



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JÉFITHA KALINY DOS SANTOS SILVA

**DESCONSTRUINDO CÍRCULOS PARA CONSTRUIR CIRANDAS: UMA ANÁLISE
SOBRE A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL CLÍNICO NA SAÚDE MENTAL**

CAMPINA GRANDE-PB

2016

JÉFITHA KALINY DOS SANTOS SILVA

DESCONSTRUINDO CÍRCULOS PARA CONSTRUIR CIRANDAS: UMA ANÁLISE
SOBRE A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL CLÍNICO NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento à
exigência para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kathleen Elane Leal
Vasconcelos

CAMPINA GRANDE-PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586d Silva, Jéfitha Kaliny dos Santos
Desconstruindo círculos para construir cirandas [manuscrito] :
uma análise sobre a prática do serviço social clínico na saúde
mental / Jéfitha Kaliny dos Santos Silva. - 2016.
61 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos,
Departamento de Serviço Social".

1. Saúde mental. 2. Serviço social clínico. 3. Projeto
ético político do serviço social. 4. Assistência social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

JÉFITIA KALINY DOS SANTOS SILVA

DESCONSTRUINDO CÍRCULOS PARA CONSTRUIR CIRANDAS: uma análise
sobre a prática do Serviço Social clínico na Saúde Mental

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção
do título de Bacharela em Serviço
Social.

Aprovada em: 22/10/2016

BANCA EXAMINADORA

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

Prof. Dr. Kathleen Elane Leal Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Mônica Barros da Nóbrega

Prof. Dr. Mônica Barros da Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Assistente Social Andrey Dessoles Marques

Assistente Social Andrey Dessoles Marques
Especialista em Saúde Mental

À minha mãe, Josilene dos Santos Silva, in memoriam. Menina negra que venceu os obstáculos da pobreza e da elitização da educação, através de sua determinação e fé.

AGRADECIMENTOS

Que a força do medo que tenho
Não me impeça de ver o que anseio;
Que a morte de tudo em que acredito
Não me tape os ouvidos e a boca;
Porque metade de mim é o que eu grito,
Mas a outra metade é silêncio...
Metade (Oswaldo Montenegro)

O final de cada ciclo nos leva a rememorarmos a trajetória percorrida até alcançarmos os sonhos que marcaram longas noites de ansiedade, medo e persistência. O sonho de ingressar na universidade marcou profundamente minha adolescência, pois meus pais sempre alimentavam em mim o gozo pelos estudos através de suas histórias de vida. Lembro-me das vezes que minha mãe levava-me para assistir suas aulas de História e a ouvia dizer para seus aluno/a(s) que o maior ato de rebeldia do/a jovem era estudar. Ela dizia isso porque foi através de seus estudos que ela conseguiu romper os muros que lhe aprisionavam na comunidade em que morava. Lembro-me também das inúmeras vezes que meu pai me contou como foi árduo abandonar a infância e a adolescência para trabalhar de dia e estudar à noite.

Escrevendo essas palavras vieram à mente as palavras de Cora Coralina que diz “ A vida tem duas faces: positiva e negativa. O passado foi duro mas deixou o seu legado. Saber viver é a grande sabedoria. Que eu possa dignificar minha condição de mulher. Aceitar suas limitações. E me fazer pedra de segurança dos valores que vão desmoronando. Nasci em tempos rudes. Aceitei contradições, lutas e pedras como lição de vida e delas me sirvo. Aprendi a viver.”

As últimas linhas descrevem muitos dos meus diálogos como os meus pais e as minhas primeiras inquietações sobre a vida, pois mesmo pequenina, sem conhecer muito sobre o mundo, as contradições que marcam a nossa sociabilidade me remetiam a muitos questionamentos, medos e revoltas. Mas, hoje reconheço o quanto foi importante ser inquietada por meus pais desde cedo. Sou grata a eles por todos os ensinamentos, pois sem eles eu não conseguiria ser a mulher que hoje sou.

Nesse momento de agradecimento retifico minha gratidão por todo amor, afeto, cuidado e proteção que eles sempre tiveram comigo. Sou eternamente grata a Deus por me presentear com pais maravilhosos e presentes em minha vida, porque mesmo na ausência

física da minha mãe ela se faz viva dentro de mim, pois sua história e sua luta sempre moverão minha existência.

O ciclo da graduação é um dos mais especiais para mim. Nele eu vi os dias mais dolorosos da minha vida, mas também vivi momentos de muito afeto, cumplicidade, conquistas e superação. Esse ciclo foi como uma estante em constante arrumação, donde elementos antigos sempre se misturavam com os novos e juntos me faziam sentir completa e feliz. Realizada!

Nesse ciclo procurei viver as palavras de Saint Exupery “ A gente corre o risco de chorar um pouco quando se deixa cativar. – o que quer dizer cativar ?. – é uma coisa muito esquecida.- significa criar laços. ”. Assim, nesse momento quero agradecer às pessoas que direta ou indiretamente contribuíram com o desenvolvimento e conclusão desse ciclo.

Primeiramente agradeço à Deus, por me sustentar mesmo nos momentos em que sua existência ficou obscura nos processos que vivenciei. Sou grata a Ele por toda graça derramada em minha vida, pois sem ela eu não existiria.

Aos meus pais, pelo amor incondicional... Painho e Mainha, amo vocês!

A meu irmão Jáson, que apesar de me tirar a pouca paciência que tenho, sempre me rouba boas gargalhadas com seu jeito singular de querer sempre chamar minha atenção.

À Miriam, por em tão pouco tempo tecer bons sentimentos em nosso seio familiar.

Às minhas avós Josefa (in memoriam) e Antônia (in memoriam) pelo amor dedicado durante os carinhosos anos de convivência.

A Tio Joseildo pelo cuidado, carinho e atenção.

À Gildete , Juliana e Joana por me abraçarem nos momentos difíceis. A primeira por me ter como filha.

Aos meus tios/ase primos/as paternos por mesmo longe tecerem um carinho especial por mim.

À Nancy por cuidar da minha mãe nos momentos em que eu estava na universidade. Florzinha (como você chamava Mainha), serei eternamente grata por sua dedicação e carinho com Mainha.

À Keila e Manuela por terem cuidado da minha mãe com amor e zelo.

À Noah, Enzo e Davi por desenvolverem em mim o amor de tia mesmo na distância e na ausência

A Alisson, Josivaldo, Joana Mylena, Kassioppeya, Adalberto, Yasmim por sonharem meus sonhos comigo, por depositarem em mim gotas de afeto, amor e proteção, por sempre estarem comigo em todos os momentos da minha vida.

Às amigadas que construí nos corredores da universidade.

À Desterro, Suênia e Jeane, pelo crescimento mútuo no primeiro ano de curso.

À Angely por ser uma amiga tão presente em minha vida mesma morando longe. A ela sou grata por sempre me incentivar e ajudar nas diversas áreas da minha vida. Por termos construído uma amizade pautada na cumplicidade e no respeito mútuo.

À Taciana e sua família por me receberem em sua residência para terminar o curso. Muito obrigada pelo carinho e abrigo.

À Jussara e sua família, por me abraçar no momento difícil, pelo carinho e hospitalidade.

À Nycole pela amizade sincera, pelos momentos extra universidade, por toda verdade que marca nossa amizade.

À Danilo, Flávio e Paloma pelos bons vinhos, conversas, risadas, amizade e companheirismo nas lutas.

À Jonatas e Kathleen, pela amizade afetuosa. A esta última, sou grata por me acolher não só intelectual, mas afetivamente, tornando-se minha bússola nesta viagem em busca de algum saber que transcende a mim. Gratidão por ter me acompanhado em diversos momentos de ensino e aprendizagem, por ouvir minhas inquietações e medos com sabedoria e seriedade.

À professora Mônica Barros por sua humildade ao transmitir seus conhecimentos, por ter aceitado me orientar nos momentos finais desse trabalho. Gratidão por seu compromisso e dedicação.

À Thereza Karla por sempre estar atenta às demandas que levávamos para coordenação do curso.

À Andreyra Dessoles pelo carinho, atenção, boas conversas e por se colocar sempre compreensiva durante o estágio supervisionado.

Ao departamento de Serviço Social.

As/os demais mestras/es que passaram por minha caminhada acadêmica.

À minha amada turma. Gratidão!

À turma 2011. 2 manhã e 2011.1 noite obrigada pela acolhida.

Ao 4S PROMENOR por contribuir com meu amadurecimento acadêmico e pessoal, por me presentear com sorrisos que sempre guardarei no meu coração.

As equipes das UBF's Três Irmãs, Novo Cruzeiro e Cidades I e II por contribuir com minha formação profissional através das diversas inquietações que surgiam durante o cotidiano institucional.

Ao Movimento Estudantil de Serviço Social.

Ao VER-SUS (Ah.. o VER-SUS). Palavras não conseguem expressar o quanto sou grata por ter participado desse programa, pois ele muda vidas. Ele transformou a minha vida!

À todos/as que compõe o Coletivo Antônio Conselheiro, gratidão pelo crescimento e amadurecimento mútuo, pela amizade sincera e companheirismo nas lutas.

Essa ciranda não é minha só
É de todos nós
A melodia principal
Quem tira é a primeira voz

Pra se dançar ciranda
Juntamos mão com mão
Fazendo uma roda
Cantando essa canção

Minha Ciranda (Lui Coimbra)

RESUMO:

O debate sobre o Serviço Social Clínico, desde o último decênio do século XX, tem tensionado o acúmulo teórico desenvolvido pelo Serviço Social, à medida que o exercício da prática clínica tem convocado a categoria profissional para um debate denso sobre as competências e atribuições privativas do/a(s) assistentes sociais, bem como, sobre o que é matéria do Serviço Social nos processos de trabalho da Saúde Mental e a relação entre as demandas e respostas profissionais no contexto de crise estrutural do capital. Diante disso, essa monografia se propõe a discutir sobre prática do Serviço Social Clínico na Saúde Mental, a luz do Projeto Ético Político do Serviço Social. O objetivo do nosso estudo é analisar os pressupostos teórico-práticos, ético-políticos e técnico-operativos que orientam a prática clínica na Saúde Mental e confrontar os argumentos convergentes e divergentes ao uso de terapias no exercício profissional do/a (s) Assistentes Sociais. Para tanto, teremos como base de nossa análise as categorias marxistas da totalidade, historicidade e contradição e os pressupostos ideo-políticos e teórico-metodológicos que conformam a vertente da Intenção de Ruptura do Movimento de Reconceituação da profissão. Os resultados sugerem que a prática clínica atende à racionalidade hegemônica do capital, à medida que é requisitado do/a profissional a efetivação de práticas e ações que não condizem com suas atribuições profissionais, através de intervenções profissionais conservadoras e reacionárias que ocasionam múltiplas contradições teórico-metodológicas, ética-políticas e técnicas-operativas que fortalecem a institucionalização do paradigma da loucura em nossa sociabilidade. Logo, nos desafiando a (des)contruir os círculos estáticos que asseguram as imposições do capital no fazer profissional do/a(s) Assistentes Sociais na Saúde Mental. Desta feita, nosso estudo pretende contribuir com o debate sobre o Serviço Social Clínico na cena contemporânea brasileira e defender o Projeto Ético Político que a profissão vem construindo desde o final dos anos de 1970, o qual se vincula ao projeto societário antagônico ao do capital.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Serviço Social Clínico. Projeto Ético Político do Serviço Social.

ABSTRACT:

The debate on the Social Services Clinical, since the last decade of the twentieth century, has stressed the theoretical accumulation developed by Social Services, as the exercise of clinical practice has summoned the professional category for a dense debate on private powers and duties of / a (s) social workers, as well as on what is matter of social work in working processes of mental health and the relationship between demands and professional responses in the context of structural crisis of capital. Therefore, this monograph aims to analyze the practice of Clinical Social Work in Mental Health, the light of Political Ethics of Social Work project. The aim of our study is to analyze the theoretical and practical assumptions, ethical-political and technical-operative, which guide clinical practice in Mental Health and confront the converging and diverging arguments to the use of therapies in professional practice / a (s) Assistants social. Therefore, we have based our analysis of the Marxist categories of totality, historicity and contradiction and ideo-political and theoretical-methodological assumptions that form the strand break intention of Reconceptualization Movement of the profession. The results suggest that clinical practice serves the hegemonic rationality of capital, as is required of / professional the effectiveness of practices and actions that are not consistent with their professional duties through conservative professional interventions and reactionary that cause multiple theoretical contradictions -metodológicas, ethically political and technical-operative that strengthen the institutionalization of the paradigm of madness in our sociability. Thus, in defiance of the (un) build the static circles that ensure capital levies on professional make / a (s) Social Workers in Mental Health. This time, our study intends to contribute to the debate on the Social Service Clinician in contemporary Brazilian scene and defend the Political Ethics Project that the profession has been building since the late 1970s, which is linked to the antagonistic social project to the capital.

Keywords: Mental Health . Clinical Social Work . Political Ethics Project Social Service .

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. DE UMA ANORMALIDADE A UM SABER CIENTÍFICO: um sobrevoo histórico sobre a LOUCURA	17
2.1 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO-CULTURAL DA LOUCURA E O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	17
3. APONTAMENTOS SOBRE A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO SETOR PSIQUIÁTRICO BRASILEIRO.....	26
4. (Re)CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E SUAS INFLEXÕES PARA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	33
5. AFINAL, DO QUE ESTAMOS FALANDO?: uma análise sobre a prática do Serviço Social Clínico à luz do Projeto Ético Político do Serviço Social	40
5.1 DESCOSNTRUIR CÍRCULOS PARA CONSTRUIR CIRANDAS: algumas contribuições para o debate sobre a prática clínica do/a assistente social na Saúde Mental.....	52
6. CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS.....	55
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

Esta monografia constitui um ensaio teórico sobre o Serviço Social Clínico na Saúde Mental, à luz do Projeto Ético Político (PEP)¹ da profissão. Tem como objetivos analisar, através do método dialético, os pressupostos teórico-práticos e ético-políticos que orientam a prática clínica na Saúde Mental, confrontando os argumentos favoráveis e contrários ao uso de terapias no exercício profissional do/a (s) assistente sociais. Bem como os pressupostos ideo-políticos e teórico-metodológicos que conformam a vertente da intenção de ruptura do Movimento de Reconceituação da Profissão²

Fundamentada em um construto de vivências e inquirições sobre a Saúde Mental, a motivação pelo tema emergiu junto à Rede de Atenção Psicossocial e à temática do Serviço Social na Saúde Mental, durante o Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Neste sentido, a aproximação com o objeto deste ensaio inicialmente ocorreu no Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Campina Grande - PB, através de uma proposta de intervenção para a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no bairro do Novo Cruzeiro, cujo objetivo era desenvolver ações de educação e saúde que contribuíssem com a diminuição do sofrimento psíquico do/a(s) usuário/a(s), junto ao Grupo de Saúde Mental.

¹ O Projeto Ético Político profissional, segundo Mota e Amaral (2014) significa a recusa a cultura tradicional do Serviço Social, por meio da consolidação de uma cultura profissional fundamentada em princípios, valores e referenciais teóricos-metodológicos que abraçam a teoria marxiana, a superação da ordem capitalista, o humanismo, o internacionalismo das lutas sociais e a radicalidade democrática, os quais fundamentam, articulam e mediam, sob condições históricas determinadas, a relação entre a realidade e a profissão. Para Braz (2005) este Projeto tem seu marco inaugural em 1979, no III CBAS, quando, de forma organizada, uma vanguarda profissional virou uma página na história do Serviço Social brasileiro. De acordo com o autor, esse Projeto avançou nos anos 1980, em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, consolidando-se na década de 1990, através do Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação da Profissão e das Diretrizes Curriculares de 1993. Entretanto, de acordo com Netto (2005), esse projeto encontra-se em processo de construção e fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora no seio da profissão.

² O Movimento de Reconceituação, segundo Santos, Lima e Neves (?), emergiu em 1965 e foi um marco singular na história do Serviço Social latino-americano, pois, fortemente influenciado pela conjuntura de golpes de Estados instaurada pelo mundo, muitos Assistentes Sociais começaram a fazer a crítica a cultura tradicional do Serviço Social, denunciando-a como uma “[...] prática empirista, reiterativa, paliativa, burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da questão social sobre os indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual eliminável” (NETTO, 2005, p. 6). Netto (2011), elucida que nesse momento instaura-se no Serviço Social latino-americano um processo de Renovação das bases que orientavam a profissão. No Brasil esse processo impulsionou a vertente de “Intenção de Ruptura”, donde novas bases sociopolíticas começam a orientar a profissão.

Assim sendo, através da observação participante foi possível perceber que os cuidados em saúde mental na UBSF tendenciavam para uma prática biomédica, na qual a figura do médico era central no atendimento a/ao(s) usuária/o(s). Ademais, muitas vezes, a relação do/a(s) usuário/a(s) com os demais membros da equipe profissional se resumia a medidas pontuais, a exemplo, da entrega de psicotrópicos.

Outro importante momento de aproximação com o tema ocorreu durante a participação no Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), organizado pela Rede Unida, em parceria com a Rede Colaborativa de Saúde e o Ministério da Saúde brasileiro, desenvolvido na Rede de Atenção Psicossocial da Zona Metropolitana de Recife - PE.

Durante essa experiência, alguns serviços de atenção à saúde mental foram visitados, entre eles o Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, a UBSF do Morro da Conceição, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Camaragibe, Núcleo de Apoio e Ressocialização à Saúde Mental Firmando Passos I e II, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Estação Cidadania e o CAPS Primavera.

É importante registrar que em visita a essas instituições, pôde-se observar que as funções desempenhadas pelos profissionais que compõe a equipe técnica de cada local visitado, tem se direcionado para fusão de um único perfil profissional, no qual todos os profissionais são técnicos em saúde mental e devem desenvolver as mesmas funções nos processos de trabalho que conformam os espaços institucionais visitados.

Diante de tal aproximação e dos estudos sobre as inflexões do capital para o Serviço Social, observou-se que a fusão de um único perfil profissional nos serviços de saúde mental, tem requisitado dos (as) assistentes sociais uma prática clínica em seu fazer profissional. Isto é, tem requisitado intervenções endogenistas, higienicistas e psicologizantes, a partir dos pressupostos teórico-metodológicos da Psicanálise, da Terapia Comunitária e de Família, colocando como objetivo do seu trabalho a dinâmica interna dos indivíduos, com uma clara presença de traços do passado conservador da profissão. Portanto, que não trabalhe junto as refrações da questões social³, mas que o desenvolva junto aos processos de avaliação, diagnóstico e intervenção psicossocial .

³ Questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho-, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. Portanto, expressa as desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e

Por fim, outro marco significativo da aproximação com a temática aconteceu de forma transversal às experiências acima mencionadas: foram as discussões acerca do conservadorismo realizadas nos componentes curriculares relacionados aos Fundamentos do Serviço Social, nos quais se pôde constatar que o conservadorismo contemporâneo deita suas raízes no conservadorismo clássico, de modo que suas características mais imediatas, de acordo com Escorsim Netto (2011), não se apresentam como conservadorismo e, portanto, oculta e escamoteia sua raiz e seus conteúdos conservadores.

Segundo Iamamoto (2012), isso ocorre porque o conservadorismo vivenciado na sociedade contemporânea mostra a face maquiada do conservadorismo clássico, apresentando-se como novidade tanto para sociedade como para a profissão, através de um vasto empreendimento ideológico de cunho moralizador que envolve a sociedade civil, desafiando o/a(s) assistentes sociais que se recusam a dispor

[...] de clareza teórica e estratégia política, apoiadas em um criterioso trabalho de pesquisa sobre as novas expressões da questão social, as condições e relações de trabalho do assistente social, de modo a avançar na qualificação do seu exercício e no enraizamento do projeto ético-político profissional nas ações quotidianas e na vida social (IAMAMOTO, 2012, p.36).

A partir dessa trajetória notou-se que a temática do Serviço Social Clínico na Saúde Mental necessitava ser aprofundada no âmbito da categoria profissional, pois este debate surge numa conjuntura específica, de redimensionamento do mundo do trabalho, com significativos impactos no exercício profissional, ao passo que também se colocam no cenário expressões neoconservadoras⁴ de retorno ao passado profissional (BEHRING, 2003).

Nessa perspectiva, Rodrigues (2003) pontua que discutir o Serviço Social Clínico, face a conjuntura de crise estrutural do capital e os desafios éticos políticos postos se constituem em um importante desafio para a categoria profissional do Serviço Social na cena contemporânea, à medida que esse debate tenta responder se o Serviço Social Clínico faz avançar com a ruptura do conservadorismo profissional, a partir de questionamentos sobre a

formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2012 b).

⁴Nas críticas feitas à razão moderna, as quais não se direcionam a ordem do capital, está o positivismo enquanto um “paradigma” germinado por esta mesma ordem, o que expressa, conforme observou Santo (2007), um conservadorismo de outro tipo, ou seja, um neoconservadorismo. Para a autora, a crítica mais contundente é dirigida ao marxismo enquanto teoria social que leva adiante a racionalidade dialética da ilustração, matriz histórica do Iluminismo, com todo o seu potencial totalizante.

natureza, o significado e materialidade da profissão frente aos processos de trabalho, as fronteiras profissionais e atribuições privativas da profissão. Segundo a autora a prática do Serviço Social Clínico não se trata apenas de um descumprimento de lei, mas sim, de uma disputa entre projetos societários antagônicos no interior da categoria profissional.

Assim, para que possamos compreender a qual projeto societário o Serviço Social Clínico está vinculado é preciso desvelar as múltiplas mediações que circunscrevem tal prática no fazer profissional do/a(s) assistente social, através da compreensão sobre qual conjuntura essa prática emerge, o mandato social da profissão e o projeto societário que a profissão direciona-se desde o final dos anos de 1970.

Enfim, esta monografia está dividida em cinco seções, nas quais trazemos uma recuperação histórica sobre a loucura e o Movimento de Reforma Psiquiátrica, destacando como cada momento histórico desenvolveu sua forma de cuidar e compreender a loucura; a análise da inserção e desenvolvimento do Serviço Social no Setor Psiquiátrico brasileiro, elucidando os diferentes direcionamentos que orientaram a profissão desde 1940; as (re) configurações do mundo do trabalho e suas inflexões para o Serviço Social, apreendendo o debate do Serviço Social Clínico frente às novas requisições impostas pelo mercado para o trabalho dos/as assistentes sociais na Saúde Mental.

2 DE UMA ANORMALIDADE A UM SABER CIENTÍFICO: UM SOBREVOO HISTÓRICO SOBRE A LOUCURA

A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora, uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.
O Alienista (Machado de Assis)

A loucura, segundo Moura (2012), é um dos fenômenos mais antigos da história da humanidade, pois tudo aquilo que foge ao padrão de racionalidade socialmente estabelecido, “em termos de comportamento, conduta e maneira de ser, constitui-se alvo de controle, integração e segregação, sendo abordado de forma diferenciada devido aos valores e às condições sociais, econômicas e culturais” (BARBOSA, 2006, P.15) de cada tempo histórico, à medida que as sociedades criam formas específicas para abordar esse fenômeno.

Diante disso, parte-se do pressuposto de que a loucura é um fenômeno físico, social, cultural e/ou político que ocorre na saúde psíquica dos seres humanos, que pode manifestar-se de diferentes formas e proporções mediante a complexidade do objeto de sua causa e/ou intervenção, visto que a loucura é um fenômeno socialmente construído, que dá-se a partir do padrão de racionalidade criado por cada momento histórico (BARBOSA, 2006).

Neste sentido, Foucault (1978) pontua que o fenômeno da loucura marca a história da humanidade desde a Antiguidade até os dias atuais, estando atrelada às práticas e estruturas institucionais de cada época, isto é, as estruturas e superestruturas sociais, culturais, políticas e econômicas que demarcam a história da humanidade. Portanto, para uma compreensão mais concisa sobre a passagem da loucura de uma anormalidade a um saber científico, far-se-á um sobrevoo histórico sobre o desenvolvimento histórico-cultural da loucura e o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2.1 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO-CULTURAL DA LOUCURA E O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A loucura, enquanto fenômeno socialmente construído passou por variadas transformações no tocante a sua conceituação e compreensão, circulando tanto em ambientes que a valorizavam, quanto naqueles que a compreendiam como um atraso para o

desenvolvimento social, político, cultural e econômico das sociedades, à medida que a mesma sempre esteve associada à concepção de racionalidade preponderante nos diversos tempos históricos que marcaram a trajetória da humanidade (BARBOSA, 2006). Neste sentido, é relevante apreender, mesmo que de modo sumário, o processo de construção e desconstrução da loucura.

Desde a Antiguidade até a Idade Média⁵, de acordo com Barbosa (2006), o louco gozava de certo grau de liberdade, podendo muitas vezes circular livremente pelas cidades e fazer parte do cenário e das linguagens sociais, pois a doença mental, nesses momentos históricos, era tratada como uma questão de âmbito privado, cabendo ao poder público intervir apenas em assuntos ligados ao direito civil. A sobrevivência do louco nessas duas épocas era assegurada pela caridade pública ou por pequenas ações particulares.

Segundo Moura (2012), o atendimento médico dava-se através de fenômenos restritos e localizados, pois o louco muitas vezes era tratado pelas práticas populares e/ou mágico-religiosas, que envolviam a realização de rituais de magia, evocação de deuses e castigos físicos.

Em outros termos,

Nas sociedades pré-modernas a loucura era tratada de formas variáveis, conforme a cultura local; ora como atributo de não humanos, ora como posse (do sujeito) pelos deuses e demônios, ou transcendência à natureza privada da família. Ainda que tornado uma questão pública com a criação do Hospital Geral, o louco era visto em sua diferença tal qual os demais segmentos sociais, posto que a humanidade era naturalmente diferente de si. (ROBAIANA, 2010, p.340)

No final do século XV, com o paulatino declínio do Regime Feudal, sérias mudanças na forma de sociabilidade foram colocadas para as sociedades recém-saídas dos feudos, através do desenvolvimento da produção mercantil capitalista e a expansão do comércio, levando a um expressivo aumento no número de loucos⁶, visto que, a partir desse momento histórico, a lógica do capital já fomentava a concepção de que aquele que não se adaptasse as

⁵ Na Idade Média havia barcos que levavam os loucos para lugares afastados da cidade, como forma de controle sobre eles e proteção para o restante da cidade. No entanto, cabe-nos pontuar que mesmo existindo esses barcos, denominados por Foucault (1978) de “ Nau dos Loucos”, estes ainda gozavam de um certo grau de liberdade na medida em que eles não eram privados de tudo que existia nas cidades, isto é, eles não eram excluídos totalmente da vida social.

⁶ Nesse período histórico são criadas as primeiras Casa de Correção e Trabalho e os chamados Hospitais Gerais, que não tinham nenhuma função curativa (BARBOSA, 2006).

constantes mudanças que seriam produzidas pelas múltiplas formas de exploração da força de trabalho, era cometido de alguma doença mental (FOUCAULT, 1978).

Nos séculos XVII e XVIII, de acordo com Barbosa (2006), emergiu na sociedade, através do projeto da modernidade e dos ideais iluministas ⁷, uma nova ordem social, econômica, política e cultural que fundamentou e implantou os princípios societários da burguesia revolucionária emergente, pela via da razão burguesa, traduzida nos termos da Lei pela Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão de 1789.

Segundo Barbosa (2006), essa nova ordem social consistia em dar liberdade e estabelecer igualdade entre aqueles que podiam fazer parte da relação de compra e venda do livre mercado, tratando de forma excludente aqueles que não podiam participar dessa relação comercial, pois estes não eram considerados cidadãos, mas sim, homens loucos alienados.

Assim, de acordo com a autora, a nova ordem social exigiu outra conceituação para a loucura, pois ao mesmo tempo em que os loucos eram excluídos da vida em sociedade, por não participarem da relação de compra e venda da força de trabalho, os mesmos não podiam ser mais tratados nos moldes do enclausuramento como no Absolutismo, requisitando, através dessa relação contraditória, uma nova forma de tratar e compreender a loucura.

Logo, a burguesia emergente redimensionou o tratamento dos doentes mentais por meio do saber psiquiátrico. Nesse momento, portanto, foi delegada à psiquiatria a função de desenvolver um saber técnico e científico sobre a doença mental, passando a loucura de uma anormalidade para um saber científico. Nesse contexto mesmo os loucos sendo considerados improdutivos, em termos do trabalho, eles teriam que alimentar o capital através das exigências profissionais, técnicas, operacionais e medicamentosas essenciais para o tratamento moral, curativo e punitivo dos loucos (FOUCAULT, 1978). Assim, se estabelece desde os primórdios da sociedade moderna uma relação contraditória entre as conquistas dos loucos e a expansão do capitalismo.

Amarante (1995), Robaiana (2010) e Barbosa (2006) ressaltam que a Psiquiatria nasceu como uma especialidade médica em 1793, sob o legado da Revolução Francesa, através de Pinel. Este concebeu a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, cujas principais causas estariam relacionadas a fatores físicos e morais. A partir de então, a loucura adquire estatuto de “doença mental”, podendo agora ser analisada, classificada, diagnosticada e considerada como objeto médico de tratamento.

⁷ Que embora inicialmente tenham se colocado para libertar o homem da ignorância e emancipá-los, com o erguer do sistema do capital, a liberdade difundida pelo Iluminismo passou a ser a liberdade do capital

Entretanto, a compreensão de Pinel sobre a doença mental dava-se através da moral e do isolamento, pois este compreendia que os tratamentos da doença mental deveriam ser postulados em um ambiente asilar, a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar na sucessão de sintomas para descrevê-los.

De acordo com Barbosa (2006), a partir daí, ocorreu uma reestruturação do espaço cultural da loucura, donde o normal passou a ser aquele que se adapta à liberdade burguesa, estando este ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas, nas quais o Hospital Psiquiátrico passou a ser o espaço social dos seres “desprovidos de razão”.

Segundo Robaiana (2010), o referido espaço institucional atendia aos preceitos do modo de produção emergente, ao passo que, em uma só cajadada a sociedade se “livrava” da convivência com os loucos e reafirmava os valores necessários para sustentação e reprodução da sociedade capitalista.

Contudo, para a autora acima referida,

[...] as correntes organicistas da medicina vêm imprimir esforços para contrapor as teorias de Pinel, buscando encontrar causas anatomopatológicas para a doença mental, dando início ao Movimento Higienista na Psiquiatria. Com base na doutrina das degenerações, que consistia em identificar em determinadas raças a degenerescência hereditária, sustentava com força de ciência a supremacia de uma raça sobre as outras, não aleatoriamente dos europeus colonizados (AMARANTE, 1996). Não podendo ser tratada, a degenerescência deve ser extinta. Tem-se então a florescência da eugenia na psiquiatria. A psiquiatria revela-se agora como instrumento de enfrentamento da questão social, nas particularidades de sua expressão. (ROBAIANA, 2010, p.341).

No Brasil, esse movimento esteve articulado à construção de um ideal de nação, na perspectiva do “melhoramento da raça brasileira”,

Isso ocorreria, segundo os defensores da ideia, devido à boa seleção natural e social que tomaria para si a tarefa de fazer desaparecer a população negra pura e índia (pelo número de mortos elevados, taxa de reprodução baixa e miséria física e moral), bem como pela superioridade biológica dos brancos que em sucessivas gerações de cruzamentos com mestiços não degenerados favorecia pouco a pouco a criação de mulatos superiores, arianos pelo caráter e pela inteligência (REIS, 2000, p. 171 *apud* ROBAIANA, 2010, p 341).

Destarte, a Psiquiatria começa a se direcionar para o campo social, de forma restrita por se propor compreender o fenômeno da loucura através do melhoramento da raça e da seleção natural, mas sendo relevante para seu tempo histórico mediante a ampliação do seu espectro de abrangência, através de intervenções químicas e físicas e a utilização de psicofármacos junto ao modelo asilar.

No período da II Guerra Mundial, segundo Robaiana (2010), intensificou-se a demanda por forças produtivas, frente ao grande número de homens economicamente ativos mortos ou mutilados pelos confrontos, gerando a necessidade de implantar diversificadas iniciativas de humanização dos manicômios e de programas de reabilitação dos loucos, enquanto sujeitos da reprodução.

Nesse contexto, surgiu a psiquiatria comunitária, cujo objetivo era deslocar o objeto da psiquiatria, até então dado como doença mental, para saúde mental, por compreender-se que o fenômeno da loucura não se restringia a questões individuais dos seres humanos, mas sim a toda complexidade social que eles estavam inseridos. “Entretanto, a ampliação do raio da psiquiatria para a comunidade não correspondeu ao abandono do hospital psiquiátrico” (ROBAIANA, 2010, p.342).

Para contrapor a essas vertentes da psiquiatria, segundo a autora em tela, surgiu em 1970, na Itália, um movimento pragmático e inovador, dando origem à psiquiatria democrática, cujo expoente é o diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizila, Franco Basaglia, o qual propôs a ruptura com o paradigma da psiquiatria clássica e, assim, uma nova forma de compreender e lidar com a loucura. Para ele, a questão a ser enfrentada não era a cura ou a reparação da saúde psíquica dos portadores de transtorno mental, mas sim a reprodução da vida social dos mesmos e, conseqüentemente, sua reinserção no mundo social (ROSA, 2002, p.152 *apud* ROBAIANA, 2010, p.343). Tal movimento teve ampla influência internacional.

Enquanto isso, no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu texto incorporou muitas das reivindicações colocadas pelos diversos movimentos sociais, dentre estas as do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e do Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) acerca da concepção de saúde e seu reconhecimento como direito fundamental, a saúde passou a ser implicada na relação que os sujeitos têm com o contexto econômico, social e cultural do país. Ou seja, abrangeu situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso a lazer e bens e não somente entendida como ausência de doença (MACHADO, 2009).

Desta feita, a partir da Carta Constitucional Federal o Estado brasileiro passou a reconhecer formalmente a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo ele legalmente promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos, bem como o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário as ações e

serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (BRASIL, 1988).

O marco histórico da referida Constituição e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através do sancionamento das leis 8080/90 e 1.142/90⁸, requisitou um novo modelo de atenção em Saúde Mental, no qual o manicômio não é mais o dispositivo central da rede de serviços, haja vista que, de acordo com Rocha (2012), o novo modelo de atenção não deveria utilizar os pressupostos da psiquiatria tradicional, pois admite que o processo de reabilitação do sujeito portador de doença mental não se dará apenas na relação médico-paciente, mas também pelo

[...] reconhecimento de que a dimensão social da vida dos indivíduos é um aspecto central em sua reabilitação psicológica ou psiquiátrica, ou seja, reconhece-se que os modos de vida, os ambientes de vivência e as condições sociais dos sujeitos podem favorecer a reabilitação ou acirrar ainda mais os sofrimentos mentais dos sujeitos. (ROCHA, 2012, p.40)

Assim, pode-se ressaltar que o desdobramento desse marco da Psiquiatria no Brasil foi o surgimento do MRP, o qual pôs em questionamento a forma como os “loucos” eram tratados pelo Estado e pela sociedade civil, questionando também o número de manicômios e algumas práticas e saberes da Psiquiatria, visto que o Paradigma da Psiquiatria até então vigente no país era percebido como um conjunto de normas e ações voltadas para solucionar o problema da doença mental, segundo uma visão positivista e medicalizante, em que se buscava uma explicação de causa e efeito para a doença, tendo como horizonte a cura e a tutela, como ressaltou Amarante (1995).

Conforme o autor acima, o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu, pois, no contexto de lutas pela redemocratização do país, quando uma série de denúncias sobre a assistência prestada aos doentes mentais nos manicômios apontava para a superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos, o número insuficiente de profissionais, a privatização e mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Essas denúncias provocaram discussões profícuas sobre a necessidade de humanização da assistência psiquiátrica, requisitando uma mudança radical na forma como eram

⁸ A lei 8.80/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 1.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde. Essas duas leis compõem a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

representados e percebidos os loucos, como eles eram tratados do ponto de vista dos direitos e da assistência nas instituições psiquiátricas brasileiras. Desse modo, as práticas assistenciais da Saúde Mental começaram a ser transformadas de maneira lenta e com muitas resistências.

Segundo Machado (2009), o sujeito reivindicativo do MRP foi o MRS, através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)⁹, cujo objetivo era defender e reivindicar uma nova forma de assistência para aqueles que precisavam dos serviços de saúde mental, através da formulação de propostas que humanizassem os hospitais psiquiátricos brasileiros, pois a situação dos internos dos grandes asilos e a privatização e mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados eram desumanos.

Em síntese, para Machado (2009), o início dos anos de 1980 foi marcado por conquistas dos setores progressistas. No contexto de redemocratização da sociedade brasileira os sujeitos coletivos da Reforma Sanitária levantaram a bandeira do processo de mudança da concepção de saúde a partir dos princípios¹⁰ norteadores do SUS, fazendo com que a noção de desinstitucionalização emergisse com maior evidência junto a todos os setores da sociedade.

Nesse cenário foi elaborado o Projeto de Lei 3657, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a não expansão de novos leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição dos leitos já existentes por serviços intermediários na comunidade e medidas rigorosas de controle de internação involuntária (MACHADO, 2009).

Entretanto, somente após doze anos de tramitação e com cortes no projeto original, foi que a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos, e o redimensionamento do modelo assistencial em Saúde Mental tornou-se um direito adquirido, através da Lei 10216/2001, que dispõe sobre a mudança da concepção de Saúde Mental, a partir da substituição progressiva dos manicômios por uma rede regionalizada de atenção à Saúde Mental, na qual o foco de atenção é o sujeito e os determinantes e condicionantes sociais que lhes perpassam.

A década de 1990 foi marcada por grandes mudanças no panorama mundial e nacional da Saúde Mental. Como ressalta Machado (2009, p. 46),

⁹ Para Machado (2007), o MTSM teve como estopim o episódio da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas do subsetor de saúde mental, composta por profissionais de quatro unidades, quais sejam, Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, que deflagram uma greve em 1978. Em Belo Horizonte, nesse mesmo lapso temporal, com a visita de Basaglia ao Centro Hospitalar de Barbacena foram desencadeadas várias denúncias da Psiquiatria pública e privada, mobilizando a sociedade civil e a imprensa, na busca de alternativas para a situação.

¹⁰ De acordo com Teixeira (2011) os princípios do SUS são: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

O início dos anos de 1990, em relação ao campo da saúde mental, foi marcado pela dominação da inspiração teórica basagliana e da experiência italiana; pelo papel central das lideranças brasileiras do Movimento da Reforma Psiquiátrica na articulação do encontro e de seu documento, a Declaração de Caracas¹¹, e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que desencadeou, logo em seguida, as primeiras normas federais, regulamentando o financiamento e a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos no país.

No período pós-1992 ocorreu o lançamento de diversas portarias ministeriais e medidas concretas de administração dos serviços de Saúde Mental, com o financiamento estatal para novos serviços substitutivos ao hospital especializado convencional, como os Centros e Núcleos Psicossocial, Hospitais-dia, Oficinas Terapêuticas e Laborativas, Centro de Convivência, dentre outros (MACHADO, 2007).

Assim,

Passo atrás, passo adiante, a reforma psiquiátrica tem implementado algumas mudanças, ainda que lentamente. Inicialmente, alguns serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vão surgindo; posteriormente têm-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). No entanto, os CAPS foram as instituições por excelência de substituição de serviços no Brasil. Foram idealizados para funcionarem de forma regionalizada, com o objetivo de atender a pessoas doentes mentais, em especial as com transtornos mentais severos e persistentes (NOGUEIRA, 2015, p.4).

Contudo, observa-se que mesmo o MRP perdurando até os dias atuais, ¹²a desinstitucionalização da loucura no Brasil continua a ser um grande desafio, visto que mesmo o setor psiquiátrico brasileiro tenha alcançado alguns avanços sanitários e jurídicos legais, continua percorrendo por parâmetros biologicistas e biomédicos, limitando-se “a armadilha do neoliberalismo, em que a diminuição dos serviços hospitalares acabou por arrefecer a oferta da atenção, enquanto o promulgado é a substituição por serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos” (MACHADO, 2009, p.47).

Dessa forma, mesmo que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha se apropriado da experiência de Franco Basaglia na Itália e que significativas mudanças tenham ocorrido junto aos serviços de Saúde Mental nos últimos trinta anos, ainda desenvolve-se nos moldes da

¹¹ Segundo Machado (2009), a Declaração de Caracas dispõe sobre a reorientação da assistência psiquiátrica no continente, através da reestruturação da Atenção Primária à Saúde.

¹² Conforme Bisneto (2007), o MRP, bem mais heterogêneo que nos seus primórdios, mas mantém sua expressividade e importância no panorama da Saúde Mental nacional.

desospitalização e não da desinstitucionalização, acarretando o desenvolvimento de grandes impasses para toda sociedade.

Nessa mesma trilha argumentativa, Nogueira (20015) enfatiza que esse lastro do setor psiquiátrico brasileiro não flexionou apenas as questões jurídicas e institucionais dos portadores de transtorno mental e dos serviços de saúde mental. Segundo a autora, as profissões também sofreram severas inflexões, pois o MRP, historicamente, não buscou apenas a transformação das estruturas de atendimento, mas também a transformação dos saberes e práticas profissionais.

Portanto, para análise aqui pretendida, faz-se necessário trazer alguns apontamentos sobre a trajetória do Serviço Social na Atenção à Saúde Mental, o que será tratado na próxima seção.

3 APONTAMENTOS SOBRE A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO SETOR PSIQUIÁTRICO BRASILEIRO

“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la”
(Bertolt Brecht)

A conformação do Serviço Social como uma profissão da saúde e, conseqüentemente da Saúde Mental, nos diversos momentos históricos que demarcaram a história da sociedade brasileira desde 1930 - época em que esta especialização do trabalho insere-se no cenário brasileiro - deu-se no bojo das relações sociais, nas quais cada momento histórico irá requisitar uma atuação profissional, conforme as necessidades societárias emergentes.

Diante disso, para que se possa compreender como essa profissão, ao longo da sua trajetória no Brasil, tem desenvolvido seu fazer profissional no setor psiquiátrico, frente ao quadro das requisições societárias que lhe perpassam e determinam a forma de tratar a loucura, faz-se necessário discorrer alguns apontamentos acerca da inserção do Serviço Social na Saúde Mental e sua articulação com o MRP.

Vale lembrar que, desde o nascimento da Psiquiatria no século XVIII, a loucura teve o modelo biomédico como base do seu tratamento, no qual a figura central era o médico, os medicamentos e o isolamento, conforme discutido na seção anterior.

A figura do médico encontrava-se como base central desse modelo de tratamento,

[...] devido ao protagonismo por ele exercido no contexto das novas configurações trazidas pela doença mental, entretanto, coloca-se a necessidade da intervenção de alguns profissionais, mesmo que seja apenas no auxílio médico, pelo reconhecimento da loucura enquanto doença (BARBOSA, 2006, p.51).

Assim, o Serviço Social insere-se no setor psiquiátrico brasileiro nos anos 1940, “como uma profissão paramédica, ou seja, subsidiária da ação médica” (VASCONCELOS 2013, p.146), para desenvolver seu fazer profissional junto as questões que o saber médico psiquiátrico não davam conta, à medida que já percebia-se que fatores políticos, sociais, culturais e econômicos perpassavam a doença mental, e o espraiamento da mesma interferiria na manutenção da ordem social estabelecida pelo sistema capitalista, necessitando de um profissional que direcionasse sua atuação profissional para higiene social, expressa pela “moralização do indivíduo e da família, de uma atuação sobre o caráter das pessoas, visando à reintegração social por meio da adequação do comportamento à “normalidade” (BARBOSA, 2006, p.58).

Segundo Machado (2007), essa inserção do Serviço Social teve duas frentes principais de trabalho: os Centros de Orientação Infantil e Juvenil e os Hospitais Psiquiátricos. No Centro de Orientação infantil (COI) e no Centro de Orientação Juvenil (COJ)¹³ ocorreu por meio do modelo das Child Guidance, proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, cujo objetivo era tratar e diagnosticar as crianças-problemas e atender crianças, jovens e famílias nas questões ligadas a higiene.

A Psicanálise Freudiana e a Psicologia do Ego influenciaram as elaborações teóricas e práticas do Serviço Social nesse período, enfatizando as abordagens baseadas em “neuróticos/ famílias”, objetivando a reforma moral e adaptação social” (MACHADO, 2007, p36).

Enquanto que o trabalho do/a(s) assistente social nos Hospitais Psiquiátricos

[...] era situado na porta de entrada e saída, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação de alta, confecção de atestados sociais e realização de encaminhamentos, em um tipo semelhante ao after-care psiquiátrico, porém mais burocrático e massificado. Nesse sentido, a intervenção profissional se constituiu como subalterna, burocrática, superficial e, em alguns casos, assistencialista. (MACHADO, 2007, p.36)

Diante disso, Rocha (2012) pontua que o trabalho profissional, nesse momento histórico, desenvolveu-se acriticamente. As ações profissionais do/a(s) assistente social eram marcadas pela psicologização das relações sociais, sendo o foco da intervenção o sujeito.

Vale lembrar que nessa época, o trabalho do/a(s) o assistente social, em todos os espaços sócios ocupacionais, era marcado pela presença do viés adaptativo, individualizador e normativo do higienicismo, bem como enquadrado e subalternizado ao paradigma médico, tendo como fundamentação teórica e técnica a Sociologia e a Psicologia. Enfim, buscava “a estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia do Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica” (VASCONCELOS, 2000, p.185 *apud* SILVA e SILVA, 2007, p.4).

Nessa mesma, direção Rocha (2012) elucida que

Levando em conta as contribuições teóricas sobre a psicologização das relações sociais e a supervalorização da subjetividade neste espaço sócio-ocupacional, podemos dizer que o trabalho do assistente social nesta esfera encontrou um amplo

¹³ Vasconcelos (2000) elucida que o trabalho junto ao COI e COJ, foi uma importante experiência para conformação do modelo do Serviço Social Clínico.

espaço de difusão das práticas conservadoras, moralizantes, sem mediações entre os sujeitos e a totalidade social (ROCHA, 2012, p.35).

Não obstante, conforme Bisneto (2007), nos primeiros trinta anos do Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando no setor psiquiátrico- em clínicas, hospitais ou manicômios-, devido ao número reduzido desses profissionais e dos serviços psiquiátricos até 1960.

O referido autor pontua que a inserção efetiva do Serviço Social na área psiquiátrica ocorreu nos anos de 1970, em decorrência do aumento dos hospitais psiquiátricos no marco das reformas do setor de saúde e da previdência social, promovidas pela ditadura militar, através da administração centralizada e da privatização do atendimento, pois a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária privada impulsionou a abertura de várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS.

É necessário ressaltar que a ampliação das políticas públicas no período do regime civil militar fez parte da dinâmica contraditória da concessão e ampliação dos direitos. Os militares usaram a ampliação das políticas sociais para conter os movimentos sociais contrários ao regime autocrático burguês e garantir a governabilidade, conforme Rocha (2012).

Assim, o Serviço Social foi chamado para inserir e compatibilizar setores sociais a modernização do Estado, administrando conflitos sob a perspectiva da neutralização das forças dicotômicas do binômio assistência *versus* repressão (MACHADO, 2007).

Nesse contexto, apesar da ampliação do espaço sócio ocupacional, o trabalho dos/as assistentes sociais não apreendia “as mediações entre a dimensão objetiva e subjetiva do sujeito e, por isso, não passava de uma ação burocratizada cujo objetivo centrava-se na legitimação dos interesses da medicina mercantilizada, legitimando práticas manicomializantes” (ROCHA, 2012, p.35).

As práticas profissionais não colocavam como objetivo a mudança de concepção do contexto e da prática profissionais dentro da instituição como um todo, nem tinham uma proposta de reabilitação psicossocial efetiva que abrangesse o conjunto das dimensões existenciais e sociais do usuário (VASCONCELOS, 2000, p.188 *apud* ROCHA, 2012, p.35).

Neste sentido, Bisneto (2007) assevera que:

A entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece à mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo no Brasil após 1964: a modernização conservadora dos aparatos do Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos

trabalhadores, à centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil, visado pela ditadura, foi estendida a área da saúde (BISNETO, 2007, p.26).

Dessa feita, o Serviço Social na Saúde Mental não partiu de necessidades terapêuticas e/ou clínicas, mas sim da modernização conservadora dos aparatos do Estado. Assim o/a assistente social foi inserido no setor psiquiátrico para atender as necessidades da Psiquiatria que a racionalidade das ciências psis¹⁴ não davam conta, a exemplo da extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva, como, também, para cumprir a função de executor terminal das políticas públicas na área da Saúde Mental, repetindo a controvérsia histórica de atenuador dos aspectos disfuncionais inerentes ao desenvolvimento do capitalismo (RESENDE, 1990, p.60 *apud* BISNETO, 2007, p.25).

Essa contradição histórica sobre a função do Serviço Social de executar as políticas sociais em seu último estágio junto ao conjunto das demais contradições que assolavam o desenvolvimento do movimento geral do Serviço Social, no período do pós-64, conformam um cenário de grandes impasses teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, à medida que o/a (s) Assistentes Sociais desenvolvem seu trabalho profissional sob a perspectiva da culpabilização, controle, responsabilização e seletividade dos indivíduos.

Assim, as novas teorias que tentavam orientar a prática nos anos de 1970 não conseguiram amadurecer seus aportes teóricos no sentido de desenvolver um conhecimento crítico sobre o trabalho do/a assistente social na Saúde Mental, visto que

[...] as metodologias de duas vertentes distintas, o desenvolvimentismo e a fenomenologia, respectivamente, a ‘perspectiva modernizadora’ e a ‘reatualização do conservadorismo’, que participam do Movimento de Reconceitualização da América Latina, continham conteúdos psicossociais e aspectos da psicanálise que não propunham soluções adequadas à dimensão de classes sociais contida no problema da loucura, que o enfoque da perspectiva de “ intenção de ruptura”, propunha como encaminhamento central no Serviço Social. (NETTO, 1991 *apud* BISNETO, 2007, p.29).

Logo, a atuação do Serviço Social na Saúde Mental é marcada

¹⁴ São ciências que compreendem os indivíduos a partir da sua dinâmica interna, isto é, a partir de uma visão endógena.

[...] por uma forte indefinição teórica, oriunda da dificuldade do aporte teórico construído pela perspectiva modernizadora em responder às crescentes expressões da questão social e, principalmente, na perspectiva de pensar o fazer profissional em um campo fortemente marcado pela subjetividade, recaindo, sempre recorrentemente, na psicologização das relações sociais, embora, neste momento, a profissão é demandada pelo Estado para efetivação das crescentes políticas públicas, que tinham por objetivo conter as massas . [...] Há de se destacar , também, que o trabalho profissional é fortemente orientado pela lógica de caso, grupo e comunidade, fruto da tecnificação da profissão, que tinha por objetivo áreas estratégicas ao governo, apaziguar conflitos, controlar as massas em seu cotidiano (ROCHA, 2012,p.37 e 38).

Em meio à persistência desse cenário complexo e contraditório do Serviço Social na Saúde Mental e o Movimento de Renovação do Serviço Social brasileiro, surge no país no final dos anos de 1970 e entrada dos anos de 1980, através da organização dos movimentos sociais, um cenário político e ideológico que impulsionou, por meio de muita luta e resistência dos movimentos sociais contrários ao regime civil militar, um intenso processo de redemocratização no país, que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada Cidadã, conforme discutido anteriormente.

Silva e Silva (2007) pontuam que o marco das transformações operadas no modelo de assistência a Saúde Mental, pela Reforma Psiquiátrica, exigiu abordagens mais comprometidas teórica e politicamente, por meio da proposta da desinstitucionalização, que retira a atenção em Saúde Mental do âmbito do manicômio e atribui ao doente mental à condição de sujeito portador de transtorno mental, digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais.

É importante situar que o MRP traz uma relação entre marxismo e psiquiatria, por meio de propostas alternativas de esquerda, com amplas preocupações sociais, que combina com a perspectiva do Serviço Social baseada na práxis e as correntes baseadas na Análise Institucional¹⁵, pois

Tanto o Serviço Social contemporâneo quanto à psiquiatria do Movimento de Reforma Psiquiátrica têm influências do Movimento Institucionalista e do Sanitarismo (Bravo,1996). Além disso, o Movimento de Luta Antimanicomial proporcionou uma concepção e prática em Saúde Mental mais politizada, bem como a contratação de mais assistentes sociais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social interferir de forma efetiva nas refrações da “questão social” na área da Saúde Mental. Um dos

¹⁵ A Análise Institucional, de acordo com Bisneto (2007) fundamenta-se na análise permanente dos elementos da prática institucional; das demandas manifestadas e ocultas e das determinações econômicas, políticas e ideológicas.

problemas, de ordem metodológica, é que o Serviço Social não incorporou no seu ensino as correntes da Análise Institucional que fazem a mediação entre os temas básicos em Saúde Mental e a discussão da sociedade de classes (BISNETO, 2007, p.40).

O autor também elucida que o MRP propõe valores similares ao do PEP da profissão, “expresso no reconhecimento da liberdade como valor central, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, eliminação do preconceito, dentre outros” (BARBOSA, 2006,p.131).

Destarte,

O Movimento de Reforma Psiquiátrica representa um grande avanço nas práticas de Saúde Mental, propiciando a contratação de novos assistentes sociais na medida em que este movimento enfatiza a importância da reabilitação social dos portadores de sofrimento mental, por meio de programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer (práticas que não são especificamente “psi”), ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para o usuário da rede de Saúde Mental: os aspectos sociais são mais essenciais para um serviço integralizado de assistência. (BISNETO, 2005, p.115)

Contudo, mesmo o MRP abrindo alguns caminhos e colocando algumas possibilidades para uma prática profissional pautada no arsenal heurístico crítico, que compreende os processos de trabalho em Saúde Mental a partir da concepção de doença mental e do direcionamento da Psiquiatria para o campo social , segundo Machado (2009) , duas grandes restrições são evidenciadas:

1) a primeira refere-se à ausência de formação do/a(s) assistente social na área da Saúde Mental, uma vez que a universidade não tem preparado profissionais para compreender a loucura na sua expressão de totalidade histórica , social e política. Na medida em que, portanto, os debates sobre a categoria psicossocial e os processos subjetivos desaparecem das discussões acadêmicas sob a dominação marxiana e/ou marxista entre as décadas de 1970 e 1980, retornando, apenas no final dos anos de 1990. Assim, a ausência desta formação tem implicado em sérios impasses teórico-metodológicos, ético-políticos e técnicos operativos, na medida em que estes profissionais não conseguem fazer as conexões entre as particularidades da atuação da área psiquiátrica com o movimento geral do Serviço Social e societário.

2) a segunda refere-se ao fato de que nem todos os médicos psiquiatras querem direcionar seus trabalhos para o campo social, para não perder sua hegemonia no espaço profissional. Diante disto, a Psiquiatria não tem conseguido desenvolver-se plenamente a partir dos princípios do MRP, significando um grande impasse para o direcionamento social da Psiquiatria no Brasil. Enfim, o saber médico, para não perder a hegemonia do setor

psiquiátrico, distancia-se da concepção de que os transtornos psíquicos são perpassados por fatores sociais, culturais, políticos e econômicos.

Tais restrições aguçam o solo complexo que vem sendo perpetuado no Serviço Social na Saúde Mental (no movimento de rupturas e continuidades com a cultura tradicional da profissão), visto que a profissão e o setor psiquiátrico não conseguiram conter as interferências que a crise estrutural do capital vem colocando desde o início dos anos de 1970, mesmo o país tendo passado por um intenso e importante processo de redemocratização, no qual muitos direitos sociais foram outorgados na Carta Constitucional de 1988.

Esse cenário agrava-se ainda mais nos anos de 1990 com o processo de reestruturação produtiva, desencadeado no país em meio a uma contrarreforma do Estado, pois o Serviço Social, por ser uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, é requisitado a redimensionar sua intervenção, conforme as (re) configurações do mundo do trabalho, o que será discutido a seguir.

4 (Re) CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E SUAS INFLEXÕES PARA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A burguesia não é fiel, nem monogâmica. Nunca foi. Não será agora que irá mudar sua natureza.
(Mauro Iasi)

Com a entrada dos anos de 1990 algumas particularidades são colocadas para as profissões, através das (re)configurações do mundo do trabalho, de modo a requisitar um perfil profissional favorável à manutenção do sistema reprodutivo e ideológico do capital. Assim sendo, teremos como ponto de partida da nossa análise sobre o trabalho do/a assistente social na Saúde Mental a crise estrutural do capital.

Nos últimos trinta anos, segundo Alves (2012), vivencia-se uma época histórica de reestruturações capitalistas nas mais diversas instâncias da vida social, pois o sistema mundial do capital, como sistema social global, reestruturou-se numa dimensão inédita. O autor elucida que a nova reestruturação produtiva do capital impulsionou um complexo de inovações organizacionais, tecnológicas e sociometabólicas nas grandes empresas e na sociedade em geral, sob a direção moral-intelectual do “espírito do taylorismo”.

Portanto,

A crise estrutural do capital que emergiu em meados da década de 1970, inaugurou uma nova temporalidade histórica do desenvolvimento civilizatório, caracterizada por um conjunto de fenômenos sociais qualitativamente novos que compõe a fenomenologia do capitalismo global com seus “trinta anos perversos (1980-2010)” (ALVES, 2012, P.1).

Nessa mesma direção, Mézaros (2011, p.797) comenta que a crise estrutural do capital é global e cada vez mais grave, necessitando da adoção de remédios estruturais abrangentes, a fim de alcançar uma solução sustentável. Ou seja, “uma crise estrutural afeta a totalidade de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes ou subcomplexos, como também a outros complexos aos quais é articulada”. Logo, uma crise que não precariza apenas os salários, mas toda dimensão do trabalho.

Antunes (2010) observa que o processo de reestruturação produtiva desencadeou novos elementos conjunturais que (re)configurou o mundo do trabalho. Isto posto, Bering (2011) ressalta que neste momento o trabalho passou a ser marcado ainda mais pelo acirramento da luta entre as classes fundamentais (capitalista e proletariado); pela

superexploração da força de trabalho, tendo em vista o desemprego estrutural; a redução dos direitos sociais; a reformulação e formulação das políticas sociais a partir da perspectiva neoliberal, que diminui o Estado para a classe trabalhadora e flexibiliza os direitos sociais por meio de medidas de cunho contrarreformistas, trazendo intensas flexibilizações para o mercado de trabalho e ,consequentemente, para a educação formal e o exercício das profissões.

Com essa mesma perspectiva, Iamamoto (2012b) destaca que a conjuntura atual é marcada por significativas mudanças no padrão de acumulação e regulação do capital, nos marcos da financeirização da economia e da radicalização neoliberal, traduzida no cotidiano da sociedade brasileira através da contrarreforma do Estado instaurada nos anos de 1990, com o Plano Diretor, que restringe a responsabilidade deste e desenvolve novas formas de organização e gestão do trabalho nos organismos empregadores, pela via dos ajustes fiscais, com marcantes alterações nas maneiras como os diversos profissionais de serviços se articulam no interior de suas entidades.

Isso ocorre porque o capital precisa reestruturar-se através das (re)configurações do mundo do trabalho, pois a crise que perpetua o modo de produção capitalista, desde os anos de 1970, não é cíclica, isto é, não afeta apenas os aspectos financeiros/monetários, mas todas as dimensões fundamentais desse modo de produção, colocando em questão sua viabilidade como sistema reprodutivo (MÉSZAROS, 2011).

Entre as formas que o capital utiliza para reestruturar-se através das (re)configurações do mundo do trabalho está a requisição de um novo perfil profissional, que se adapte as constantes mudanças do mercado de trabalho ,a precarização das condições de trabalho e que exerça a polivalência em seu ambiente de trabalho, ou seja, um perfil profissional que responda favoravelmente a todas as flexibilizações da economia e do mundo do trabalho, pela via do pragmatismo e da imediaticidade.

A requisição desse novo perfil profissional e o conjunto das demais transformações societárias engendradas na cena contemporânea brasileira, colocam para o Serviço Social brasileiro sérias inflexões para seus espaços sócio ocupacionais e para a efetivação do seu Projeto ético Político, à medida que as (re)configurações do trabalhado foram realizadas a partir da pós-modernidade¹⁶ e do neopositivismo¹⁷.

¹⁶ A pós-modernidade, segundo Harvey (1992) é um ideário que está relacionado com a emergência de modos mais flexíveis de acumulação capitalista, repercutindo significativamente na construção de explicações sobre a realidade e na definição de caminhos para a ação.

¹⁷ Neopositivismo é a terceira fase do Positivismo. Segundo Hermany (2010). Para o autor, essa fase ele consiste na análise dos fatos sociais sob uma única unidade metodológica, donde observa-se apenas os aspectos empíricos

Nesse sentido, Guerra (2014,) elucida que as novas formas de gestão e relações de trabalho estabelecidas no marco das (re)configurações do mundo do trabalho, a exemplo da autoresponsabilização pela empregabilidade (a medida que o mercado lhe coloca como responsável pela permanência do seu vínculo empregatício); da incorporação de novas funções que se agregam às tradicionais (tendência que tem sido chamada de multifuncionalidade); da diluição da formação especializada e equiparação das diversas profissões do social (tendência à desespecialização), da abstração da necessidade de formação profissional dada a assunção de atividades simples (desprofissionalização); do desmonte dos direitos e suspensão da legislação trabalhista (desregulamentação); da intensificação do trabalho; da rotatividade; da exarcebação do individualismo e da competitividade, dentre outros, redimensionam as intervenções do/a(s) assistente social nas múltiplas expressões da questão social, incidindo diretamente nas demandas e respostas profissionais, na formação e na dimensão ético-política da profissão (GUERRA, 2014).

Desse modo, para a autora acima citada, a crise estrutural afeta também a profissão em suas múltiplas dimensões e campos de intervenção. Nesse momento, as transformações nos espaços sócio ocupacionais expressam, claramente, as mudanças oriundas da chamada contrarreforma do Estado brasileiro, a qual altera o modelo de políticas sociais e repercute no exercício profissional, entendo que o modelo de Estado, seja ele definido como liberal ou como neodesenvolvimentista, é sempre um Estado que, no limite, administra os interesses da burguesia.

Nesse contexto, Iamamoto (2003) ressalta que se faz necessário desencadear um amplo debate nas várias esferas de atuação do/a assistente social- e a Saúde Mental é uma delas-, no sentido de conduzir o trabalho profissional reconhecendo as particularidades dessas esferas e das expressões da questão social que incidem sobre os diferentes espaços sócios ocupacionais, assim como as condições e relações de trabalho que circunscrevem as ações.

Assim,

Dentre os inúmeros desafios que se impõem na orbita do Serviço Social, um deles refere-se à reflexão sobre os rumos analíticos, o conteúdo e as implicações do trabalho profissional no marco da saúde mental, na interface com a psicologia e com o conjunto de atividades terapêuticas, realizado em equipes multidisciplinares (IAMAMOTO, 2003, p.23).

dos fatos sociais. De acordo com a autora o neopositismo tem varias matizes, entre as quais podemos destacar o positivismo lógico, o empirismo lógico, a filosofia analítica e o neobehaviorismo.

Segundo Machado (2006), isso ocorre porque o trabalho do/a assistente social na interface com as equipes multidisciplinares da Saúde Mental é perpassado por algumas tendências e dilemas no tocante à formação e ao exercício profissional.

De acordo com Robaiiana (2010, p 345), verificam-se duas matrizes de atuação do/a assistente social no cenário atual: “uma, identificada como atividade clínica, se subordina à homogeneização dos saberes psi e por outro trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético político e deixa uma lacuna histórica no projeto de Reforma Psiquiátrica”. E uma outra que

preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. Neste particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira ao materializá-la enquanto política social têm colocado enormes desafios à contribuição do Serviço Social (ROBAIANA, 2010, p. 345).

Para Machado (2009, p. 51),

[...] a inserção do Serviço Social na saúde mental coletiva levanta questionamentos acerca do objeto, da especificidade e da legitimidade profissional, que nos revelam um lado “saudável” na tentativa de superação do antigo habitus orientado por uma concepção de sociedade e homem funcionalista e higienista.

Segundo Nogueira (2015), o trabalho do/a assistente social na Saúde Mental tem sido repleto de desafios, visto que para a materialização do PEP da profissão no contexto das transformações societárias contemporâneas é requisitado um profissional que “seja informado, crítico e capaz de propor novas ações que possibilitem incentivar o protagonismo dos sujeitos sociais” (IAMAMOTO, 2008 *apud* NOGUEIRA, 2015, p.), reconhecendo-os com sujeito de direitos.

Entretanto, muitas vezes esse perfil profissional comprometido com o PEP e, conseqüentemente, com a visão de homem/ mundo nele imbricada, é comprometida devido à [...]a ausência ou insuficiência de informação sobre a saúde mental na formação profissional” (NOGUEIRA, 2015, p.7), e a incorporação acrítico do debate sobre “a crise de paradigmas, a pós-modernidade, a dicotomia entre a prática e a teoria, a resiliência, a teoria da

complexidade, o discurso da humanização, do emponderamento, entre outros” (GUERRA, 2014, p.48) .

Destarte,

O trabalho profissional na saúde mental aparece muitas vezes no campo acadêmico cercado de polêmicas e dilemas, como: o debate do Serviço Social Clínico, a subjetividade e o psicossocial. E por outro lado, ainda apresenta-se misterioso ao lidar com o lado “obscuro e imaterial” da saúde (psique/alma) cuja expressão máxima é a loucura (MACHADO, 2009,p.51).

Diante da efervescência das múltiplas controvérsias - muitas já sinalizadas no corpo desse trabalho - que permeiam o desenvolvimento do trabalho do assistente social na Saúde Mental, os autores do Serviço Social brasileiro que tratam desta temática têm alertado e comprovado, através de seus estudos e pesquisas, que existe uma crise do Serviço Social contemporâneo na Saúde Mental, que vem se intensificando após a consolidação do PEP e a criação da Rede de Serviços Substitutivos em Saúde Mental, uma vez que tanto a profissão, quanto os serviços substitutivos apresentam fortes elementos pós-modernos¹⁸ que lhe impedem de romper com os paradigmas da Psiquiatria tradicional e com a cultura do Serviço Social conservador.

Vasconcelos (2000) comenta que essa crise é oriunda da falta de abordagem crítica sobre a subjetividade, remetendo a profissão a um recalçamento das temáticas relacionadas à subjetividade, desenvolvendo, dessa forma, um vazio entre as mediações teóricas e o instrumental metodológico adequado para as intenções nesse espaço sócio- ocupacional.

Segundo o autor referido, esse recalçamento é oriundo da falta de debate sobre a subjetividade e a categoria psicossocial entre os anos de 1970 e 1980 (início da perspectiva de intenção de ruptura do Serviço Social brasileiro). Nesse sentido, o autor alude que as diversas lacunas que marcam a produção do conhecimento, a formação e a prática do Serviço Social na Saúde Mental ocasionam uma crise de identidade.

Para Rodrigues (2002), a referida crise é oriunda de dois elementos centrais:

1) a persistência de traços conservadores na formação do/a assistente social, que se expressam através da postulação de atividades de cunho meramente instrumental e voluntarista, de modo que as respostas profissionais devam partir das singularidades que perpassam as demandas profissionais. As posturas instrumentais e voluntaristas, portanto, resultam do descompasso entre as vanguardas da categoria e o exercício profissional.

¹⁸ Elementos estes, tais como a valorização do homem abstrato; visão holística sobre o homem e a sociedade; compreensão sobre a sociedade a partir das relações de poder, dentre outros.

2) a presença de traços pós-modernos na Reforma Psiquiátrica brasileira, que sustenta a crise de identidade em todo setor psiquiátrico - visto que essa crise de identidade não é exclusiva do Serviço Social -, pela via do irracionalismo e do ecletismo.

De acordo com Bisneto (2005), essa crise ocorre porque mesmo o MRP tendo o discurso da valorização do social as categorias psis, como já pontuado, não querem se isentar do privilégio histórico para ceder o espaço corporativo a uma nova forma de desenvolver o trabalho em Saúde Mental. Nesse sentido o autor pontua que a crise do Serviço Social na Saúde mental está relacionada à dominação do saber psiquiátrico sobre as concepções sobre o social defendidas e apreendidas pelo Serviço Social.

Para Machado (2009), essa crise dá-se em decorrência da dificuldade de articular as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão. Para a autora, os teóricos que trabalham com a temática do Serviço Social na Saúde Mental somente têm encaminhado as suas análises pela dimensão teórico-metodológica, não conseguindo apreender toda a sua complexidade. Portanto, na sua perspectiva, ainda que Vasconcelos (2000), Rodrigues (2002) e Bisneto (2005) concordem, apesar das distintas formas, que existem dificuldades teórico-metodológicas, contudo não avaliaram as transformações no processo de trabalho em Saúde Mental e suas repercussões no fazer profissional.

Diante de todo esse complexo debate, observa-se, através dos estudos de Vasconcelos (2013) sobre a prática e formação do/a (s) assistentes sociais na Saúde, que a crise de identidade do Serviço Social na Saúde Mental está relacionada à crise de identidade do Serviço Social em todo setor sanitário, no qual o/a(s) profissionais tem grande dificuldade de compreender o lugar do/a assistente social na saúde a medida que o trabalho profissional tem se desenvolvido em meio a um processo de luta entre interesses antagônicos que deslegitima o direito à saúde e à transforma em mercadoria, por meio de políticas de ajuste fiscal e do incentivo a terceirização e à privatização.

Segundo a autora acima citada, o cenário de sucateamento da saúde e demais setores públicos da sociedade brasileira colocam grandes dilemas para a concretização do PEP no fazer profissional do/a(s) assistentes sociais, ao passo que o trabalho profissional é marcado pela (re)configuração do mundo do trabalho, que flexibiliza e fragiliza os vínculos empregatícios, bem como requisita um perfil profissional que seja favorável à manutenção do sistema reprodutivo do capital através de uma prática profissional imediatista, pragmática, instrumental e sincrética.

Ainda segundo Vasconcelos (2013), o/a(s) assistentes sociais ao não conseguirem concretizar o PEP em seu fazer profissional, têm desenvolvido suas ações profissionais por um viés conservador, que compreende o Serviço Social, de acordo com Montañó (2009), a partir de uma visão endogenista, fazendo emergir e/ou fortalecer na profissão práticas que se distanciam e/ou que se opõe a direção estratégica assumida pela profissão.

Desta feita, a incompreensão de alguns profissionais sobre o lugar do Serviço Social nos processos de trabalho em Saúde Mental, frente aos desdobramentos da crise estrutural do capital para a profissão, tem conseguido perpetuar a prática do Serviço Social Clínico na Saúde Mental, uma vez que este movimento baliza seus argumentos defensivos no falso dilema sobre a subjetividade, pois para eles o arsenal heurístico e o aporte teórico-metodológico preponderante na profissão a partir da Reconceitualização da Profissão e consolidação do PEP, não contemplam toda a complexidade das demandas que são postas para o/a (s) Assistentes Sociais nessa área.

Nesse sentido, observa-se que

O eixo central de análise acerca da pertinência do Serviço Social Clínico hoje deva ser as conquistas obtidas por esta profissão nas últimas décadas do século XX para cá. Conquistas essas que se expressam no Projeto Ético Político e que remetem a discussão do Serviço Social Clínico não a um parágrafo ou um princípio deslocado do Código de Ética, mas à consideração do mesmo em sua totalidade (RODRIGUES,2003, p.37).

Portanto, analisar o Serviço Social Clínico exige apreender a conjuntura de crise estrutural e seus impactos para o Serviço Social e a Saúde Mental, problematizados nesse item, e contrastar com a finalidade dessa proposta de trabalho profissional para que as mediações que circunscrevem essa prática do/a(s) Assistente Sociais, que a defendem e praticam, possam ser compreendidas em sua totalidade.

Nessa direção, a seção seguinte pretenderá analisar o Serviço Social Clínico através da discussão sobre sua consistência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-político dos argumentos contrários e defensivos do Serviço Social Clínico, os objetivos dessa prática e apreensão do/a (s) Assistentes Sociais que desenvolvem a prática clínica sobre o mandato social da profissão e do PEP.

5 AFINAL, DO QUE ESTAMOS FALANDO?: uma análise sobre o Serviço Social Clínico à luz do Projeto Ético Político do Serviço Social

Desconfiai do mais trivial, na aparência do singelo.
Examinai, sobre tudo, o que parece natural.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois tempo de desordem sangrenta, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumana, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.
(Bertott Brecht)

O Serviço Social Clínico, de acordo com o CFESS (2008) e Rodrigues (2003), é um movimento composto por um grupo de assistentes sociais com formação especializada nas mais variadas abordagens clínicas - holística, bioenergética, psicodrama, teoria familiar sistêmica, transpessoal, entre outras -, que reivindicam a legalidade do uso de terapias no exercício profissional do/a assistente social.

Sob argumento de que o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativos da profissão insuficientes para lidar com as questões referentes à subjetividade dos sujeitos. Assim, o grupo defende o pluralismo metodológico¹⁹ na profissão através de um perspectiva que reconhece do caráter terapêutico do Serviço Social por meio da convergência entre a clínica e o político, segundo Faleiros (2009).

Esse movimento tem sido divulgado através de um fervoroso debate nas redes sociais, tendo como principal teórico contemporâneo brasileiro o professor Vicente de Paula Faleiros, que embora tenha contribuído muito com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, vem disseminando a ideia de que “ entender a clínica apenas como uma psicologização das relações sociais seria cairmos na armadilha de que ela se reduz ao atendimento das difusões sociais para o bom funcionamento do indivíduo no sistema existente (FALEIROS, 2009, p.35). O teórico parte do pressuposto de que a clínica é uma política de fortalecimento dos direitos do/a(s) usuário/a(s) e uma alternativa de orientação social de acordo com os marcos legais da profissão.

Neste sentido, o referido autor defende que o uso de terapias no exercício profissional do/a assistente social constitui-se em uma alternativa de apoio aos usuário/a(s) e

¹⁹Para Tonet (1995), o pluralismo metodológico é um falso caminho, que desagua no ecletismo, o qual se constitui na liberdade de tomar ideias de vários autores e articulá-las segundo a conveniência do pensador, sem, portanto, verificar com rigor a compatibilidade de ideias e paradigmas diferentes, não possibilitando a apreensão do real na sua totalidade.

emponderamento das pessoas na conquista de seus direitos, no qual sua negação significa a negação do próprio sujeito e construção de um estruturalismo estéril, à medida que o trabalho terapêutico coloca-se como um espaço de ressignificação, comunicação contextualizada e rearticulação entre profissional e usuário nos diferentes contextos de atuação, sem realizar a psicologização das relações sociais.

Com a mesma perspectiva, Farhat (2009) comenta que o Serviço Social é uma profissão que se insere em diversas especializações, respondendo a múltiplas e distintas expressões da questão social, donde o homem deve ser compreendido a partir do seu contexto bio-psico-social.

Assim, a autora defende o Serviço Social Clínico argumentando que a metodologia biopsicossocial

[...] foi rejeitada em 1970 pelas Instituições formadoras, e que alicerçou forças contrárias, com a Reconceitualização do Serviço Social. Tal retomada, como novas roupagens, sofreu críticas e até mesmo desqualificações, por ser percebida como improdutiva no sentido de não gerar transformações sociais almejadas na época. Contudo, muitos Assistentes Sociais matem suas crenças buscando ampliar sua formação inicial, nas diversas especialidades complementares, a saber, Psicanálise, Terapia Familiar Sistêmica, redesenhando uma antiga prática com novos alicerces teóricos, ao que denominamos de Serviço Social Clínico ou de caso e sistêmico e construtivista (FARHAT, 2009, p.45).

Farhat (2009) argumenta que a teoria do construcionismo valoriza a visão holística e sistêmica do indivíduo, tendo como pressuposto de análise “o outro” como “especialista”, de modo que o/ a terapêutica está sempre se perguntando sobre a estória dos indivíduos, sem influências a conversa terapêutica. A autora afirma que o enfoque teórico através da narrativa, num , num *setting* dialógico, exercitam o recontar de experiências e estórias, que propiciam novas possibilidades e novos olhares sobre as mesmas estórias. “O papel da terapia nesta perspectiva é promover uma interação facilitando o diálogo entre as diferentes vozes do sistema familiar” (FARHAT, 2009, p.46).

Assim, a autora afirma que a prática clínica privilegia os valores e princípios éticos que compreendem os sujeitos a partir da perspectiva “pessoa-ambiente”, apontando que a prática acontece nas disfunções de ordem bio-psico-social, estando o/ a Assistente Social presente

em situações de crise, de exclusão social, de desordem mental ou emotiva e sobretudo no interrelacionamento.” Para tanto tem em sua formação conhecimento que englobam teorias biológicas, psicológicas e de desenvolvimento social” (FARHAT, 2009, p.46).

Faleiros (2009) comenta que, diante da diversidade de orientações técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas no Serviço Social, é preciso ocasionar debates, divergências, disputas de orientações, de modo que possa ser analisada a efetividade dessa prática junto aos usuário/a(s) e as suas reais contribuições para o arsenal heurístico da profissão.

A priori é importante situarmos que, de acordo com Rodriguês (2009), o único país que ainda não legitimou as práticas terapêuticas foi o Brasil, fazendo com que muitos profissionais se sintam injustiçados, pois eles alegam que os conhecimentos obtidos automaticamente nas especializações- seja em psicanálise, em terapia de família ou outra abordagem psicoterápica- o/a (s) habilitam a realizar terapias em seu exercício profissional.

Rodriguês (2009) expõe que

A Federação Internacional de Assistentes Sociais (IFSW ou FITS), da qual o Conselho Federal de Serviço Social é membro, ao definir mundialmente a profissão, conforme extraídos da tradução de SEIXAS, afirma que o exercício profissional promove: a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento das pessoas na melhoria do "bem-estar" - através de intervenções como aconselhamento, acompanhamento de casos, trabalhos grupais e sociais, tratamento e terapia familiares, entre outras. Outra associação, conforme tradução de SEIXAS, A National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work, afirma que o Diagnóstico e tratamento psicossocial são propósitos do assistente social, e que as intervenções incluem sem limitações um entendimento do comportamento humano, da psicopatologia, da diversidade humana, relacionamentos interpessoais, dinâmica familiar, desordens mentais e outras manifestações comportamentais dos processos conscientes e inconscientes. (RODRIGUÊS, 2009, p.?)

Diante desse lastro de argumentos defensivos , na direção contrária a de Faleiros(2009), Rodriguês (2009), e Farhat (2009), Rodrigues (2003) nos traz a seguinte análise :

Parece-me que o assistente que tem uma formação especializada na clínica tende a menosprezar ou, até mesmo, a refutar as demandas profissionais que

são gestadas no campo sócio-ocupacional onde o Serviço Social está inserido. Parece-me que as demandas que são gestadas a partir da inserção do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho não são reconhecidas como legítimas por aqueles que se especializam na clínica. Deixem-me explicar isso melhor. As demandas profissionais do Serviço Social se expressam principalmente através da triagem, da concessão de benefícios, da orientação, do encaminhamento, da mobilização e da educação popular. Geralmente, o assistente social que tem especialização na clínica responde a estas demandas de forma muito pontual ou, quando pode, as empurra para um assistente social que não tem formação clínica. Quer dizer, ele não reconhece estas demandas, que são próprias do Serviço Social, como suas. O que é campo sócio-ocupacional do Serviço Social? Creio que em todas as áreas em que o Serviço Social está inserido, em qualquer instituição (pública ou privada), o Serviço Social trabalha com algo comum, que é o campo dos serviços, programas, benefícios e políticas sociais. Aí ele trabalha com uma demanda que é a exclusão, administração, planejamento, gestão e/ou assessoria de serviços, programas, projetos e políticas sociais. É justamente isso que não é reconhecido pelo Serviço Social Clínico. É justamente esse pedaço, que é o calço da identidade profissional do Serviço Social, que foge ao assistente social clínico (RODRIGUES, 2003, p. 39 e 40).

Destarte, a autora defende que o Serviço Social Clínico não é uma alternativa profissional, nem uma vertente teórico-metodológica ou técnico-interventiva profissional que amplia ou enriquece o exercício da profissão, pois a clínica não atende às demandas postas à profissão, de modo que o que é feito é algo bastante distinto do que é o Serviço Social. A autora elucida que “ aqui não está em jogo qualquer demérito à atividade clínica ou terapêutica, mas clareza de que o Serviço Social não são creditadas atribuições de cunho “psi”. (RODRIGUES, 2003, p.40)

A autora explica que a clínica defendida por Faleiros (2009) tem como um dos seus subsídios teórico-metodológico e ético-instrumental a Terapia Familiar Pós-moderna ou Ecosistêmica. A autora expõe que essa terapia tem como objetivo a afirmação das diferenças, a tolerância com o outro e o respeito ao sujeito, no qual a família é comparada a um sistema holístico, isto é, ligada a um todo místico.

Essa perspectiva holística, que está presente na segunda vertente da Terapia de Família Sistêmica, comumente está associada a propostas de intervenção

voluntaristas, e isso não é à toa. Essa compreensão da conexão do homem com o todo numa área mítica, quase que adivinha e espiritualizada, tende a levar pessoas a interpretar problemas concretos e reais da vida social, próprios da estrutura e da dinâmica da sociedade capitalista, como problemas ligados à alma humana, ao bem ou ao mal que habitam “naturalmente” em “cada homem”. É óbvio que, para esta perspectiva, a solução possível para tais problemas remonta ao amor e ao afeto. (RODRIGUES, 2003, p. 45)

Desta feita, a autora pontua que a abordagem holística não apenas encobre problemas próprios à ordem burguesa, como também faz renascer o passado messiânico do Serviço Social, à medida que ocorre, segundo Santos, Lima e Neves (?), a retomada de vertentes conservadoras, que responsabilizam os indivíduos pelas desigualdades sociais geradas na relação capital e trabalho, de modo que conceitos da cultura tradicional da profissão são mesclados com as bases do Serviço Social Contemporâneo, distanciando-se, assim, do acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo alcançado pela profissão nos anos de 1990.

Destarte, Oliveira et al (2012) pontuam que o Serviço Social Clínico retoma as ideias conservadoras na profissão ao dar uma nova roupagem para fenomenologia existencial de Ana Augusta de Almeida²⁰, pois sua prática desconsidera a perspectiva da totalidade, remetendo apenas a uma análise individual baseada no fenômeno aparente, fortalecendo ainda mais a lógica do capital, sob forte influência das ideias pós-modernas.

Para compreendermos melhor os argumentos da/o (s) autora/e (s) contrários a prática clínica iremos trazer um recorte dos pareceres colhidos por Seixas (?) sobre a compreensão do/a(s) Assistentes Sociais que colocam-se aptos, pessoal e tecnicamente, para o exercício da prática clínica em seu fazer profissional .

“Para mim a grande falta de respeito se manifesta na desqualificação de uma veia de trabalho da profissão. Por que o CFESS não se detém no código de ética e verifica que a proposta de intervenção social após Documento de Teresópolis, faz com que o S. S. invada a Sociologia e as Ciências Sociais, sem nenhum pós-graduado para tanto? É apenas graduação, que informa e absolutamente não forma. O S. Social clinico apresenta uma veia de trabalho social que existe e é ativa! Nós trabalhamos e conseguimos nos manter pela qualidade de desempenho profissional. Como pode um conselho desqualificar a realidade e fechar os olhos para a realidade social? É hora de atualizar o vivido e não ter rabo preso com nenhuma outra profissão, assim como,

²⁰ Para maior aprofundamento sobre a proposta metodológica de Ana Augusta de Almeida, ler Netto (2011)

exerce o papel de cientista social e sociólogo, sem o menor constrangimento”!!!
(Assistente Social A.)

O Serviço Social vem caminhando na direção contrária as das demais categorias profissionais cujo objeto de estudo e prática é o homem. Acumulamos, ao longo de décadas, vários saberes relacionados ao biopsicossocial, com uma grade curricular com enfoques em várias ciências humanas (antropologia, sociologia, filosofia, psiquiatria, etc.) que nos motivaram à formação (terapia de família, psicanálise, psicodrama, entre outras) direcionada à clínica. Nesta esfera, temos atuado e construindo saberes que deveriam ser incorporados ao Serviço Social, que avançou em direção às questões sociais, mas que, por outro lado, exclui os conhecimentos anteriores como se fossem menores, sem considerar a construção histórica da profissão e as suas diversas vertentes de trabalho. Por que o Serviço Social precisou perder o caráter interdisciplinar e o que é pior por que se fechou? Por interesse de quem? O seu campo metodológico (instrumentos e técnicas), quase que restrito atualmente à pesquisa, deixa os recém- formados sem instrumentalidade de trabalho, pois é no atendimento às pessoas que teoria e prática se realimentam. Não entendo as proposições do Projeto ético político que vem a cidadania no coletivo e negam o trabalho de base de reflexão e empoderamento das pessoas para exercerem a cidadania. Enquanto as demais profissões buscam a constituição e da dinâmica dos seres humanos o Serviço Social se fecha a esta prática fundadora da profissão. Creio que muitas de nós têm apresentado trabalhos de suas práticas, algumas são também autoras de livros e isto é negado enquanto prática do Serviço Social. Precisamos estar na clínica porque este é um lugar que temos ocupado há décadas e com excelentes resultados para a sociedade (Assistente Social B).

Como o projeto político tão anunciado, prescreve o cuidado? O que tem sido chamado de cuidar? O SS tem instrumentos práticos para efetivá-lo (o cuidado)? Nós os assistentes sociais estaríamos cumprindo com um dos pressupostos básicos do serviço social que é a promoção humana? Todos sabem que não podemos despertar potencialidades sem instrumentos adequados para um trabalho sério e efetivo. É da prática do cotidiano, do enfrentamento das diversidades que nos são apresentadas e das inúmeras demandas que nos surgiu a necessidade de buscarmos conhecimentos para uma ação profissional eficaz, que de fato pudesse potencializar a capacidade dos usuários, para que se tornem autônomos, sujeitos de sua própria história. Essa ação tem sido possível graças à prática de um acompanhamento sistematizado – clínico ou institucional – cujo processo num contexto ético permite o desenvolvimento humano. (“Assistente Social C”).

Creio que o melhor seria você se deter na importância da pluralidade para a nossa categoria, o retrocesso que o projeto ético político nos impõe, historiar o serviço social clínico (como começou, como está, diferentes linhas de atuação, a necessidade da formação, etc.). Parece-me que o mais importante nesse momento é informar ao público a possibilidade de áreas de atuação, mercado de trabalho, formação profissional e afirmar o porquê o assistente social pode exercer a prática clínica. São as minhas observações, mas as faço no desejo legítimo de colaborar como Serviço Social Clínico”(Assistente Social D).

O título do trabalho é pertinentes e concordo com a sutileza em abordar a clínica, porém esse é o nosso trabalho do dia a dia, sutil e respeitoso com o outro. Os temas presentes hoje na mídia são a exclusão e sustentabilidade, penso que a clínica seja sustentável, pois o auto-conhecimento leva o sujeito à percepção de si e do outro, com reflexos positivos de consciência do seu papel enquanto indivíduo, na família e nas relações sociais. Como ficarmos excluídos se trabalhamos com a subjetividade, diferenças, singularidades do ser, diversidade, identidades, sexualidades...? (Assistente Social E).

Considerando os pareceres acima apresentados, observa-se uma série de elementos que requisitam uma análise profunda sobre o que esses/essas assistentes sociais reivindicam e qual a sua apreensão sobre o mandato social da profissão e sobre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, nos termos do PEP.

De acordo com o CFESS²¹ (2010), os profissionais que compõe o movimento do Serviço Social Clínico balizam seus argumentos defensivos nos princípios éticos profissionais da liberdade, da autonomia e do pluralismo, pois compreendem que tais princípios significam a abertura para todo e qualquer método teórico, metodológico, avaliativo e interventivo, no exercício profissional do/a (s) assistente(s) sociais, na medida em que se tenta fazer jus às diversas linhas psicoterápicas nas quais alguns assistentes sociais vêm se especializando, sob a argumentação de que esses princípios lhes permitem exercer uma função que, não está no escopo das competências e atribuições profissionais²² do/a assistente social regulamentadas na Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social(8662/1993), nem nas infra-legislações do CFESS.

Diante disso, o CFESS, enquanto órgão normativo que tem a função de disciplinar e defender o exercício da profissão, a partir da segunda metade da década de 1990, realizou

²¹ Conselho Federal de Serviço Social

²² De acordo com IAMAMOTO (2012) *atribuições* referem-se às funções privativas do/a Assistente Social, isto é, suas prerrogativas exclusivas, enquanto as *competências* expressam a capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivo de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais.

uma série de estudos e análises que indicaram uma incompreensão desses profissionais no que se refere aos valores éticos profissionais da liberdade, da autonomia e do pluralismo.

Para o CFESS (2010), os princípios mencionados estão sendo apreendidos e desenvolvidos, pelos assistentes sociais clínicos, de forma equivocada, já que os princípios éticos do Serviço Social estão imbricados na perceptiva crítica do materialismo histórico dialético, que os compreendem a partir do método de Marx. Isto é, os compreendem como resultado do desenvolvimento coletivo da categoria profissional, a partir da categoria da totalidade²³ e do preceito da emancipação humana, pois tais princípios devem referendar o aporte teórico que é hegemônico na categoria profissional, caso isso não ocorra, o profissional estará ferindo o princípio da liberdade e da autonomia, imbricado no Código de Ética do Serviço Social, de modo a desenvolver em seu fazer profissional o sincretismo.

De acordo com Maranhão (2014), os profissionais que não apreendem o movimento da realidade em sua totalidade, e conseqüentemente não objetivam uma intervenção crítica sobre os fenômenos, fatalmente irão reduzir sua prática cotidiana, através dos procedimentos lógico-abstratos que remetem a prática profissional a realização do ecletismo em sua estrutura sincrética.

A problemática do Serviço Social Clínico torna-se ainda mais densa quando colocada junto ao debate do trabalho do/a assistente social na Saúde Mental, visto que essa é uma das áreas onde o/a profissional lida diretamente com as singularidades e particularidades subjetivas das expressões da questão social, requisitando uma visão ampla sobre o sofrimento psíquico que as múltiplas expressões da questão social colocam para a subjetividade dos sujeitos – haja vista que a totalidade da vida social dar-se numa relação dinâmica, contraditória e de determinação recíproca entre a objetividade e a subjetividade, como aponta CFESS(2010)-, como também clareza de que requisição do profissional do Serviço Social na saúde mental sempre esteve ligada a uma necessidade societária²⁴.

Desta feita, cabe-nos elucidar que, de acordo com CFESS (2010), a partir da eclosão do Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil, nos marco do Congresso da Virada, a profissão tem compreendido que a relação entre a objetividade e a subjetividade não

²³ A categoria de totalidade, de acordo com Lukács (1967), significa de um lado, que a realidade objetiva é um todo coerente e, de outro, que as relações estabelecidas na realidade objetiva são ligadas entre si de maneira complementemente diversas, mas sempre determinadas.

²⁴ Nos anos de 1940 junto à infância e aos hospitais psiquiátricos, tendo como caráter de suas ações a higiene mental e a tutela; nos anos de 1970 e 1980 através das exigências do INPS; a partir dos anos de 1990 com a criação de políticas públicas para portadores de transtorno psíquico e a implementação dos serviços substitutivos de saúde mental (BISNETO, 2005).

são é restrita à individualidade de cada indivíduo, pois as questões objetivas e subjetivas dos indivíduos resultam da relação entre as relações sociais que permeiam a vida em sociedade, isto é, resultam das determinações econômicas, sociais, culturais e políticas que demarcam os indivíduos e as duas classes sociais fundamentais .

Assim, o CFESS (2010) argumenta que

[...] é falso afirmar que ao apreender as determinações societárias que incidem na dinâmica da vida cotidiana dos indivíduos, a profissão teria feito uma opção teórico metodológica e ético-política de não considerar os indivíduos em sua singularidade. Prevalece nos fundamentos do projeto ético-político profissional o entendimento do indivíduo como ser genérico e singular e não há espaços para nenhuma dicotomia e/ou antinomia entre sociedade e indivíduo. O entendimento do indivíduo simultaneamente como ser genérico e singular nos remete a considerar tanto as determinações societárias que possibilitam identificar a existência de um profundo processo de desigualdade social, como também, dentre muitas outras, as dimensões de gênero, raça/etnia, orientação sexual e geração. Historicizados em seu tempo histórico e em suas condições de vida e de trabalho, os usuários com os quais trabalhamos são pessoas concretas, com sonhos, desejos, frustrações e buscas incessantes para assegurar possibilidade de continuação da vida em tempos de barbárie produzida pelo sistema do capital. (CFESS, 2010, p.11).

Não obstante, os profissionais que compõe o movimento do Serviço Social Clínico, defendem que o acúmulo teórico-metodológico da profissão não contempla as questões referentes à subjetividade dos sujeitos que utilizam os serviços de Saúde Mental, argumentando que ao apreender as determinações societárias que incidem na dinâmica da vida dos indivíduos, a profissão tenha feito uma opção teórico-metodológica e ético política de não considerar os indivíduos em sua singularidade, conforme CFESS(2010).

A partir desse argumento, os profissionais que defendem o Serviço Social Clínico asseguram que o exercício de terapias em seu fazer profissional lhes tiram da subalternidade em relação aos saberes psis e lhes colocam mais próximos dos usuário/a(s), permitindo-lhes uma intervenção direta com as problemáticas do/a(s) usuário/a(s), ferindo, desta forma, todas as conquistas alcançadas pela profissão nos últimos trinta anos, no que se refere ao mandato social e o projeto societário a que a profissão direciona-se.

Robaiana (2010) argumenta que a adesão desses/as assistentes sociais ao uso de terapias no seu exercício profissional advém da crise de identidade²⁵ da profissão numa área em que maciçamente as demais categorias são formadas para a clínica.

Outro elemento são os constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica do capital, haja vista que, no contexto atual de crise estrutural do capital, o Serviço Social Clínico busca obter um lugar ao sol, conforme Vasconcelos (2013), a medida que o uso de terapias coloca o/a assistente social numa posição favorável junto as (re)configurações e flexibilizações do mundo do trabalho e, conseqüentemente, junto a ideologia do capital, de modo a assegurar a permanência do seu vínculo empregatício.

Robaiana (2010, p.346) compreende que

[...] escapar aos constrangimentos psi não significa abster-se do campo ou assumir uma perspectiva assistencialista instrumental. Se a tarefa histórica do Serviço Social na saúde mental não é ater-se à subjetividade, também não é restringir-se a assistência social.

No que se refere aos objetivos das práticas terapêuticas, de acordo com o CFESS (2008), destacam-se o autoconhecimento, a facilitação de acesso aos serviços da comunidade, a mudança subjetiva, o esforço da dinâmica interna de cada indivíduo através da valorização autoestima, da ajuda para superação de crises e potencialização da força da vida interna. “Daí aparecer como vertentes teóricas da Psicanálise, Psicoteologia, Teoria Sistêmica, Teoria Construtivista, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire, a Psicoteologia, entre outras derivações aí presentes (CFESS,2008, p.11)”.

O CFESS (2008), a partir dessas constatações, pontua que as problemáticas que circunscrevem os espaços sócio ocupacionais do Serviço Social na Saúde Mental e demais áreas do seu fazer profissional são analisadas do ponto de vista do sujeito e não da integralidade do processo, percebendo-se aí uma confusão metodológica, ao apontar como objeto de trabalho, quem seria, em tese, o público usuário da ação.

Para o CFESS (2012), essa confusão metodológica demonstra uma incompreensão dos/as assistentes sociais clínicos sobre o que é matéria do Serviço Social nas diversas demandas que lhes chegam à Saúde Mental. Ou seja, sobre os artigos 4º e 5º da Lei 8662/1993, que dispõe sobre as competências e atribuições privativas do/a assistente social,

²⁵ Já sinalizada na seção anterior.

sobre o significado sócio histórico, o mandato social e o acúmulo teórico da profissão, na medida em que se deixa de analisar os sujeitos a partir da totalidade da vida social, em detrimento de visões endógenas que não compreendem os sujeitos dentro das relações sociais que permeiam a vida social.

Dessa forma, os/as assistentes sociais que optam pelo exercício da clínica em sua prática profissional estão ferindo a integralidade do cuidado dos/as(s) usuários, visto que deixam de cumprir as competências e atribuições profissionais previstas nos artigos da Lei de Regulamentação da Profissão, acima referidos, para desempenhar uma função, que dentro na divisão social e técnica do trabalho, não lhe compete, deixando-a ao encargo de profissionais que não são habilitados para desempenhá-la ou simplesmente deixando de atender o que é matéria do Serviço Social nas demandas que chegam nos espaços sócio ocupacionais do/a assistente social na Saúde Mental.

Logo, o Serviço Social Clínico, ao ferir a integralidade dos/as usuários, nega as bandeiras de luta dos sujeitos coletivos, a exemplo do MRS e MRP, que reivindicaram não somente a ampliação do conceito de saúde, mas também a mudança da concepção de Saúde Mental. Além de ferir todo o esforço da categoria profissional do Serviço Social para ser compreendida com uma profissão de saúde e, conseqüentemente, da Saúde Mental, visto que o Serviço Social é introduzido no setor sanitário a partir da concepção de que saúde não se restringe ao processo saúde/doença, mas sim da relação intrínseca entre os sujeitos e os determinantes sociais da saúde que perpetuam a reprodução da vida social.

Nessa mesma trilha argumentativa, Bisneto(2005) ressalta que, além de todos os aspectos acima referidos, o Serviço Social Clínico contrapõe-se aos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual porta valores similares ao do PEP.

Enfim, à proporção que o Serviço Social Clínico fere a integralidade dos sujeitos e os princípios da Reforma Psiquiátrica e não avança com a ruptura do conservadorismo profissional, nem legitima a emancipação humana em sua prática profissional, ataca fortemente a direção social estratégica da profissão, expressa no já mencionado PEP.

Segundo Rodrigues (2003), entender a problemática do Serviço Social Clínico, na cena contemporânea do Serviço Social, se faz necessário analisá-la a partir da relação entre as demandas e as respostas profissionais.

Contudo, Yazbek (2009 a) comenta que para uma abordagem do Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais, deve-se partir da apreensão do significado social da profissão. As suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas não permitem desvelar a

lógica no interior da qual as mesmas ganham sentido. Assim sendo, é preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das repostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e às suas múltiplas dimensões.

Para compreender a qual projeto societário o Serviço Social Clínico está imbricado, é imprescindível, como ressaltam Mota e Amaral (2014), entender que as mudanças operadas na ordem capitalista produziram novas demandas profissionais, ampliaram os espaços sócio ocupacionais, modificaram as condições de trabalho, exigiram a incorporação de sólidos fundamentos para adensar a formação profissional e desafiaram as práticas organizativas dos sujeitos profissionais. Tudo isso realizado em um curto espaço temporal, considerando-se que, em menos de um quarto de século, numa conjuntura histórica marcada pela reestruturação produtiva do capital, as conquistas e avanços da profissão passaram a integrar o cotidiano profissional e acadêmico do Serviço Social, seja através de aportes que permitem a problematização crítica dos fenômenos sociais contemporâneos, seja oferecendo repostas profissionais portadoras de opções ético-políticas.

Portanto, as autoras acima referidas, deixam claro que o contexto atual ao ser marcado pela reatualização das práticas e ideologias conservadoras, necessárias à reprodução do capital contemporâneo; pelo esvaziamento da compreensão crítica da sociedade, através do estímulo a análises superficiais da realidade e à necessidade de dar respostas imediatas, de efeito “útil” ou prático, tem requisitado do Serviço Social a redefinição de estratégias e táticas para enfrentar as problemáticas emergentes, tanto no âmbito do exercício profissional, da formação profissional, da regulação da profissão, da produção de conhecimentos como no plano macrossocial, onde se incluem as articulações e lutas políticas.

Desse modo, observa-se que a prática do Serviço Social Clínico, juntamente com o debate sobre o tema, emerge numa conjuntura histórica que desafia o Serviço Social a compreender e a intervir nas novas configurações e manifestações da questão social, expressas na precarização do trabalho e na penalização dos trabalhadores na sociedade contemporânea, como destaca Yazbek (2009 b).

Portanto, compreende-se que o exercício do Serviço Social Clínico no fazer profissional do/a assistente social não se configura, apenas, como um descumprimento de lei, mas também como uma defesa de projetos societários antagônicos ao defendido pela profissão, visto que essa prática assegura os círculos estáticos do capitalismo, em sua fase contemporânea, no exercício profissional dos/as Assistentes Sociais Clínicos, à medida que defendem a utilização

de referenciais que não possibilitam a apreensão dos os sujeitos a partir das multiplicas relações sociais que permeiam a vida em sociedade.

Desse modo, observa-se que para uma análise mais aprofundada sobre a prática do Serviço Social Clínico na Saúde Mental precisamos desconstruir alguns círculos que asseguram intervenções psicologizantes, imediatistas e pragmáticas no fazer profissional do/a assistente social na Saúde Mental para que assim se possam construir cirandas que rompam e/ou tencionem a institucionalização da loucura na rede de serviços substitutivos e, principalmente, nos serviços que ainda tem como foco o tratamento medicamentoso e o isolamento.

Diante disso, destacaremos, a seguir, algumas contribuições acerca da temática estudada, longe de esgotar a questão, mas com o intuito de provocar algumas análises e nos aproximarmos de mais algumas mediações que circunscrevem a problemática do Serviço Social Clínico.

5.1 DESCOSNTRUIR CÍRCULOS PARA CONSTRUIR CIRANDAS: algumas contribuições para o debate sobre a prática clínica do/a assistente social na Saúde Mental.

Conforme o exposto até aqui, pode-se ressaltar que o Serviço Social Clínico resulta de contradições técnico-operativas, teórico- metodológicas e ído-políticas sobre o mandato social e o Projeto Ético Político da profissão.

Rodrigues (2003) elucida a existência do viés pós-moderno na base constitutiva do Serviço Social Clínico, à medida que os/as assistentes sociais que realizam a prática clínica em seu fazer profissional absorvem as demandas sob uma perspectiva endógena e asseguram os círculos estáticos do capital em suas respostas profissionais, através da naturalização e criminalização da questão social.

Razão pela qual Guerra (2015) chama a atenção para o desenvolvimento de instauração de perfis profissionais concatenados com os moldes da sociedade burguesa, do capitalismo avançado, cuja configuração societária é de desemprego estrutural, de precarização das formas de trabalho, em que o Estado responde às sequelas da questão social com políticas sociais focalizadas. Logo, os trabalhadores são requisitados a se aventurarem

na reprodução de suas vidas através do empreendedorismo, sendo responsabilizados pela própria empregabilidade. Para a autora, é evidente, nesse movimento, a reatualização da responsabilização dos indivíduos pelas suas dificuldades de reprodução social, bem como o crescimento, no âmbito cultural, de mecanismos para a manutenção da vida, como o apelo aos esoterismos, livros de autoajuda, misticismo, dentre outros.

A prática do Serviço Social Clínico na Saúde Mental pode-se dizer que é marcada por duas tendências de atuação. A primeira é representada por aqueles profissionais que por não realizarem a relação teoria e prática no seu fazer profissional e, conseqüentemente, por não compreenderem o lugar do Serviço Social nos processos de trabalho da Saúde Mental, apreendem a clínica como o melhor dispositivo de trabalho na área, sob a argumentação de que ela contempla a subjetividade dos sujeitos e retira a profissão da subalternidade dos saberes psis. A segunda tendência é representada por aqueles profissionais que optam por realizar uma prática profissional por um viés acrítico, moralizador e factual que pactua com o reacionarismo vivenciado na sociedade brasileira.

Segundo Guerra (2014), esses perfis profissionais decorrem de uma série de incompreensões acerca do mandato social da profissão, frente à conjuntura de ajustes neoliberais e avanço da crise estrutural do capital, pois muitas vezes a profissão ainda é compreendida como vocação, prática de ajuda e/ou militância, pautada em valores anticapitalistas românticos e humanistas-cristãos. Apoiada num ceticismo, que supõe que as condições objetivas da realidade possam ser subsumidas ao “compromisso” e à boa vontade do/a profissional, prossegue a autora, desencadeiam-se posturas voluntaristas e messiânicas que historicamente têm levado à incorporação gradativa de funções genéricas, demandas inespecíficas, meras atividades que não cabe a nenhuma profissão.

Ainda para Guerra (2014, p. 47), ao mesmo tempo em que uma espécie de marxismo idealista toma conta da profissão e o PEP torna-se uma pauta de orientações de dever ser, essa tendência atualiza-se na perspectiva de um anti-neoliberalismo e uma visão possibilista que não avança na crítica das estruturas, ou seja, frente ao avanço dos ajustes neoliberais, faz-se o que é possível. “Nesse aspecto, a profissão atualiza-se na perspectiva voluntarista, de um lado, e militantista (seja da militância religiosa, seja da militância política), de outro” (GUERRA, 2014, p.47).

Enfim, para a autora supracitada, o eixo desencadeador desses perfis profissionais é a permanência de uma suposta neutralidade política no interior da profissão, a qual é compreendida como uma categoria homogênea, o que resulta na negação tanto das diferenças,

quanto do diferente. Logo, observa-se uma abstração do fato de que a profissão é composta por sujeitos profissionais plurais, não conformando um amplo campo de consenso.

Para Mota e Amaral (2014), portanto, o conservadorismo que marca o caldo da cultura profissional do Serviço Social no século XXI não se explicita como negação da orientação e dos fundamentos marxianos, mas pelo marxismo funcionalista, pelo método da escolha racional, pelo pensamento pós-modernos e, como ressalta Maranhão (2014) por um novo sincretismo, provocando uma consequência fulcral no projeto de formação profissional crítico e, conseqüentemente no exercício profissional, posto que esses elementos metodológicos e ideo-políticos apartam a crítica da economia política do método e da teoria da revolução, sem se preocupar com a revolução. Isto é, criando um marxismo sem sujeito revolucionário e uma realidade sem história.

6 CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS

Privatizam sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar. É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contentes querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento que só a humanidade pertence.

(Bertot Brecht)

Diante das discussões que fundamentaram este ensaio, foi possível apreender que o Serviço Social Clínico na Saúde Mental fere a integralidade da assistência em Saúde Mental e a direção estratégica do PEP da profissão, ao reivindicar um modelo de abordagem terapêutica pautada na concepção de homem “abstrato” universal. Concepção esta que dilui a sociedade nos processos subjetivos, dando origem a uma análise de cunho sistêmico e um dispositivo de trabalho focado exclusivamente nos aspectos psicológicos.

Observa-se que o Serviço Social Clínico comporta uma série de problemas metodológicos, éticos e políticos que se confrontam com a materialidade dos pressupostos do MRS, MRP e do PEP, dificultando o desenvolvimento de uma prática profissional voltada para os direitos sociais, para o exercício da cidadania, da autonomia e da liberdade, contribuindo, pois, para a manutenção e reprodução do sistema capitalista, numa clara reatualização da herança conservadora da profissão. .

O debate sobre o Serviço Social Clínico, frente aos elementos conjunturais que (re) configuram o mundo do trabalho e, conseqüentemente, as relações sociais que conformam a vida em sociedade, impõem grandes desafios para (des)contruir os círculos estáticos que asseguram as imposições do capital no fazer profissional dos/as assistentes sociais na Saúde Mental.

A prática clínica pode-se dizer, atende a racionalidade hegemônica do capital à medida que o/a assistente social é requisitado para desenvolver ações que não condizem com suas atribuições e competências profissionais, conforme a Lei de regulamentação da profissão. Ações estas que fortalece, sobretudo, a institucionalização do paradigma da loucura na sociedade atual.

Para desconstruir esses círculos estáticos, acredita-se, se faz necessário fundamentar a prática profissional na Saúde Mental com os pressupostos teóricos críticos- ontológicos da tradição marxista e a perspectiva basagliana da Psiquiátria democrática. Desse modo, tornara

possível a construção de uma ciranda na roda da loucura e o direcionamento de uma prática profissional emancipada, que vislumbre uma nova ordem societária.

RERÊNCIAS

ALVES, Geovane. **A crise estrutural do capital e sua fenomenologia histórica**. Disponível < <https://blogdaboitempo.com.br/2012/09/21/a-crise-estrutural-do-capital-e-sua-fenomenologia-historica/>> Acesso em 05 de junho de 2016.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, Ricardo. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo, SILVA, M. A. M (Orgs). **O avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 15-24.

BARBOSA, Karina G. B. de Melo. **Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social**. Dissertação (Mestrado). Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise Institucional da prática**. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Serviço Social e Sociedade**, n.82, São Paulo: Cortez, 2005, p. 110-131.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990

BRAZ, Marcelo. **Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social**. In CRESS 7a. Região. Assistente social: ética e direitos. Rio de Janeiro: CRESS/7a. Região, 2005.

BREDOW;S. G.; DRAVAZ G. M. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva**. Disponível < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>> Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão**. Brasília/DF, 2012.

_____. **Serviço Social e Reflexões sobre Práticas Terapêuticas**. Brasília/DF,2010. Disponível < <http://www.cefess.org.br> > Acesso em 20 de fevereiro de 2016

_____. **Práticas Terapêuticas no âmbito do Serviço Social: subsídios para aprofundamento do estudo**. Brasília/DF, 2008. Disponível < <http://www.cefess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf> > Acesso em 20 de fevereiro de 2016

Em foco: O Serviço Social Clínico e o projeto ético-político do Serviço Social. CRESS-7 Região/ Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, Maio : 2003.

ESCORSIM, Leila Netto. **O Conservadorismo Clássico: elementos para caracterização e crítica.** São Paulo: Cortez, 2011.

FALEIROS, V. P.. **A relação entre clínica e política em serviço social.** Disponível <http://praticasterapeuticas.blogspot.com/2009_05_01_archive.html> Acesso em 30 de março de 2016.

FARAT, C. “ **Afinal o que legitima a atuação do Assistente Social como terapêutica de família?**”. Instituto de Psiquiatria- IPUB/ UFRJ. Rio de Janeiro: 2009

FOCULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

GUERRA, Yolanda. **Transformações societárias e Serviço Social: repercussões na cultura profissional.** In: MOTA. A. E., AMARAL.A (org), Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, peijas e desafios. Recife: Editora UFPE, 2014, p. 45-62.

____. ; REPETTI, Gustavo; ANDRADE, Antônio; BONIEK, Platini . **Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social: contribuições ao debate.** Disponível <<http://docplayer.com.br/9484705-Atribuicoes-privativas-e-competencias-profissionais-do-a-assistente-social-contribuicoes-ao-debate.html>> Acesso em 25 de fevereiro de 2016.

HAEVEY, David. **Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** Trad. Adail Ubirajara Sobral; Maria Stella Gonçalves. São Paulo: Loyola, 1992.

HERMANY, Mariane Inês. **Positivismo, Fenomenologia e Marxismo.** Disponível <<http://plaggiado.blogspot.com.br/2010/08/positivismo-fenomenologia-e-marxismo.html> > acesso em 01 de julho de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 20 ed. São Paulo: Cortez, 2012 (a).

____. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e o trabalho do/a Assistente Social na atualidade.** In: CFESS. Atribuições privativas do(a) Assistente Social- Em Questão. Brasília/DF, 2012 (b), p. 33-74.

____; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica,** 34 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LUKÁCS, G.. **Existencialismo ou marxismo.** São Paulo: Senzala, 1967

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistente sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social.** São Paulo: Editora HCITEC, Volume III, 2009 (p. 32-120)

_____. A singularidade e a pluralidade do Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental. **Dissertação** (Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

MARANHÃO, César. Uma peleja teórica e histórica: Serviço Social, sincretismo e conservadorismo. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. (Orgs). **Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, pelejas e desafios**. Recife: Editora UFPE, 2014, p. 63-123.

_____. **Sincretismo, tradição marxista e estratégias de atuação profissional**: notas sobre a importância histórico-ontológica dos fundamentos para a ruptura com o conservadorismo no Serviço Social. UFPE, Recife :2006.

MÉSZÁROS, István, 1930. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução de Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. Serviço Social brasileiro: cenários e perspectivas nos anos 2000. In: MOTTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela (Orgs). **Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, pelejas e desafios**. RECIFE: Editora UFPE, 2014, p. 11-43.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social**. 2ºed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOURA, Viviane Guedes Gonçalves. **Participação Familiar: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) em Campina Grande/PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2012.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16º ed. São Paulo: Cortez, 2011

_____. O Movimento de Reconceituação 40 anos depois. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº84. São Paulo: Cortez, 2005 (p. 21-36)

_____. **A construção do Projeto Ético Político do Serviço Social**. Disponível <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAah2sAA/a-construcao-projeto-etico-politico-servico-social>> acesso em 01 de Julho de 2016.

NOGUEIRA, Maria Sônia. **Discutindo o espaço ocupacional do Serviço Social na Saúde Mental**. Disponível < <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/discutindo-o-espaco-ocupacional-do-servico-social-na-saude-mental.pdf> > acesso em 30 de janeiro de 2016

OLIVEIRA, A. C; KALLYNE, M. S.; SILVA, M. G. F.; BENEDITO, J. C.. **As “ práticas terapêuticas” ou “ serviço social clínico: uma retomada das ideias conservadoras na profissão**. Disponível < <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/463>> Acesso em 10 de março de 2016.

ROBAIANA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 102. São Paulo: Cortez, 2010, p.339-341.

RODRIGUÊS, José M. de S. Serviço Social Clínico. Disponível <<http://www.webartigos.com/artigos/servico-social-clinico/23224/>> acesso em 29 de março de 2016.

RODRIGUES, Mavi . **Reforma psiquiátrica em tempos pós-moderno.** Revista Praia Vermelha, n°6, primeiro semestre. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002, p.93-119.

ROCHA, Tatiana Schlobach. Saúde Mental como campo de intervenção dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Rio das Ostras: Universidade Federal Fluminense, 2012.

SANTOS, T. B.; LIMA, T. M. M.; NEVES, G. K. O. **Práticas terapêuticas no Serviço Social: uma das expressões do (neo) conservadorismo.** Disponível <<https://colouio3.files.wordpress.com/2015/03/prc3a1ticas-terapc3aauticas-no-servic3a7o-social.pdf>> Acesso em 10 de março de 2016.

SANTOS, Josiane Soares. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro.** São Paulo: Cortez Editora, 2007. (Coleção questões da nossa época: v. 132.).

SEIXAS, S.M. **Um novo olhar para o Serviço Social:** Subjetividade e prática clínica. Disponível < <http://assistentesocialplus.blogspot.com.br/p/um-novo-olhar-para-o-servico-social.html>> acesso em 28 de março de 2016.

SILVA, Danielle Marinho Barros ; SILVA, Amanda Alves . **A Reforma Psiquiátrica e o trabalho do Assistente Social.** Disponível <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/638db7c72773369e3639DANIELLE%20MARINHO_AMANDA%20SILVA.pdf> acesso em 20 de março de 2016.

TONET, Ivo. **O Pluralismo Metodológico: um falso caminho.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, n. 48, 1995, p. 35-57.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Disponível <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> acesso em 01 de julho de 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo, Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Kathleen E. Leal. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional.** Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Conselho Federal de Serviço Social- CFESS/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS, v.1. Brasília, 2009a, (p. 125-142)

_____. **Os fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Conselho Federal de Serviço Social- CFESS/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS, v.1. Brasília, 2009b. (p. 143-163)