 de 29/01/1992, no Ministério da Saúde (BISNETO, 2007) isso afeta diferentes categorias profissionais incluindo o Serviço Social como veremos mais adiante. Desse ponto de vista Bisneto (2007) destaca os principais pontos que afetaram a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental.

Pontos importantes levantados sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Serviço Social nesse período:

- O debate em torno da transformação progressista das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social;
- A ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica;
- A necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes;
- A necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários.” (Bisneto, 2007,p.36).

Essas mudanças foram os resultados de lutas políticas que envolveram diferentes tipos de interesses, ou seja, disputas de interesses até que as mudanças sejam realizadas, não ocorrendo de forma passiva.

Nesse sentido Pitta (2011) faz um balanço da Reforma Psiquiatria, destacando as conquistas, mas também os elementos que permanecem inacabados, uma das principais conquistas é reconhecimento de que a internação não é a melhor solução e nem pode ser considerada e aplicada como o principal meio de tratamento. No entanto, ainda tem que se caminhar para fazer com que essa conscientização atravesse todas as esferas (públicas, privadas e sociedade civil), e que fato essas lutas se concretizarem. Embora existam avanços na erradicação do modelo hospitalocêntrico como principal dispositivo de tratamento, ainda permanece embora se tenha a tentativa de eliminar o modelo hospitalocêntrico como único tratamento, “Reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.” (BRASIL, 1988, p.18), como o próprio nome indica no caso brasileiro temos uma reforma psiquiátrica, que não pode se disser que seja da saúde mental, tendo em vista a centralidade da visão biomédica ainda permeia a saúde mental.

Um dos aspectos da reforma que abriu caminho para os instrumentos de inserção das equipes multiprofissionais foi a criação dos serviços: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residências Terapêuticas (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial (De volta pra casa), para a mesma autora são expressões das conquistas do movimento.

Todos esses instrumentos sócio-assistenciais permitiram contemplar, ainda que de forma parcial as principais reivindicações da I Conferência Nacional de Saúde de 1988:

Implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria (BRASIL, 1988,p. 19).

Trás algumas mudanças na organização e gestão do tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, ilustrando isso o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) ⁴ modificações como:

- Leitos psiquiátricos em hospitais gerais: não mais isolados e distantes da sociedade, são os hospitais gerais que atendem o sujeito em momento de crise, articulado com outros dispositivos da rede de atenção a saúde e de caráter temporário.
- Serviços Residências Terapêuticas - SRT: são residências que atendem egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, estando localizadas no perímetro urbano e tendo como função dar suporte as pessoas com sofrimento psíquico.
- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: são serviços geridos pelo poder municipal, dividindo o atendimento por regiões. Dependendo do tipo de CAPS é oferecido atendimento diário, 24 horas por dia, que é o caso do CAPS III. Também se subdivide em: CAPS II, que atende adultos com sofrimentos psíquicos graves, CAPS I, que atende crianças e adolescentes e ainda o CAPS Ad, destinado ao atendimento de pessoas dependentes de álcool e/ou outras drogas. Estes últimos três tipos de CAPS atendem cinco dias por semana, 8 horas por dia.
- Centro de Convivência e Cultura: são espaços que se destinam a sociabilidade do sujeito com transtornos mentais. Proporcionando a articulação entre a cultura, sociedade e sujeitos com transtornos psíquicos.
- Atendimento à saúde mental na atenção básica: o atendimento ao portador de sofrimento psíquico na atenção básica acontece através de profissionais da saúde mental nos centros de saúde, também pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
- Programa de volta para casa: são incentivos financeiros para as pessoas que passaram por longos períodos de internação em tratamentos psiquiátricos (SCHUTEL, 2009, p. 26-27).

O ano de 1989 é uma data importante, pois foi à homologação da primeira lei que propõe a extinção dos manicômios, passando-se a um processo de questionamentos a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa lei entrou no Congresso Nacional como projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG).

Na década de 90 é realizada a II Conferência de Saúde Mental onde ocorreu a assinatura da Declaração de Caracas, que tinha como objetivo a implantação dos serviços substitutivos já mencionados em consequência dos fechamentos dos manicômios.

Não podemos perder de foco que também a nível nacional a trajetória da saúde mental, foi e continua sendo permeada por fatores sócio-históricos, todas as

⁴ Site: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

conquistas entre elas a concepção do atendimento em equipe multiprofissional são resultados de embates e contradições.

Uma vez, com o fechamento dos manicômios os serviços substitutivos passariam a atender a demanda das pessoas com sofrimento psíquico. No Estado de Santa Catarina, o Plano Estadual de Saúde Mental 2005-2006 e o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, contêm previsões sobre a quantidade de serviços substitutivos necessários.

Quadro 1 – Plano Estadual de Saúde Mental 2005-2006 Santa Catarina

Rede de Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina

| Especificação | Quantitativo |
|--|--------------|
| Serviço Municipal de Saúde Mental - Atenção Básica* | 127 |
| Centro de Atenção Psicossocial | 36 |
| Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental | 02 # |
| Centro de Convivência Santana (Hosp.Colônia Santana) | 360 leitos |
| Instituto de Psiquiatria/SC | 160 leitos |
| Instituto São José | 120 leitos |
| Casa Saúde Rio Maina | 160 leitos |
| Hospitais Gerais | 366 leitos |
| Total Geral leitos psiquiátricos | 1.166 |
| Leitos por mil habitantes | 0,21 |

em processo de cadastramento no SUS.

Fonte: Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina, página

Quadro II – Plano Estadual de Saúde Mental 2012-2015 Santa Catarina

Rede de Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina.

| Especificação | Quantitativo |
|---|--------------|
| Serviço Municipal de Saúde Mental - Atenção Básica* | 165 |
| Ambulatório de Psiquiatria (Hospital Universitário/UFSC, Jaraguá do Sul e Tubarão) | 03 |
| Núcleo Apoio Saúde da Família – NASF/SC | 165 |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)2 | 74 |
| Centro de Convivência Santana (Hospital Colônia Santana) | 247 leitos |
| Leitos hospitalares especializados | 355 |
| Leitos hospitalares gerais | 515 |
| Serviço residencial terapêutico | 03 |
| Consultório de rua | 02 |
| Unidades residenciais terapêuticas transitórias –URTT | 01 |

Fonte: Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2011.

* Muitos desses serviços foram absorvidos pelas equipes de ESF e NASF, portanto, os serviços nessa lógica de atendimento, com equipes exclusivas, não tem mais sido cadastrado.

Podemos perceber que o número previsto da diminuição dos leitos em manicômios e que o número de CAPS praticamente se multiplicariam, no fluxo de centros especializados na Saúde Mental sem necessitar de hospitais psiquiátricos para suprir esta demanda.

Para que de fato haja um processo de construção da Saúde Mental diferenciada da condição estigmatizante, além das mudanças na estrutura do tratamento, dos avanços garantidos por lei, a população também tem que compartilhar e ser mobilizada por essa nova compreensão da Saúde Mental.

Los estigmas, mitos y concepciones erróneas asociadas con los trastornos mentales llevan a la discriminación y a limitaciones de los derechos humanos, y pueden representar obstáculos para la implementación efectiva de una legislación inspirada en los derechos humanos. Por lo tanto, modificar las actitudes de la población constituye un importante componente de la implementación de la legislación de salud mental. (Organización Mundial de la Salud, 2006, p.120)⁵

Como referenciado no início deste trabalho, no qual adotamos perspectiva da doença como uma construção histórica como referencial, que a doença é uma construção histórica social, deve-se destacar o papel da população e de suas formas de organização tem que compartilhar e participar em torno dessa compreensão.

Segundo Gastal (2013) os resultados da reforma psiquiátrica, de fato ocorreram por meio da conscientização e pressão dos movimentos sociais, que constituíram-se em, “[...] novo *locus* institucional que coloca pacientes e profissionais em uma interação frente a frente que abre espaço para novas formas de relação, de interação e de relações de poder ainda não de todo investigadas.”, ou seja, abre espaço para que a Saúde Mental adote em um viés integralista.

Os CAPS seriam, por exemplo, uma materialização das reformas que se sucederam pelo país, porém não podemos perder o foco de que se trata de uma instituição que possui contradições e limitações, que afetam de forma especial as próprias equipes multiprofissionais como veremos na próxima seção.

⁵ “Os estigmas, mitos e equívocos associados com transtornos mentais levam a discriminações e restrições de direitos humanos, e podem representar obstáculos para a aplicação efectiva da legislação com base nos direitos humanos. Portanto, a mudança de atitudes da população é importante hum componente aplicação da legislação de saúde mental”. (Organização Mundial de Saúde, 2006,p.120)

3. Interdisciplinaridade no campo da saúde mental.

Na trajetória histórica atenção à saúde mental apresenta como uma realidade relativamente recente, porém o reconhecimento de sua importância vem crescendo. Até o presente momento, muitos foram os percalços e desafios para reconhecer os propósitos e as vantagens em se trabalhar em equipes multiprofissionais.

3.1 As características da equipe multiprofissional em saúde mental

A área da saúde mental, em particular foi historicamente constituída centrada na figura do médico, a qual acabou ocupando o principal papel nos processos de trabalho.

Dessa forma a inserção de outras profissões no campo da saúde mental, tem ocorrido e ocorre de maneira subordinada em detrimento da medicina que ainda ocupa um papel central nesse processo de trabalho, sendo uma prática infelizmente comum.

Ressaltamos anteriormente a estreita relação, de um lado, entre a divisão do trabalho e a perda do controle intelectual sobre o projeto e execução das atividades, e, de outro lado, o ganho mercantil bem como produtivo dessas ocorrências. No caso do trabalho médico, porém, como já assinalado e lembrado por SCHRAIBER (1993), a modernização desse trabalho, que o torna uma forma de produção em mercado, é realizada com base a elitização do próprio trabalho e na elitização social de seu trabalhador, do que decorre uma conformação produtiva em nada semelhante, à primeira vista, aos demais trabalhos sociais. Assim, a produção fabril contrasta com a produção de serviços médicos, baseada no pequeno produtor independente do consultório. Tal marca histórica irá recobrir todos os demais trabalhos especializados em saúde que lhe são referidos, marca essa da qual deriva a extrema relevância da dimensão intelectual desses trabalhos, o que pode ser verificado pelo grau de influência dos saberes nas formas de organização concreta da produção da assistência e prestação de serviços em saúde (PEDUZZI, 1998, p. 29, 30).

Hoje com o entendimento do conceito de saúde ampliada, o papel do trabalho da equipe multiprofissional é de suma importância, pois cada saber detém um saber específico, a união dos saberes transforma atuação do serviço mais completa, pois o

médico tem um conhecimento específico biomédico, porém não detém, por exemplo, o saber psicossocial.

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo.

Entretanto, é árduo o caminho para a construção do trabalho cooperativo, que pressupõe solidariedade e confiança. Nesta perspectiva, cabe ao profissional inserido nessa lógica refazer a visão do seu processo de trabalho e considerar que a equipe é o pilar para o “fazer” integrado e que as buscas pelas possibilidades auxiliam a alçar o desenvolvimento do seu fazer (VARGA; FERREIRA; SILVA, 2009, p. 3).

Nessa mesma perspectiva o Plano Estadual de Saúde Mental da Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina (2008):

- Incentivar a prática interdisciplinar tendo em vista que a atuação da equipe deve considerar os diferentes campos de saber, dada a complexidade da vida humana. A equipe deve procurar interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atento ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido;
- Estimular a prática de um trabalho intersetorial com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando a duplicidade de meios para fins idênticos (SANTA CATARINA, 2008, p. 29).

A existência das equipes multiprofissionais, seria uma expressão da fragmentação e especialização dos serviços, de maneira geral foram introduzidas pela modernidade e pela lógica capitalista, Rodrigues; Figueiredo (2003) afirmam que o processo de divisão do trabalho, assim como a necessidade de uma racionalidade calcada na observação, no rigor nas leis fixas e demonstráveis e nas operações parciais do homem, o fazendo perder a noção de totalidade, sendo assim, com as especialidades, cada profissional detém um tipo conhecimento e desenvolve competências exclusivas, inevitavelmente, terá resultado um alto grau de fragmentação, mas o trabalho multiprofissional produz fragmentação dos resultados das intervenções ao mesmo tempo, pode ser visto como uma forma de superação da própria fragmentação, no sentido de contribuir para a visualização do fenômeno da saúde como uma totalidade completa.

A medicina em contrapartida ocupa na história o papel central entre as profissões da saúde, o que ao longo de tempo gerou e vem gerando algumas críticas como veremos adiante.

Ressaltamos também os aspectos históricos, que nortearam o ressurgimento do foco na questão multidisciplinar. A ênfase neste tipo de trabalho decorreu de uma série de críticas à medicina de especialidades e à fragmentação do processo de trabalho. Essa modalidade tenta redefinir o objeto das práticas em Saúde Mental, como multideterminado em termos bio-psico-sócio-culturais (RODRIGUES; FIGUEREIDO, 2003, p.3).

Por tanto, as equipes multiprofissionais vêm suprir essa lacuna gerada com a fragmentação do trabalho, esse trabalho tem a premissa da contribuição de vários saberes em um processo que compartilha conhecimento, sendo que esse compartilhamento conhecimento é de suma importância. Varga, Ferreira & Silva (2009), advertem das dificuldades do trabalho multiprofissional, porém essas dificuldades devem ser superadas para otimizar a qualidade dos atendimentos. Esses mesmos autores identificam quatro níveis do processo de trabalho:

O primeiro nível é o da multidisciplinaridade – que traz variadas disciplinas propostas simultaneamente, contudo, sem deixar transparecer diretamente as relações que podem existir entre elas –, exemplificadas com vários profissionais reunidos, em que cada um trabalha isoladamente, sendo que a ausência de uma articulação não significa, no entanto, uma ausência de relação entre estes profissionais.

O segundo nível é a pluridisciplinaridade e se relaciona à justaposição de várias disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo que apareçam as relações existentes entre elas; há cooperação, contudo, sem coordenação [...].

Na interdisciplinaridade – o terceiro nível –, tem-se que é comum um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior – o que introduz a noção de finalidade – em que há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação advinda de nível superior [...], contudo, o que prevalece é o saber médico, cabendo a coordenação e a tomada de decisão a estes profissionais.

Na transdisciplinaridade – o quarto nível –, a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas centra-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com sistemas comuns [...]

Dessa forma, para que haja configuração transdisciplinar, é necessário que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas.

É preciso que cada problema não seja solucionado em cada uma das diferentes áreas, mas sim à luz de um novo entendimento. Uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congregar diversos profissionais com o intuito de uma cooperação entre eles sem que haja uma coordenação fixa. Mas como não verticalizar uma coordenação? “A transdisciplinaridade deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto; deve ser encarada como um desafio que serve de parâmetro para que todos os membros da equipe estejam atentos para eventuais centralizações do poder (RODRIGUES; FIGUEREIDO, 2003, p.3).

A transdisciplinariedade é uma meta a ser alcançada, na medida em que ainda estamos no primeiro nível caracterizado de multidisciplinaridade. Esse nível é marcado por inúmeras contradições e conflitos entre diferentes categorias profissionais, o que costuma acabar em impasses para o desenvolvimento da interdisciplinaridade (Peduzzi, 2001).

3.2 Problemas e desafios do trabalho multiprofissional

Um elemento chave, da atuação das equipes multiprofissionais na área de saúde mental é a centralidade e o caráter hegemônico do saber e do exercício do poder médico, decorrentemente disso a subalternização das outras categorias profissionais.

Um indicador do caráter assimétrico das relações entre médicos e outros profissionais podem ser observado no perfil da produção científica nacional, sobre equipes multiprofissionais e a interdisciplinaridade na saúde mental. Assim por exemplo, a consulta na base bibliográfica Scielo-Scientific Electronic Library Online pode observar que praticamente a totalidade dessa produção corresponde a profissionais não médicos e predominantemente autores da área da enfermagem, no entanto a definição da problemática do trabalho multiprofissional, do ponto de vista das relações de poder entre a medicina e as outras categorias profissionais nem sempre significa uma superação das assimetrias questionadas.

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual (PEDUZZI, 2001, p.5).

A solidificação do modelo biomédico traz restrições ao atendimento, pois se apoia em um olhar próprio da medicina clínica acarretando uma situação na qual “[...] a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas [...]” (Peduzzi, 2001, p.5), podendo conduzir a interpretações errôneas da autonomia profissional.

Com tudo, certo grau de autonomia é necessário para Varga; Ferreira; Silva (2009) e Peduzzi (1998 - 2001), pois cada profissão detém um conhecimento específico. Assim Varga; Ferreira; Silva (2009) utilizam a expressão “trabalho em linha de montagem”, para referir-se ao trabalho individual sem a participação e interação entre as profissões, análogo ao trabalho de linha de montagem em que cada trabalhador faz apenas uma parte do processo de trabalho. Na área da saúde essa modalidade de trabalho tem a função de perpetuar o modelo biomédico.

Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001, p.5).

Essa fragmentação do trabalho multiprofissional decorre de características exclusivas do saber médico, nem todos saberes são envolvidos. Na verdade, essa fragmentação não decorreria de atributos internos dos campos dos saberes envolvidos, e sim como resultado das questões matérias e objetivas da própria organização dos serviços de saúde. Como observará Abuhab et. al (2003) em uma pesquisa com profissionais da área de saúde mental entre as principais dificuldades para o trabalho em equipe contrata-se a sobre carga de atendimentos, carência de infraestrutura, insuficiência da supervisão institucional e omissão dos órgãos gestores. Por outro lado, a construção de projetos multi e interdisciplinares exige além de condições matérias e objetivas apropriadas, a construção do olhar teórico epistemológico e ético disposta a transcender a atuação da visão medicalizada da saúde mental e a sua superação por uma visão mais ampla:

[...] baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde (BRASIL, 1988, p.13).

Por fim, essa visão mais ampla da saúde mental deverá ser construída por meio de um projeto ético político, que considere a autonomia e os direitos de todos os sujeitos envolvidos incluindo-se aqui os próprios usuários dos serviços.

4. Inserção e papel do Serviço Social na área da Saúde Mental no Brasil

Depois de retratar a trajetória da reforma psiquiátrica passaremos comentar a inserção do Serviço Social como profissão no campo da Saúde Mental.

Na seção anterior, ao descrevermos a trajetória da Saúde Mental no cenário brasileiro, foi possível observar o caráter recente das condições que tornaram possíveis a substituição e desenvolvimento do trabalho nas equipes multiprofissionais. No que tange à participação do Serviço Social, sua inserção seria mais recente ainda ao mesmo tempo, como veremos mais adiante se trata de uma inserção ainda tênue e residual complementar com relação às outras categorias profissionais.

Essa inserção ainda não consolidada acaba tendo reflexos na produção científica do Serviço Social sobre o tema de Saúde Mental. Com efeito, o acervo bibliográfico disponível restringe-se a duas obras: Serviço Social: Serviço Social e Saúde Mental de José Paulo Bisneto (2007) e Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade de Eduardo Mourão Vasconcelos (2010) sendo essas duas obras largamente citadas nessa área.

No que tange as publicações periódicas o volume de produção mostra-se igualmente escasso. Uma busca no portal Scielo⁶ com a palavra chave “Serviço Social e Saúde Mental” exhibe apenas dois artigos dos quais um pertence à área da Psicologia e o outro da Área do Serviço social propriamente dita, sendo eles: Grupo de saúde mental na atenção primária à saúde⁷ e Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos⁸.

Entretanto, para compreender a inserção atual do Serviço Social no campo da Saúde Mental, se faz necessário identificar os processos sócio-históricos que determinaram essa inserção. De acordo com Vasconcelos (2010) um elemento matricial do Serviço Social na Saúde Mental, decorre das próprias condições de emergências da profissão no cenário nacional. A L.B.H.M já mencionada anteriormente que influenciou a criação da primeira escola de Serviço Social no Rio

⁶ Sitio: <http://www.scielo.br/?lng=pt>

⁷ Disponíveis em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000200008&lng=pt&nrm=iso

⁸ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=pt&nrm=iso

de Janeiro do Brasil, o Serviço Social enquanto profissão transportou a marca do higienismo, uma marca que impregnou os currículos da graduação da época.

Portanto, podemos dizer que no contexto até os anos 30 as ações assistenciais serviam, por um lado, como estratégia para a implementação da reforma social e moral, em especial os da classe pobre e urbana, dentro da perspectiva do higienismo vigente. (AZEVEDO, 2009, p.44).

Depois outra influencia importante foi à existência da psiquiatria preventiva dos EUA, através do papel do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade (Bisneto, 2007), modelo esse que não compreende a totalidade da realidade e relações sociais embutidas em cada indivíduo. Terceiro elemento a destacar é o papel da reconstituição da trajetória marcada por questionamentos e transformações, principalmente com o movimento de reconceituação da profissão sendo importante destacar que no contexto histórico assim como a compreensão da Saúde Mental foi objeto de análise e de transformações, o Serviço Social enquanto profissão também teve sua trajetória marcada por questionamentos e transformações, principalmente com o movimento de reconceituação da profissão deixando de ser uma profissão com bases funcionalistas e moralistas, na questão da saúde mental especificamente atuavam principalmente na educação e higienização sem se fundamentar o seu exercício de forma crítica e interventiva na realidade. Passando a se fundamentar pós o movimento de reconceituação, a utilização de bases crítica- dialética do pensador e filosofo Karl Marx.

4.1 Trajetórias do Serviço Social no campo da Saúde Mental

O Serviço Social passa a interagir na área da saúde mental propriamente dito entre as décadas de 1930 e 1940, porém é a partir de período pós-guerra que principalmente sob a influência norte-americana descrito por Souza (2009), tendo um crescimento maior na atuação a partir de 1948, quanto a Organização Mundial de Saúde (OMS), passa a conceber a ideia de saúde mental, não mais como a mera ausência de saúde. Começa-se a ter a compreensão também dos aspectos sociais e psicológicos da doença da caracterização das demais. Nesse período o Serviço

Social passa a intervir na área de Saúde Mental, porém ainda não como profissão inserida na lógica do trabalho em equipe, mas sim na posição de auxiliar do médico.

Para Bisneto (2007) o Serviço Social não começou diretamente na área de Saúde, mas surgiu como uma profissão atuando nas demandas da relação capital-trabalho. A partir 1946 observam-se primeiras práticas que podem ser descritas na área de Saúde Mental nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ).

No período da ditadura militar o Serviço Social, concentrava sua atuação pautada no estudo de caso que não integrava a realidade em sua complexidade, a partir da década de 1960 a profissão passa por um forte momento de modificação, buscando uma postura mais crítica, porém sofrem limitações pelo período histórico vivenciado,

[...] alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condições de alterá-lo. Nos anos 60, esta situação começou a modificar, surgindo um debate na profissão, questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática 'desenvolvimento' e de suas repercussões na América latina. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sócio políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do estado (BRAVO e MATOS, 2008, p.201, apud SOUZA, 2009, 37).

Pós a ditadura o Estado reconheceu na Saúde Mental um campo lucrativo, assim, por exemplo, para Souza (2009) durante o período da ditadura a Previdência Social começa a investir nos hospitais psiquiátricos de cunho privado, decisão essa que influenciou diretamente na contratação de assistente sociais, aumentando o número de contratações.

O Serviço Social como já mencionado, nasceu como uma profissão contraditória sendo criada para amenizar a relação existente entre o capital e o trabalho. Atuando no campo da saúde mental sua atuação restringia-se a população empobrecida, sem a necessidade de deter um saber específico na área de saúde mental, no que diz respeito aos espaços de atuação se restringiam aos hospitais psiquiátricos.

Mas contemporaneamente, a reforma psiquiátrica veio atribuir novas condições e novos desafios ao Serviço Social.

De modo amplo, o profissional de Serviço Social tem competência para realizar uma análise crítica acerca das políticas públicas que perpassam o movimento da Reforma Psiquiátrica, assim como efetivar o compromisso assumido com a classe trabalhadora, a defesa dos direitos humanos e o reconhecimento da liberdade como valor ético central, conforme expresso no Código de Ética do assistente social de 1993 (SCHUTEL, 2009, p. 39).

No entanto, conforme observará com profissionais da área de saúde mental, a formação para atuar nesse campo consiste em uma insuficiência teórica no perfil dos Assistentes Sociais trazidas por Bisneto (2007) e Vasconcelos (2010).

Dessas considerações podemos supor que: a) não há tanto acúmulo de debate em Serviço Social e Saúde Mental no Brasil, pois a entrada maciça nessa área se deu de forma tardia (nos anos 1970)[...]; b) para a construção de uma prática ligada à “intenção de ruptura” teriam sido necessárias mais pesquisas, isto é, fazer a análise crítica das políticas sociais do capitalismo no Brasil também no campo da Saúde Mental e realizar o aprofundamento das relações entre a dinâmica da sociedade de classes, a loucura e a subjetividade (BISNETO, 2007, p.30).

Essa despreparação apontada na pesquisa feita pelos dois autores já citados, pode demonstrar uma característica interessante, pois no currículo do curso de Serviço Social como, por exemplo, na Universidade Federal de Santa Catarina⁹, não dispõe de uma disciplina de Saúde Mental obrigatória em sua grade curricular. A inserção dessa disciplina em outras áreas de conhecimento da graduação é diferente, uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo [20--?], traz alguns números interessantes:

Avalia-se que cerca de 3% do currículo nas faculdades de Medicina são dedicados a temas de saúde mental (psicologia médica e psiquiatria) e cerca de 7% das faculdades de enfermagem. A formação de gestores em saúde mental e de enfermeiros especializados é uma ação muito importante a ser desenvolvida após a implantação do sistema assistencial (SÃO PAULO, [20--?], p.9).

Com essas porcentagens podemos perceber, que a dominação histórica dessas duas profissões e também o número escasso de especializações na área de Serviço Social e saúde mental levam as especializações multiprofissionais em outras áreas do conhecimento. Diferente de outros saberes que integram a equipe multiprofissional, que na formação acadêmica dispõe de disciplinas específicas

⁹ A disciplina de Saúde Mental não consta na grade de disciplinas obrigatórias do curso. Podendo ser observado no seguinte link: http://www.servicosocial.ufsc.br/01_departamento_curriculo.php

sobre a temática da saúde mental, tendo o Serviço Social buscar especializações para suprir esta falta, tornando um desafio de recurso humano.

A formação acadêmica tem uma função dupla, pois é a instituição responsável pela formação profissional das diversas áreas de conhecimentos, e também tem um papel de “reciclagem” dos profissionais já atuantes. Sendo já previsto como alicerce dos diferentes profissionais no final da década de 80.

[...] as universidades deverão assumir o seu papel de pólo de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde, democratizando e integrando órgãos formadores e órgãos assistenciais para uma transformação curricular compatível com a formação de recursos necessários à rede pública assistencial em saúde mental, em consonância com os princípios estabelecidos no conjunto das deliberações desta Conferência (BRASIL, 1988, p. 20).

No âmbito das equipes, o grande desafio que o Serviço Social desenvolve uma postura de ruptura e crítica com o modelo biomédico vigente, no sentido de identificar o papel das desigualdades sociais da autonomia na abordagem multiprofissional do profissional na saúde mental. Cabe também aos assistentes sociais, se posicionar de maneira crítica perante o processo de medicalização da saúde mental, que acabam instituindo as famílias e indivíduos como resposta a problemas da saúde mental que teriam as origens em problemas sociais e estruturais. Fato que não pode ser esquecido remete-se a força ideologia do sistema econômico vigente, que de uma maneira geral interfere desde a constituição e administração das instituições (visto que o número de instituições de cunho privado vem em uma crescente na área de Saúde Mental), como a própria ideologia de tratamento, pode-se dizer que existem relações sociais de opressão que vão da sobreposição da exploração econômica, da dominação política e da mistificação ideológica, o sistema econômico atravessa e afeta em todas as esferas da sociedade principalmente da esfera do social (BISNETO, 2007).

A atuação do Assistente Social deveria e de deve ser pautada na defesa dos interesses dos usuários, mesmo que em algumas vezes o leva se posicionar de maneira contrária aos interesses das instituições de acordo com Bisneto (2007) sem esses enfretamentos correm o risco de alienar os usuários e de atuar na contramão do Código de Ética Profissional, que prevê, entre outras coisas:

II- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

VI- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

XI- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993)

Para que o assistente social possa desenvolver uma compreensão da realidade social em que o usuário se encontra, precisa refletir sobre a sua atuação profissionais, pois

[...] os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por um opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. (Brasil, 1988, p.12).

Por tanto, o Serviço Social uma vez inserido em equipes multiprofissionais experimenta a oportunidade de se transformar por outro caráter socialmente emancipador, atuando da direção da garantia de direitos e na autonomia do sujeito como preconizava a reforma sanitária, podendo ser um instrumento de dominação e amarras ao conservadorismo ou podendo atuar na viabilização da garantia de direitos e na autonomia.

Uma questão levantada pelos autores estudados principalmente em Bisneto (2007) remete-se a resultados fruto de pesquisas em que os profissionais possuem atividades de caráter privativos da profissão, porém esses profissionais entrevistados levantam a discussão sob a realização de atividades de não responsabilidade da profissão. A problemática dessa reivindicação consiste, quando essas atividades que são além da competência do Serviço Social tem o caráter alienante, ou atua como forma de apropriação de atividade de outra profissão sem a tomada de consciência imediata da ação, relevando que o Serviço Social ainda não conseguiu deixar de maneira clara o seu papel na saúde mental.

4.2 Serviço Social e interdisciplinaridade em saúde mental: problemas e desafios

O campo de Saúde Mental é complexo e povoado de conflitos, um avanço provém da criação dos CAPS em quanto serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, além disso, vem com a proposta do trabalho realizado de forma multiprofissional e nos quais tem sustentado a premissa da interdisciplinaridade.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento, clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL-D, 2004, p13).

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL-DF, 2004 p.29).

O CAPS tem e traz algo muito importante, fazendo parte do tratamento dos sujeitos, o que pode ser considerado como mais um avanço: a família passa a ocupar um papel estratégico nessa nova estrutura.

No modelo de tratamento hospitalocêntrico a participação da família era mínima ou inexistente. O CAPS passa a entender a família como aliada para o tratamento e reinserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade (outro grande diferencial dos tratamentos realizados por meio da internação na qual considerava o isolamento do indivíduo como condição para a cura), com a base familiar a reinserção se torna mais fácil para a ressocialização em outros espaços da sociedade. No entanto, os CAPS não estão isentos de contradições.

Cabe ressaltar que os serviços substitutivos em saúde mental têm no papel o emblema das práticas humanistas e interdisciplinares, e conseguem em alguns casos, não sem a dedicação dos profissionais que lá atuam, aplicar tais princípios de forma a humanizar os tratamentos, mas suas demandas, por parte do governo, ainda são de controle e gestão da *loucura* como desviante (VILHENA; ROSA, 2012, apud GASTAL, 2013, p. 74).

Não podemos esquecer que o CAPS possui um papel de emancipação, entrando também possui um caráter de controle. Como observa Gastal (2013) no qual considera que esse papel de potencial emancipador acabou por mesclar-se

com aspectos de âmbito da regulação, da disciplina e do controle. Esse aspecto da burocratização na tese de Gastal (2013) se faz presente na seguinte consideração:

Lamentavelmente, ainda hoje muitas vezes a reforma psiquiátrica e a desmanicomialização se limitam a descentralizar essas velhas tecnologias de poder. Muitas vezes por falta de estrutura, de medicação adequada ou de programas de inserção comunitária, essas velhas tecnologias de poder próprias da psiquiatria clássica se reproduzem nos centros psiquiátricos de referência que no Brasil conhecemos com o nome do CAPS. É verdade que a ordem da psiquiatria deixou que ser o internamento e o encerramento, porém hoje se trata de medicalizar e dominar as paixões, os delírios e os maus hábitos pelo uso de psicofármacos que só algumas vezes se mostram eficazes (CAPONI, 2009. p. 102, apud GASTAL, 2013, p. 186).

Neste trabalho não adentraremos mais nesse questionamento. Mas gostaríamos de levantar a questão para futuros trabalhos: O CAPS como espaço emancipador e de regulamentação, qual caráter que se sobrepõe ao tratamento com o usuário? .

Esse olhar mais atento ao CAPS se torna imprescindível, pois poderíamos esta reproduzindo as mesmas práticas utilizadas nos manicômios:

Dissemos de um modo talvez ainda pouco claro, que a saúde mental – ou sabe-se lá que nome pode ser dado a essa complexidade – só tem sentido em termos 'libertários' se for, antes e além de um dispositivo contra a **dominação** e a **exploração**, também um modo de resistência contra, principalmente, a **sujeição** (Foucault, 1994: 227). Fora isso, estaremos provavelmente construindo mini-manicômios, com os mesmos objetivos de recuperação piedosa dos primeiros alienistas.” (ALARCON, 2002. p. 15, grifos no original, apud Gastal 2013, p.176)

Referindo-se especificamente a outro dificultador da inserção do Serviço Social, refere á própria legislação sobre a equipe multiprofissional em Saúde Mental como, por exemplo, a descrição da equipe mínima entendida pela Secretária de Saúde de Santa Catarina o que rege o CAPS. Tendo que se levar em consideração que ainda a inclusão do Serviço Social é submetida à legislação a qual determina a integração da equipe mínima do CAPS no Estado de Santa Catarina:

Equipes mínimas

CAPS I

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental.
- 1 enfermeiro
- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 4 profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 6 profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior.
- 8 profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPSi

- 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 5 profissionais de nível médio: Técnico e /ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS ad

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (SANTA CATARINA)¹⁰

Podemos perceber pela composição da equipe mínima, nós remete a dimensão de como a medicina ainda ocupa um papel de destaque, em todos os tipos de CAPS. Porém, o Serviço Social aparece como uma das categorias profissionais opcionais do “profissional de nível superior” cujo preenchimento é de livre escolha das autoridades quanto às categorias específicas. Na distinção desse grupo também fazem parte a enfermagem, terapeutas ocupacionais ou psicólogos.

O Serviço Social é um dos saberes que pode compor a equipe multiprofissional, entretanto seu saber e sua atuação podem sofrer limitações. Uma questão que temos que refletir refere-se exatamente a essa possibilidade de fazer

¹⁰ Acessado: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=317:tipos-de-profissionais-que-trabalham-nos-caps-equipas-minimas-&catid=282, dia 04/07/14 às 17h00min.

parte ou não do atendimento psicossocial. Evidentemente estamos aqui deparados com uma grande contradição: se por um lado promove a ruptura com o modelo biomédico da abordagem da saúde mental, por outro lado acaba reproduzindo esse mesmo modelo biomédico que se pretende eliminar, porém na hora de desenvolver e consagrar a importância das demais categorias profissionais fica restrita ao caráter médico.

Com isso, poderíamos correr o risco de retornarmos ao período em que o saber médico era considerado como único detentor do conhecimento sobre a saúde mental. Não podemos esquecer-nos das conquistas que marcaram a trajetória da saúde mental em nível internacional e nacional, entretanto, devemos reconhecer que ainda temos um longo caminho pela frente para atingirmos os objetivos preconizados na reforma psiquiátrica.

Quanto o posicionamento do próprio Serviço Social o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2013, fez uma nota em seu site¹¹ por ocasião da comemoração do dia de 18 Maio considerado dia nacional da Luta Antimanicomial.

No âmbito do 41º Encontro Nacional conjunto CFESS-CRESS (Conselho Regional de Serviço Social) em 2012 realizado em Palmas (TO). Nesse evento, a temática da saúde mental foi inserida na pauta sinalizando que o Serviço Social é uma profissão que possui competência e visão crítica para atuar nos espaços do CAPS e na saúde mental no geral e na saúde mental em especial.

Especificamente nesse encontro foram destacados os seguintes aspectos:

- 1) Fortalecer a luta pela plena efetivação da reforma psiquiátrica e dos mecanismos de atenção aos/às usuários/as dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, articulado com o controle social e movimentos sociais, por meio de:
 - defesa da ampliação e dos investimentos nos serviços da rede pública de atenção integral (CAPS gerais, CAPs AD, CAPs Infantil, Centros de Convivência, Centros de Acolhimento Transitório, Leitos para Desintoxicação em Hospitais Gerais, Leitos Psiquiátricos em HG, Residências Terapêuticas, dentre outros) às pessoas em sofrimento mental e usuários/as de substâncias psicoativas, posicionando-se contra a privatização dos serviços de saúde mental, particularmente para os que funcionam 24h, bem como aqueles voltados aos cuidados das populações específicas, como o CAPS III, CAPS AD e CAPS Infantil;
 - defesa da expansão e consolidação dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), em articulação com a política habitacional;
 - fortalecimento dos movimentos sociais para a interlocução com os demais conselhos de profissões regulamentadas, buscando o protagonismo dos/as usuários/as e familiares da saúde mental, álcool e outras drogas;

¹¹ Link: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/963>, visualizado em 11/07/14 às 20:30.

- incentivo à participação dos/as assistentes sociais nos movimentos sociais, grupos temáticos, conselhos de direitos e demais espaços de mobilização, fomentando o debate sobre a reforma psiquiátrica;
- incidência política junto às instâncias de gestão e de deliberação acerca dos critérios de implantação dos serviços de saúde mental, especialmente os CAPs, possibilitando que mais usuários/as tenham acesso a esses serviços especializados;
- garantia e acompanhamento da efetivação das deliberações da IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental;
- defesa e fortalecimento da Política Nacional de Redução de Danos como possibilidade de cuidado e promoção da saúde, endossando o seu caráter intersetorial, com destaque para as políticas de educação pública e de defesa dos direitos, posicionando-se contrariamente ao *Plano Crack: é possível vencer*;
- contribuição com a constituição dos núcleos da luta antimanicomial;
- contribuição com a criação e fomento à participação das/os assistentes sociais em fóruns e outros espaços democráticos no campo da saúde mental e Política Nacional de Álcool e outras Drogas;
- defesa da garantia de financiamento com aumento de recursos financeiros garantidos pelas três esferas de governo, com mudanças na forma de financiamento dos serviços substitutivos (CFESS, 2013).

Embora os Assistentes Sociais estejam inseridos nesta área da saúde mental, sua atuação revela-se ainda insuficiente em qualidade e quantidade e condicionada por um conjunto de contradições possíveis da sobrevivência de profissionais de cunho conservador e da hegemonia dos processos de medicalização da vida social.

Considerações Finais

Embora, a saúde mental e as equipes multiprofissionais sejam compreendidas atualmente pelo viés da desospitalização do tratamento humanizado, se apresenta para o Serviço Social uma inserção desafiante, pois a profissão ainda não possui o prestígio profissional neste espaço ocupacional podemos elencar algumas melhorias a apontar pontos que ainda se apresentam de força desafiante.

Sujeita ao enfretamento e diferentes desafios em nível nacional, a reforma psiquiátrica representou um grande avanço no processo de superação da ordem manicomial, ao criar serviços substitutivos que abriram espaço para a atuação das equipes multiprofissionais. Porém, como aponta Gastal (2013), esses espaços deliberativos e de atuação de diferentes saberes, correriam o risco de reproduzir elementos do modelo manicomial por estar submetidos a processos de trabalho caracterizados pelo excesso de burocratização, pela orientação ainda fortemente medicalizadora do social, esse mesmo autor mostra preocupação da possibilidade desses espaços, inicialmente criados para a emancipação dos sujeitos virem a se transformar em novos 'minimanicômios' pelo o excesso de regulamentação dos serviços.

Ao longo do presente trabalho, procuramos apresentar o funcionamento das equipes multiprofissionais de saúde mental e como encontram-se fortemente condicionados pelas políticas e pelas condições materiais e objetivas na organização dos serviços nesta área.

Por outro lado, foi possível evidenciar a importância das leis para desinstitucionalização do papel das equipes multiprofissionais e para determiná-la a inserção do Serviço Social nelas. Como resultado desta análise aqui empreendida, podemos concluir que a inserção das equipes multiprofissionais na óptica da inserção do Serviço Social em saúde mental se encontra plenamente institucionalizada, nesse aspecto foi possível observar que na própria legislação não consagra, sendo ela opcional e não obrigatória à inserção dos assistentes sociais nas equipes multiprofissionais, na maioria das vezes é composta pelo número

mínimo de profissionais tendo uma demanda superior ao que a equipe consegue atender (Abuhab et al. 2003).

Um dos aspectos centrais, do presente trabalho se constituiu pelo caráter fortemente medicalizado do funcionamento das equipes multiprofissionais na saúde mental, que demonstra um dos principais componentes a permanência da centralidade do saber psiquiatra ao se pensar nos serviços substitutivos como serviços de atenção psicossocial.

A ênfase neste tipo de trabalho decorreu de uma série de críticas à medicina de especialidades e à fragmentação do processo de trabalho. Essa modalidade tenta redefinir o objeto das práticas em Saúde Mental, como multideterminado em termos bio-psico-sócio-culturais. (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003, p.3)

Nesse sentido, é preciso lembrar que podemos perceber que o predomínio de um tipo de trabalho multiprofissional que ainda conserva os resquícios dos hospitais psiquiátricos e da hegemonia do saber médico, que acaba sendo incorporado de maneira inconsciente nestes profissionais que coloca o profissional “[...] em um imaginário de potência e colocando-o na condição de não só equacionar as crises, mas de aplacar, por meio de tal delegação, a angústia dos demais profissionais diante dessas.” (VASCONCELLOS. Vinicius, 2010, p.10),

No perante esse quadro corresponde contrário ao papel que privilegia a formação das categorias das profissões de saúde mental, tanto no nível de graduação e de pós-graduação, ampliando as possibilidades de inserção profissional e da produção de conhecimento por parte do Serviço Social de outras categorias da área social.

A ausência de formação adequada acaba atingindo os profissionais para rumo que apontados por Vasconcelos (2010) acabam sendo problemáticos para uma migração para outras áreas (Psicologia, Psicoterapia) ou simplesmente para a orientação médica das práticas normativas de medicina e das próprias instituições, onde correm ambas as saídas comprometendo a identificação produzindo e podendo contribuir para legitimar o tipo de modelo assistencial baseado na regulação e normatização da vida social do sujeito.

Refere-se o despreparo apontado pelos profissionais ao sair da vida acadêmica e ir atuar em um espaço “dominado” historicamente pela medicina, sem uma base teórica que de suporte (de certa forma segurança), dificuldades

apresentadas na quarta seção deste trabalho que vai além de uma formação acadêmica a falta de publicações a nível científico sobre o Serviço Social e a Saúde Mental.

Entendemos que este trabalho não tem que ser finalizado neste ponto, pois a temática é muito mais ampla e profunda para atender os aspectos até aqui, porém acreditamos ter alcançado objetivo inicial que era refletir sobre as equipes multiprofissionais inseridas na saúde mental, assim como o papel do Serviço Social neste campo. Por fim o presente trabalho permitiu levantar questões de suma importância para o processo de formação dos profissionais que deveram atuar no campo caracterizado por inúmeros desafios, contradições e permeadas por conflitos.

Referências

ABUAHB, Deborah et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, 2005: 26(3): 369-80, Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567/2494>

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2011. Cap. 1: Saúde Mental, Territórios e Fronteiras, pp. 15-20.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2011.

AZEVEDO, Juliana Ribeiro de . **A saúde mental e a especificidade do serviço social: avanços, retrocessos e desafios**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2009. Disponível: <http://www.ess.ufrj.br/monografias/106047695.pdf>

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social**. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Maceió, 2006. Disponível: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=117996

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a09.pdf>

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental. Uma análise institucional da prática**. Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. São Paulo, Cortez Editora, 2007.

BRASIL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social, Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão*. 10 ed. Brasília: CFESS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de programas especiais de saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**, Brasília, 1988. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 6 ed. 2009. Livro de 1966.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro, 1976.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009**. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800015>

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1974.

GASTAL, C.L.C. **Identidade e abjeção: os profissionais frente às ambiguidades da reforma psiquiátrica** Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/teses/PICH0121-T.pdf>

MACHADO, R. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

Organización Mundial de la Salud. **Manual de Recurso de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación**, Ginebra, 2006. Disponível: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827_spa.pdf

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (doutorado)- Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 1998. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000186836> (tem que fazer um cadastro para acessar o documento).

_____. PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública vol.35 no.1 São Paulo Feb. 2001**. Disponível:

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011.** Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

RODRIGUES, Cássia Regina; FIGUEIREDO, Marco Antônio de Castro. Concepções sobre a doença mental em profissionais usuários e seus familiares. **Estud. psicol. (Natal) vol.8 no.1 Natal Jan./Apr. 2003.** Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100013>.

ROSEN, G. **Da Policia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SANTA CATARINA (Estado). Secretária de Estado da Saúde. **Plano estadual de Saúde Mental 2005-2006.** Florianópolis, 2004. Disponível: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/PlanoEstSMental20052006%20revis%C3%A3o%202.doc.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015.** Florianópolis,2011. Disponível: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28

SÃO PAULO, Conselho Consultivo de Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde. **Proposta de uma Política de Saúde Mental e para os problemas relacionados ao uso de Álcool e Crack para o Estado de São Paulo. [20--?]**

SCHUTEL, Tamara Alexandra Arias. **Serviço Social e Saúde Mental: análise de artigos apresentados nos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social,** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social, Florianópolis,2012.Disponível: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103572>.

SOUZA, Jamila Ana de, **Prática Profissional do Assistente Social dentro da equipe multiprofissional de saúde mental no Município de Florianópolis,** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social, Florianópolis, 2009. Disponível: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial284002.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>

SZASZ, T. **Cruel Compaixão.** Campinas, Editora Papirus: 1994.

VASCONCELOS, E.M.(Org.) **Saúde Mental e Serviço Social.** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez Editora, 2010.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português),** [S.l.], v. 6, n. 1, p. 1-22, jan. 2010. ISSN 1806-6976. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712>>. Acesso em: 14 Maio. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-22>.