



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

ELIANA BRITO NASCIMENTO

**CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO
SOCIAL A PARTIR DO ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DA BAHIA**

**Salvador
2014**

ELIANA BRITO NASCIMENTO

**CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO
SOCIAL A PARTIR DO ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania, área de concentração em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. Michel Perreault.
Co-orientadora: Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado.

**Salvador
2014**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

N244 Nascimento, Eliana Brito.

Construção do projeto ético político do serviço social a partir do estudo de caso de um Hospital Psiquiátrico da Bahia/ Eliana Brito Nascimento. – Salvador, 2014.
168f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Prof. Dr. Michel Perreault.

Coorientação: Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado.

1. Reforma Psiquiátrica 2. Projeto Ético Político – Serviço Social
3. Hospital Psiquiátrico - Bahia - Estudo de Caso I. Título.

CDU 364.444:616.89

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIANA BRITO NASCIMENTO

**“CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLITICO DO SERVIÇO SOCIAL A
PARTIR DO ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA BAHIA”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 16 de setembro de 2014.

Banca Examinadora:



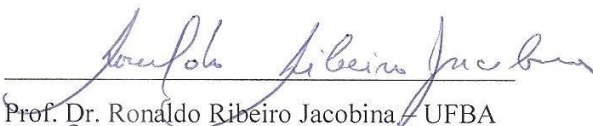
Prof. Dr. Michel Perreaut – Orientador - UCSal



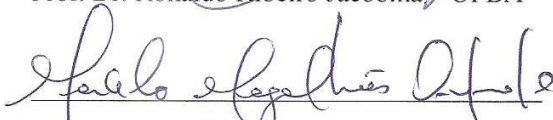
Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado – UFBA/UCSal



Profa. Dra. Maria de Fátima Pessoa Lepikson - UCSAL



Prof. Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina – UFBA



Prof. Dr. Marcelo Magalhães Andrade - UFBA

A Edna Amado

Guardiã da Utopia
Incansável jardineira do “Impossível chão”.

AGRADECIMENTOS

A Antônio Carlos e Dolores,
Luzia, Carla, Beto, Jairzinho e Jamile
Ana Júlia e Pedro Gabriel
Lastro e esteio,
Pelo antes, durante e depois.

Aos usuários e trabalhadores de Saúde Mental
Os donos dessa história.

A Socorro Paim
Pelo impulso e amparo neste novo vôo.

A Michel Perreault e Josimara Delgado
Pelo entusiasmo agregado à competência e compromisso na Orientação.

Pequenos Gestos

“Moço, segura a minha mão.
Eu pedi e ele disse: - Não.”.
Vera S.

Dia de alta psiquiátrica, fim de um exílio em sua própria pátria.
Mão de ferro no pulso e a Mão de fada pendida no nada.
Em casa, a mesma cena: o pulso passa para outra mão de algema.

É chegada a hora de dar um basta
A essa violência imensa,
Que vive como crença, como casta,
Nos pequenos gestos, no detalhe.

Doida varrida, Maluca beleza, Louca demais... pela vida.
Sem dono é, agora, o teu abandono.
Pulso livre, seguir de mãos limpas. De mãos dadas.
JACOBINA, R. R. O Poeta e o Lógico. Salvador: Hetera, 2014.

RESUMO

Este estudo busca refletir sobre o trabalho cotidiano das(os)¹ Assistentes Sociais, dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva de entender como estes profissionais podem, através do seu trabalho, dar materialidade ao Projeto Ético Político da categoria. O questionamento parte da reflexão sobre dois processos em construção no contexto da sociedade brasileira, e que têm seu ponto de convergência no exercício profissional das(os) Assistentes Sociais inseridas(os) no campo da Saúde Mental. São estes processos: A construção, a partir de um processo histórico de organização das(os) Assistentes Sociais brasileiras(os), de um Projeto Ético Político profissional hegemônico para a categoria; e a consolidação, no âmbito das Políticas Públicas brasileiras, de um processo de transformação das respostas sociais à problemática da “loucura” que, no âmbito da saúde, propõe o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, denominado Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista que ambos são processos complexos, inseridos no contexto social contraditório, cuja materialização pressupõe a reflexão e ação dos sujeitos sociais envolvidos, considera-se a existência de fatores, dificuldades, contradições que os condicionam, operando avanços e retrocessos. Ambos, Reforma Psiquiátrica e Projeto Ético Político, inscrevem-se no contexto de disputa de projetos societários, sujeitos ao jogo das forças políticas e econômicas. Deste modo, a Pesquisa tem a relevância de contribuir para o amadurecimento das discussões em torno do trabalho profissional da(o) Assistente Social, em suas relações interdisciplinares, no complexo campo da Saúde Mental, considerando o acúmulo ético – político, teórico – metodológico e técnico – operativo desta categoria. A Pesquisa buscou, pois, analisar como se constrói, no trabalho cotidiano das(os) Assistentes Sociais, o Projeto Ético Político, dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Estabeleceu, como objetivos específicos: Identificar, no trabalho das Assistentes Sociais, no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a construção dos elementos ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos do Projeto Ético Político do Serviço Social; destacar os pontos de convergência e divergência entre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Projeto Ético Político do Serviço Social; Para tanto, foi realizado um desenho de Estudo de Caso analítico - descritivo, elegendo como campo um Hospital Psiquiátrico localizado em Salvador. Teve respaldo na Teoria da Estruturação de Anthony Giddens, utilizando-se da Etnografia. Como Instrumentos de Coleta de dados, foram utilizados entrevistas com Informantes Qualificados, além de pesquisa documental e bibliográfica. Os dados coletados foram analisados com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2012). A triangulação dos dados define, como fio condutor da análise, a existência de uma disputa entre o Modelo Asilar e o Modelo de Atenção Psicossocial que atravessa a história da Instituição, sendo o Serviço Social signatário deste último.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Projeto Ético Político. Serviço Social.

¹ Pretende-se reconhecer, ao longo deste trabalho, a representatividade do gênero feminino nesta profissão (mais de 95%), utilizando a linguagem de gênero, com a menção de ambos os gêneros, conforme “procedimento que vem sendo adotado em todas as publicações do CFESS, de forma a contribuir com uma atitude de desconstrução do machismo na linguagem gramatical” (cf. Resolução CFESS no. 594 de 21.01.2011). Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 26 maio.2013, às 17:20hs.

ABSTRACT

This study aims to reflect on the nature of the daily work of Social Workers, considering the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform, within the perspective of understanding how these professionals, through their work, can implement the Ethical and Political Project of that profession. This questioning starts from the reflection on two processes in the construction of the Brazilian social context, related to the professional performance of Social Workers inserted in Mental Health. These two processes are: the construction, through the historical process of the organization of the Brazilian Social Work, of an Hegemonic Professional Ethical Political Project for that profession; and the consolidation, in the context of Brazilian Public Policies, of the process of giving social answers to the problem of the “madness” which, in the health environment, proposes a new way to the mental health services, called Psychiatric Reform. Considering that the two processes are complex, inserted in a contradictory social context, whose realization involves reflection and action of the concerned social subjects, the reality of existing factors, difficulties and contradictions that are determining them, may create improvements and retrogressions. The psychiatric Reform as well as the Ethical Political Project are enrolled in the fight between opponent social projects, subjected to the political and economic forces in presence. In that way, this research should contribute to maturing discussions on the professional achievement of Social Workers, through interdisciplinary relations, in the complex field of Mental Health, considering the cumulative ethical – political, theoretical – methodological and technical-operational development of this profession. This research aims to analyse how is constructed, in the daily work of Social Workers, the Ethical Political Project, into the Brazilian Psychiatric Reform proposals. The specific objectives are: Identify, in the work of Social Workers, through the Brazilian Psychiatric Reform, the ethical-political, theoretical-methodological and technical-operational elements of the Ethical Political Project of Social Work; highlight the points of agreement or of divergence between the Brazilian Psychiatric Reform and the Ethical Political of Social Work. Therefore, an analytic and descriptive Case Study research design was used, selecting a Psychiatric Hospital of Salvador as research fieldwork, with the support of Anthony Giddens’s Structuration Theory, in an ethnographical perspective. As data collecting instruments were used interviews with key informants, apart documental and bibliographical reviews. The collected data were analysed with the Content Analysis Method of Bardin (2012). The triangulation of data sets, such as thread of the analysis, the existence of a dispute between the asylum Model and the Model of Psychosocial running through the history of the institution, with the signer latter Social Service.

Keywords: Psychiatric Reform. Political Ethics Project. Social Work

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	DETERMINANTES SOCIAIS DO SERVIÇO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO SEU PROJETO ÉTICO POLÍTICO	19
2.1.1	O Contexto Sócio Histórico	19
2.1.2	A Profissionalidade do Serviço Social	21
2.1.3	A Construção Histórica da Profissão no Brasil	22
2.1.4	As Dificuldades para a Materialização do Projeto Ético Político na Prática Profissional	28
2.2	A HISTÓRIA DA EXCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA	29
2.2.1	A Construção Histórica do Hospital Psiquiátrico	29
2.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA: A HISTÓRIA EM CURSO	37
2.3.1	A Desconstrução do Hospital Psiquiátrico	37
2.3.2	A Reforma Psiquiátrica Brasileira	40
2.4	O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	52
2.4.1	Redimensionando o Cuidado	52
2.4.2	Dificuldades e Desafios: a História por fazer	59
3	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	61
4	RESULTADOS	63
4.1	O PERÍODO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DE PESQUISA	63
4.2	A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO INSTITUCIONAL	75
4.3	O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DOS ANOS 60 / 70: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTAL TÉCNICO OPERATIVO A PARTIR DO PROCESSO REFLEXIVO	86
4.4	FINAL DA DÉCADA DE 1970 E INÍCIO DA DÉCADA DE 1980: O SERVIÇO SOCIAL E O MOVIMENTO COLETIVO POR TRANSFORMAÇÕES NA INSTITUIÇÃO	86
4.5	ARTICULAÇÃO DAS REFLEXÕES E AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A REALIDADE MACRO-SOCIAL (ANOS 80/90)	112
4.6	ARTICULAÇÃO COM O MOVIMENTO SOCIAL E INCIDÊNCIA SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL (ANOS 90/2000)	119
5	DISCUSSÃO	130
5.1	DIMENSÕES TÉCNICO-OPERATIVA, TEÓRICO-METODOLÓGICA E ÉTICO-POLÍTICA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL X	145
5.1.1	A dimensão técnico-operativa	146
5.1.2	A Dimensão teórico-metodológica	149
5.1.3	A Dimensão ético-política	153
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
	REFERÊNCIAS	161

1 INTRODUÇÃO

Há um vínculo estrutural entre o surgimento do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho e a constituição das políticas sociais, ambos compondo a estratégia estatal para enfrentamento das manifestações da questão social presentes na sociedade brasileira na década de 1930. Behring e Boschetti (2009) descrevem uma trajetória paralela e ao mesmo tempo imbricada das políticas sociais e da profissão, relacionando, desde as condições sócio históricas que dificultaram, inicialmente, a percepção desse vínculo pelos profissionais, até o debate crítico em torno do significado social da profissão e de uma revisão teórico-metodológica – já sintonizado com o processo de redemocratização do país, a partir do final da década de 1970 – que reposicionou o Serviço Social brasileiro em relação à política social, na perspectiva da cidadania e dos direitos, rompendo com a perspectiva modernizadora².

As autoras atestam que, contraditoriamente, a modernização conservadora, na medida em que buscava neutralizar as possibilidades de socialização do poder político, por meio de mecanismos coercitivos e reforçadores da classe dominante, também produziu as condições para a configuração de uma sociedade civil mais complexa, dando lugar a lutas democráticas. Assim, a crise da ditadura, que se inicia com a crise econômica a partir de 1974, abre espaço para o processo de redemocratização do país, que avança na década de 1980 (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

É nesse momento que vai se desenhando o que se convencionou chamar de Projeto Ético Político para a categoria, identificado com um projeto societário que responde aos interesses da classe trabalhadora, e que vai se consolidando em torno do reconhecimento da liberdade como valor central; compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos

² A Perspectiva Modernizadora, expressa nos Documentos de Araxá (1967) e de Teresópolis (1970) representam, segundo Netto (2008, p.164-165), “[...] a consolidação modelar da tentativa de adequar as (auto)representações profissionais do Serviço Social às tendências sócio – políticas que a ditadura tornou dominantes [...]”, vinculadas à ideologia das políticas de desenvolvimento que caracterizaram a política governamental no período pós-64 e que, na prática profissional, traduziu-se em uma “leitura burocrática da Política Social”, implicando em uma prática “de natureza descritiva e operacional”, “com certa hostilidade para com a teoria” e de “subordinação às práticas governamentais conjunturais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

direitos humanos; garantia e ampliação de direitos (NETTO, 2006). Ainda segundo Netto (2006, p.143), “É somente quando se conquistam e se garantem as liberdades políticas fundamentais [...] que distintos projetos societários podem confrontar-se e disputar a adesão dos membros da sociedade”.

Nesse contexto da redemocratização do país, emerge, fruto da organização da sociedade civil, o Movimento da Reforma Sanitária, que inscreve, no cenário da formulação de políticas, o projeto de Reforma Sanitária. O referido projeto tem como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e os importantes avanços da Constituição Federal de 1988, que incorpora a Seguridade Social e inclui, pela primeira vez no texto constitucional, uma Seção destinada à Saúde, consolidando o conceito de Saúde como direito de todos e dever do Estado. A Reforma Sanitária teve na Constituição de 1988 o lastro para a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – através das Leis 8.080, de 19.09.1990 e 8.142, de 28.12.1990. Contudo, com o avanço do Neoliberalismo, na década de 1990, a sociedade brasileira foi palco da disputa entre projetos societários opostos: “[...] o da sociedade sustentada em uma *democracia restrita*, que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na *democracia de massas*, com ampla participação social [...]” (NETTO, *apud* BRAVO; MATOS, 2007, p.198, grifos do autor).

Como impacto da Contra - Reforma do Estado para a Saúde, observa-se o avanço do Projeto de Saúde privatista e a desconstrução do projeto sanitarista, juntamente com o desmonte da Seguridade Social. Assim, a arena da política de saúde espelha a relação dialética entre os interesses do capital e as necessidades do trabalho, sendo a ação do Estado determinada pela correlação de forças dos interesses opostos. Para Bravo (1998, *apud* BRAVO; MATOS, 2006, p.206) “[...] os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, [...] apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social”. Já a profissão, na análise da autora, enquanto realizava o seu processo de revisão interno, em busca de uma nova direção profissional, esteve em descompasso com outras lutas também democráticas da sociedade, como o Movimento pela Reforma Sanitária, o que se reflete na categoria ainda hoje (BRAVO; MATOS, 2006). Assim, apesar de ser a quarta categoria no âmbito do SUS, ainda se expressa em termos de imprecisão quanto à operacionalização do Projeto Ético Político na prática cotidiana, o que levou à

elaboração, pelo Conselho Federal de Serviço Social, do documento intitulado “Parâmetros para atuação do Assistente Social na Política de Saúde” (CFESS, 2013).

Semelhante à Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira também constitui uma conquista da sociedade civil organizada, através do MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que, já na segunda metade da década de 1970, denunciava o abandono e violência a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospitais psiquiátricos brasileiros, bem como as fraudes no sistema de financiamento, chamando a atenção para a correlação entre a prevalência do modelo de assistência asilar, a modalidade de contratação do chamado “setor conveniado” – clínicas privadas com fins lucrativos totalmente financiadas por verbas públicas – e a baixa eficácia no sistema de controle do Estado.

Em 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, marcou a ampliação da discussão técnica realizada até então para os campos político, ideológico e cultural, politizando decididamente a questão da Reforma. O Manifesto de Bauru empregou, pela primeira vez, a expressão “Luta Antimanicomial”, afirmando a aliança com o “movimento popular e a classe trabalhadora organizada” e lançou a palavra de ordem: “Por uma Sociedade sem Manicômios” (MANIFESTO DE BAURU, 1987). Assim posicionado, o movimento, originalmente de trabalhadores, incorporou os usuários e familiares organizados politicamente, que passaram a se constituir em diversas entidades representativas, assumindo o papel de agentes críticos e impulsionadores do processo.

Tendo como referência o Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, definiu-se pela busca da superação do manicômio, operando uma ruptura em relação a outras iniciativas de Reforma ocorridas na Europa e Estados Unidos, onde a tendência a uma “psicologização” dos problemas representados pela exclusão da “loucura”³

³ O termo “loucura” é utilizado por Michel Foucault em seu clássico *História da Loucura na Idade Clássica* (1997) para descrever um fenômeno social, considerando, ao longo da história, as diversas formas de relação entre a sociedade e aqueles seus membros que manifestavam, em seu comportamento, características incompreensíveis diante dos padrões estabelecidos como “normais”. Com o nascimento da psiquiatria e do asilo, a “loucura” ganha status científico ao ser catalogada enquanto “doença mental”, passando a ser objeto de conhecimento e de intervenção da medicina. Os fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, por sua vez, consideram o conceito de “existência – sofrimento”, buscando superar um reducionismo biológico, remetendo a uma condição da existência humana que, enquanto tal,

levou à sua despolitização. No dizer de Franco Baságlio (2005), precursor do movimento na Itália:

Se [...] havia-se posto ‘entre parênteses’ o contexto social em que a doença mental se instaura, a fim de abordar o desenvolvimento do fenômeno puro no doente mental, agora, invertendo os termos, tentaremos isolar e colocar entre parênteses’ a doença mental, para analisar suas relações com o contexto social em que se desenvolve (p.46).

De acordo com Amarante (2003), o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica brasileiro inscreveu-se como um processo social complexo, envolvendo diversas dimensões, que se relacionam de forma dinâmica: as dimensões teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-política e sociocultural. No âmbito teórico-conceitual, o movimento ensejou o surgimento de um outro modelo de assistência denominado “Modelo de Atenção Psicossocial”, o qual opera, tanto no sentido do redimensionamento do cuidado, para além da remissão do sintoma psicopatológico, quanto no sentido da reintegração das duas dimensões da existência: a dimensão psíquica e a dimensão social. Trata-se de uma mudança de paradigma que vai provocar, além de desconstrução no campo do saber – com o desenvolvimento de um outro arcabouço conceitual – uma transformação social, no sentido da revisão da relação da sociedade com a “loucura”. Assim, foram inúmeras, até este momento – 2014 – as conquistas nas quatro dimensões supracitadas, ressaltando-se a importância da aprovação da Lei 10.216, de 06.04.2001, que redireciona o modelo de atenção em saúde mental, assim como um vasto número de Portarias Ministeriais que, hoje, definem e sustentam a Política de Saúde Mental brasileira.

Ressalte-se que grande parte dos avanços foram conquistados em plena vigência dos ajustes neoliberais, só sendo possível por meio da mobilização social – destacando-se o protagonismo dos usuários, organizados politicamente em suas próprias Entidades, assessorados e sustentados pelo Movimento Antimanicomial e pelos serviços substitutivos, cuja “clínica” se ampliou incorporando a dimensão política. Como processo complexo, entretanto, permanece ainda permeado de contradições, avanços e retrocessos, inserido que está no jogo das forças políticas e econômicas. Nomeiam-se, ainda, grandes opositores a este modelo, representados,

demandam cuidado ampliado, que levem em conta aspectos bio - psicossociais. (BASÁGLIO, 2005; AMARANTE, 2003). Neste trabalho, utilizamos os termos “loucura”, “doença mental” ou “existência – sofrimento”, em consonância com os contextos históricos abordados.

principalmente, pela FBH (Federação Brasileira dos Hospitais), pela Associação Brasileira de Psiquiatria e por representantes da Indústria Farmacêutica.

Uma transformação tal como a que vem se dando no campo da Saúde Mental não poderia ocorrer sem afetar a divisão sócio técnica do trabalho. Assim, à hegemonia do saber médico, sucede-se o que se nomeou de “Clínica Ampliada”, respaldada na interdisciplinaridade. Abre-se, portanto, um vasto campo de trabalho para as(os) Assistentes Sociais, que já tinham no Setor da Saúde o seu maior empregador.

As Portarias GM 224/92 e 251/02, que regulamentam o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, incluem o(a) Assistente Social na equipe técnica mínima, exigindo, no caso dos Hospitais psiquiátricos, um profissional com 20 horas de trabalho para cada 60 pacientes internados. Também a Portaria GM 336/02, que regulamenta o funcionamento dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial – estabelece, em seu Art. 4, item 4.3.2, que trata dos Recursos Humanos, alínea c, a exigência, para compor a equipe técnica mínima, de cinco profissionais de nível superior, em cujas opções está a(o) Assistente Social. Embora a inclusão deste profissional seja optativa para os CAPS, serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que mais se expandiu – segundo dados de 2011 das Áreas Técnicas do MS (Ministério da Saúde), SESAB (Secretaria Estadual de Saúde da Bahia) e PMS (Prefeitura Municipal de Salvador), existem, atualmente, 2.000 CAPS no país, 182 na Bahia e 18 em Salvador – é notória a opção pela contratação da categoria. Tome-se como exemplo o último concurso público realizado pela PMS, em que o maior número de vagas disponibilizadas para as(os) Assistentes Sociais destinavam-se à lotação nos CAPS do Município (56 vagas), conforme Edital de Concurso Público 01/2011, de 09.08.2011, da SEPLAG (Secretaria Municipal de Planejamento, Tecnologia e Gestão).

Relativamente novos – se levados em conta os mais de dois séculos de vigência do modelo manicomial, os dispositivos de Saúde Mental enfrentam, agora, dentre outros, o desafio da qualificação. Ressentem-se do descompasso das Universidades, já que muitos cursos não reformularam seus currículos tendo em vista a Reforma Psiquiátrica, o que se reflete em dificuldades na incorporação dos

conceitos e princípios da Clínica Ampliada por parte das diversas categorias profissionais. Em relação ao Serviço Social, não é diferente.

Tomando-se a experiência das Assistentes Sociais inseridas no campo desta pesquisa, pode-se verificar a extrema coerência entre os princípios que animam o projeto de reforma psiquiátrica antimanicomial e aqueles que conformam o Código de Ética da profissão. Pode-se citar a defesa do direito ao “pleno exercício da cidadania”, a “defesa da liberdade e do direito à presença no espaço social” e a “aliança com outras políticas de emancipação e lutas libertárias”, constantes na Carta de Princípios da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. (RENILA, 2004). Quanto à prática profissional, sendo a(o) Assistente Social qualificada(o) a “[...] atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais [...]” (CFESS, 1999), há um espaço amplo para construções, na perspectiva da interdisciplinaridade, seguindo a noção de campo de responsabilidade e núcleo de competência (CAMPOS, 2000).

Entretanto, alguns pontos de vista explicitados por profissionais da área expressam preocupações quanto a uma possível retomada do conservadorismo profissional, temendo a suposta diluição das particularidades da prática profissional no trabalho multiprofissional; o comprometimento da intencionalidade do trabalho da(o) Assistente Social ao realizar novas tarefas inscritas no cotidiano dos novos Serviços; o risco de utilização de “práticas terapêuticas”⁴ como uma especialização do exercício profissional⁵.

Os pontos de vista supracitados conflitam com a experiência da autora desta pesquisa, em cuja trajetória profissional inclui-se uma participação efetiva na construção da Reforma Psiquiátrica, quer na prática cotidiana no interior um hospital psiquiátrico, quer na colaboração com a gestão, em matérias de interesse da população usuária, quer na condição de membro do movimento antimanicomial, ocupando espaço de controle social e de assessoria aos usuários do sistema de saúde mental.

⁴ A Resolução CFESS no. 569, de 25.03.2010 “Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. (CFESS, 2010, disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 26 maio.2013, às 17:25hs)

⁵ Informação veiculada por Suenya Santos em Palestra proferida no Hospital Juliano Moreira, Salvador, em 31.05.11.

A este respeito, aproxima-se da avaliação de Machado (2009) - que, retomando a origem da inserção das(os) Assistentes Sociais no chamado *Serviço Social Psiquiátrico*, que data de 1905, e, pautado no paradigma da Institucionalização, demanda, das(os) Assistentes Sociais, intervenções localizadas e pré-definidas, subordinadas ao saber médico, voltadas para o ajustamento, numa perspectiva funcionalista e higienista – compreende que,

[...] o componente gerador de desconforto no Serviço Social não é a diluição do social nos aspectos “psicológicos”, mas sim a ampliação da democratização do debate do ‘social’ na equipe e nas diversas intervenções de outros profissionais [...] (MACHADO, 2009, p.246).

A referida autora, além de compartilhar nosso entendimento de que tal ampliação da Clínica é resultado da histórica mobilização dos trabalhadores de Saúde Mental, afirma que:

A inserção do assistente 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 da intervenção calcada numa concepção de sociedade e de homem funcionalista e higienista (MACHADO, 2009, p.245).

Respalda essa reflexão a colocação de Iamamoto (1998):

[...] as alternativas não saem de uma suposta “cartola mágica” do Assistente Social; as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. Assim, a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; todavia impõe limites e possibilidades. Sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social (p.21).

Constitui-se, portanto, na principal motivação para a eleição da Questão Norteadora em tela, a existência de perspectivas de análise tão diferentes, relacionadas a um campo de trabalho relativamente novo para o Assistente Social, onde o debate e a sistematização do conhecimento ainda são incipientes. Corroboramos o entendimento de que a construção e afirmação da prática das(os) Assistentes Sociais nesse campo só será efetivada mediante o continuado esforço de reflexão teórica sobre a realidade e a prática profissional,

residindo na possibilidade de contribuir para tal reflexão, a relevância deste Estudo.

Supõe-se, outrossim, que tais problematizações em torno das mudanças no contexto do trabalho profissional explicam-se neste determinado momento histórico. Refletem, por um lado, a existência de reais transformações no campo da saúde mental, com suas conseqüentes interferências na dinâmica da realidade; e por outro, os desafios postos para o Serviço Social na atual conjuntura, na busca de avançar para uma consolidação interligada das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, dando conta das implicações e contradições postas pela cultura pós-moderna, no cenário neoliberal que se apresenta (YASBECK, 2009).

A Pesquisa teve, pois, como Objetivo Geral, analisar como se constrói, no interior de um Hospital Psiquiátrico, o Projeto Ético Político do Serviço Social dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Enquanto Objetivos Específicos buscou: identificar, a partir de análise documental e entrevista com informantes, a construção dos elementos ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos do Projeto Ético Político do Serviço Social, dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira; e destacar os pontos de convergência e divergência entre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Projeto Ético Político do Serviço Social.

Sendo assim, optamos por um Desenho de Estudo de Caso, utilizando a Etnografia, com respaldo na Teoria da Estruturação de Anthony Giddens (2009), a qual considera a dimensão reflexiva presente na prática dos profissionais e sua possibilidade de construir saberes, a partir da reflexividade individual e do diálogo com o coletivo.

Tendo em vista que o saber profissional consolidado pelo Serviço Social ao longo das últimas décadas tem seu lastro na Teoria Social Crítica, cabe ressaltar a necessária defesa do pluralismo (IAMAMOTO, 2006; NETTO, 2006; YASBECK, 2009a) – dialogando com outras vertentes teóricas, sem resvalar para o “ecletismo”.

Assim como afirma Netto (1996, p.117 *apud* YASBECK, 2009), pode-se reafirmar a influência da tradição marxista,

[...] mas incorporando valores auridos noutras fontes e vertentes e, pois sem vínculos estreitos ou sectários, aqueles matizes estão diretamente conectados ao ideal de sociabilidade posto pelo programa da modernidade – neste sentido, tais matizes não são ‘marxistas’ nem dizem respeito apenas aos marxistas, mas remetem a um largo rol de conquistas civilizatórias e, do ponto de vista profissional, concretizam um avanço que é pertinente a todos os profissionais que, na luta contra o conservadorismo, não abrem mão daquilo que o velho Lukács chamava de ‘herança cultural’ (p.158-9).

Assim é que resulta, este trabalho, em uma busca de aproximação entre o Modelo da Estruturação proposto por Anthony Giddens (2009) para a compreensão dos impactos da interação entre Agentes e Estrutura e a perspectiva marxista incorporada pelo Serviço Social brasileiro.

Limitada por condicionantes institucionais a que se submete o Programa de Mestrado, a pesquisa ora realizada ateu-se à coleta de dados a partir de entrevista com três informantes gerais, sujeitos com acumulado conhecimento relacionado à política de saúde mental, história e dinâmica institucionais, informações e aspectos que subsidiam a compreensão do percurso de construção do projeto ético político pelo Serviço Social naquele lugar; análise documental, a partir de documentos e boletins informativos e análise de bibliografia produzida a partir daquela realidade. Baseou-se a Análise de Conteúdo em Bardin (2012).

Pretende-se prosseguir com o tema, conservando o campo de pesquisa, em Projeto para Doutorado. Nessa perspectiva, a investigação terá, como sujeitos, representantes dos diversos segmentos que interagem no espaço institucional, elegendo, como unidade de análise, a prática da contenção física. A coleta de dados dar-se-á através de análise documental, observação direta da prática de contenção física e realização de entrevistas narrativas com atores à frente desta prática: profissionais de Serviço Social, Medicina, Enfermagem e usuários do Serviço.

Deste modo, a Fundamentação Teórica trata, inicialmente, de recuperar os principais determinantes sociais do Serviço Social, analisando, numa dimensão sócio histórica, a sua profissionalidade e o processo de construção e materialização

do seu Projeto Ético Político. Em seguida, faz uma descrição analítica das construções históricas em torno da Saúde Mental, abordando desde o contexto que instituiu a Doença Mental, a Psiquiatria e o Hospital Psiquiátrico, como componentes do Modelo Asilar, até a busca de redimensionamento do cuidado pela criação do Modelo de Atenção Psicossocial que configura a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os Resultados da Pesquisa são apresentados no Capítulo seguinte, subdividido em uma cronologia, ressaltando os períodos significativos que atravessam a história da Instituição constituída como campo de pesquisa, acompanhados pela análise dos processos de construção do Projeto Ético Político do Serviço Social e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Explicita, pois, como se constroem esses processos a partir da trajetória do Serviço Social da Instituição, considerando os dados obtidos através dos relatos dos entrevistados, bem como análise bibliográfica e documental.

A Discussão dos dados vai revelar como, a partir da triangulação dos dados obtidos, verifica-se, como fio condutor da análise, a existência de uma disputa entre o Modelo Asilar e o Modelo de Atenção Psicossocial que atravessa a história da Instituição. Revela também, como se posicionam os atores sociais, diante desta disputa, sendo o Serviço Social signatário do projeto contra - hegemônico de questionamento e transformação da Instituição. O capítulo traz, ainda, uma análise das dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas do trabalho das Assistentes Sociais no campo de pesquisa.

Por fim, nas Considerações Finais, destaca-se a relação entre a disputa de projetos no micro – contexto institucional e a disputa de projetos societários no macro – contexto. Ressaltam-se limites e possibilidades no debate profissional em torno do Projeto Ético Político e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Faz-se considerações a respeito das perspectivas de análise adotadas. Reafirma-se o compromisso do estudo com a qualificação do debate profissional e inscreve-se a proposta de aprofundamento do tema em Projeto de Doutorado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DO SERVIÇO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO SEU PROJETO ÉTICO POLÍTICO

A análise do Projeto Ético Político do Serviço Social requer, como afirma Iamamoto (2006), a ruptura com uma “visão endógena da profissão”, buscando uma compreensão dos determinantes sociais que conformam o trabalho profissional a partir das transformações históricas da sociedade. Essa ampliação pressupõe o entendimento da dinâmica da relação Estado / classes sociais; as demandas dos usuários e suas estratégias de enfrentamento das manifestações da questão social; sua inserção na divisão sócio-técnica do trabalho; sua regulamentação / normatização; as implicações do “caráter dos organismos empregadores” e dos vínculos de trabalho estabelecidos para a efetivação do trabalho profissional; “políticas e relações de poder que interferem na definição de competências e atribuições profissionais” e as condições materiais para a viabilização do trabalho.

Certamente as respostas acionadas dependem do perfil social e profissional dos assistentes sociais e, em particular, da apropriação teórico-metodológica para leitura dos processos sociais, princípios éticos, a clareza quanto às competências, atribuições e o domínio de habilidades adequadas ao trabalho concreto realizado, o que condiciona a eleição de estratégias acionadas, a qualidade e resultado dos serviços prestados (IAMAMOTO, 2006, p.182).

2.1.10 Contexto Sócio Histórico

É consenso no meio acadêmico, a existência de um vínculo estrutural entre o surgimento do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho e a constituição das políticas sociais, ambos compondo a estratégia estatal para enfrentamento das manifestações da “questão social”. Para Netto (2011, p.18), “[...] as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entrecruzam com a ‘questão social’, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica.” (grifos do autor)

O autor nos remete ao processo de sucessão do capitalismo concorrencial pelo capitalismo monopolista, que tem início no final do século XIX, caracterizado, essencialmente, pela perseguição do objetivo de potencializar os lucros para o capital por meio do monopólio dos mercados. Ora, tal propósito, para efetivar-se, requeria o apoio de mecanismos extra econômicos, donde o redimensionamento do Estado, o qual deixa de atuar como “guardião das condições externas da produção capitalista” – sua peculiaridade na fase concorrencial – assumindo as características de “comitê executivo da burguesia monopolista”. Na fase monopolista, portanto, “[...] as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas” (NETTO, 2011), passando, este, a intervir internamente na economia, sistematicamente e de modo continuado, funcionando como um “administrador dos ciclos de crise”.

Entretanto, a legitimação desta condição remete à correlação de classes, requerendo a busca do consenso. É a partir daí que o Estado passa a incorporar as demandas das classes subalternas, dando-lhes respostas significativas – fruto da sua capacidade de mobilização e organização política - desde que estas possam ser “refuncionalizadas para o interesse direto e/ou indireto de maximização dos lucros” (NETTO, 2011, p.29) Para assegurar os interesses do capital, o Estado passa a responsabilizar-se pela manutenção da Força de Trabalho, garantindo-lhes determinados níveis de consumo, e o faz por meio de um sistema de proteção social.

“É só a partir da concretização das possibilidades econômico – sociais e políticas segregadas na ordem monopólica (concretização variável do jogo das forças políticas) que a ‘questão social’ se põe como alvo de *políticas sociais*.” (NETTO, 2011, p.29) (grifos do autor). Marcando, assim, a inseparabilidade das funções políticas e econômicas, o Estado burguês, fruto do capitalismo monopolista, passa a intervir de forma contínua e sistemática sobre as expressões da “questão social” – nomeadas por Netto (2011) como “sequelas da ordem burguesa”. Estrategicamente, o faz fragmentando-a, tratando as suas sequelas como problemáticas particulares.

2.1.2 A Profissionalidade do Serviço Social

É no contexto sócio – histórico acima descrito que emerge o Serviço Social como profissão. Iamamoto (1998) e Netto (2011) recuperam uma das linhas de pensamento que remete a um *continuum* desde as protoformas do Serviço Social (referidas aos propósitos de racionalização da assistência, na segunda metade do século XIX), passando pela “organização” da filantropia e, seguidamente, pela incorporação de parâmetros teórico-científicos a essas atividades filantrópicas, atribuindo-lhes um instrumental operativo de natureza técnica. Tal compreensão, de caráter mecanicista, conclui que é o embasamento teórico o fundamento que legitima a profissionalidade do Serviço Social.

Entretanto, essa compreensão deixa de lado a análise das bases histórico-sociais que demandam este profissional, criando um espaço sócio ocupacional que o inscreve na divisão sócio técnica do trabalho, o que vem a ser, efetivamente, o fundamento do Serviço Social. “[...] na emergência profissional do Serviço Social, não é este que se constitui para criar um dado espaço na rede sócio ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional” (NETTO, 2011, p.73). Se devidamente contextualizada, a análise da inegável relação de continuidade entre as práticas assistenciais, caritativas e filantrópicas e o Serviço Social profissional, levarão à identificação de um universo institucional comum a ambas as áreas, cuja direção política, ideológica, cultural e teórica era conferida à Igreja⁶.

Netto (2011) chama a atenção, ainda, para a relação contraditória de continuidade e ruptura que marca a institucionalização do Serviço Social. Ruptura à medida que

O caminho da profissionalização do Serviço Social é, na verdade, o processo pelo qual seus agentes – ainda que desenvolvendo uma auto – representação e um discurso centrados na autonomia dos seus valores e da sua vontade – se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle (p.71).

⁶ Ressalte-se, no Brasil, o monopólio da influência do projeto social da Igreja Católica na constituição da profissão (BARROCO, 2010), enquanto, em outros países, pode-se observar a influência das práticas religiosas protestantes.

Desloca-se, aí, o significado social da sua ação, no contexto da reprodução das relações sociais, a partir da sua inscrição em uma relação de assalariamento. A natureza da atividade desenvolvida sob a mediação de Instituições (públicas ou não), confere ao assistente social, decisivamente, um caráter não liberal. Deste modo, considera-se que o Serviço Social não desempenha atividades produtivas, ocupando-se de tarefas necessárias ao processo de reprodução da Força de Trabalho (IAMAMOTO, 1986). “A profissão passa a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, participando da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais.” (*Ibidem*, p.24).

Esse caminho contraditório, ressalta Netto (2011), explica por que a evolução da profissão é marcada pela

[...] tensão entre os “valores da profissão” e os papéis que objetivamente lhe foram alocados resultou numa hipertrofia dos primeiros na auto – representação profissional – resultou num voluntarismo que, sob formas distintas, é sempre flagrante no discurso profissional (p.72).

Pelo exposto, pode-se afirmar que, distanciando-se da concepção que relaciona a profissão à “evolução da ajuda”, é a ordem monopólica que cria e funda a profissionalidade do Serviço Social. É na dinâmica da sociedade burguesa consolidada que se lhe confere publicamente um caráter profissional, juridicamente reconhecido. Também é nesse contexto que a categoria profissional se laiciza, a partir da regulamentação pública da formação e do desempenho profissional, e de uma diferenciação teórico-política no seio da categoria, em que pese a persistência de uma auto representação com características confessionais. Configura-se, então, o mercado de trabalho para o assistente social, legitimado como “um dos agentes executores das políticas sociais” (NETTO, 2011).

2.1.3 A Construção Histórica da Profissão no Brasil

O Serviço Social surge no Brasil na década de 1930, em conexão com as Políticas Sociais, ambos representando a estratégia de expansão do papel do Estado, tendo em vista o enfrentamento das expressões da questão social via

processo de modernização conservadora - tendência mundial após a crise de 1929 (BEHRING; BOSCHETTI, 2009). Data de 1936 a criação da primeira escola de Serviço Social no Brasil, sendo a intervenção profissional, no período, marcada pelo assistencialismo.

Os núcleos pioneiros do Serviço Social, surgindo como ramificação da ação católica e da ação social [...] trata-se fundamentalmente de um núcleo feminino, originado do sistema de ensino mantido pela igreja e das modernas obras sociais; constitui-se a partir de moças e senhoras da sociedade, isto é, pertencentes aos setores abastados da sociedade; ter como um ponto em comum alguma forma de militância nos meios católicos (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982, p.222-223).

Na década de 1940, a influência norte americana substituiu a influência europeia (franco – belga) que marcou a conjuntura anterior. A partir daí, o julgamento da população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico. Esse período marca a expansão do Serviço Social no Brasil, relacionada com as exigências do aprofundamento do capitalismo e mudanças ocorridas no pós II Guerra Mundial. É também nessa década que se institui o primeiro Código de Ética, pautado na perspectiva ética profissional conservadora.

Até a década de 1960, o Serviço Social é fundamentado na doutrina social da Igreja. Baseia-se no neotomismo - retomada da filosofia de São Tomaz de Aquino - cujos princípios, entre outros, são a dignidade da pessoa humana e do bem comum, apresentando-se como uma “terceira via” entre o socialismo e o liberalismo.

A dimensão político – ideológica dessa intervenção em face da “questão social” é claramente exposta na Encíclica *Rerum Novarum*, em que Leão XIII defende a desigualdade como “natural” e necessária à reprodução da “ordem harmônica”, negando, com isso, a luta de classes, tida como algo que vai contra a natureza da sociedade (BARROCO, 2010, p.83-4).

A partir da década de 1960, inicia-se um processo de ruptura por parte daqueles que começam a assumir uma postura dialética, inclusive na sua versão materialista. O desejo de superar o Serviço Social tradicional transplantado da Europa e dos EUA com práticas assistenciais e ajustadoras configura, então, o Movimento de Reconceituação. Esse movimento, ainda pautado na teoria funcionalista e na ideologia desenvolvimentista, concentrou-se, inicialmente, em

adequar a profissão às exigências institucionalizadas do Estado autoritário e da grande empresa. (NETTO, 2008). Só mais tarde é que surgem posturas de reconceituação na perspectiva dialética. É também nesse período que se observa:

[...] uma mudança do perfil dos profissionais de Serviço Social, que se tornaram trabalhadores assalariados, oriundos das camadas médias e baixas da classe trabalhadora. O Serviço Social inseriu-se na universidade, deixando a condição originária das instituições de ensino isoladas e confessionais, para mergulhar em um contexto majoritariamente público e laico. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009)

Entretanto, com o Golpe de 1964, a reflexão crítica cai para o aspecto técnico e o “fetiche de uma teoria metodológica” invade os círculos institucionalizados, transferindo-se para os seminários profissionais e estendendo-se para as atividades docentes (NETTO, 2008), baseado na linha estrutural - funcional e no discurso lógico do neopositivismo. Caracteriza a profissão, no período, a perspectiva modernizadora (cf. Introdução). É somente nesse período que se observa a introdução do tema das Políticas Sociais no currículo, marcada pelo viés tecnocrático.

A partir da crise da ditadura -1974 a 1979 - observa-se a emersão de uma sociedade civil mais complexa, dando lugar a uma organização da classe trabalhadora e à eclosão de lutas democráticas. Segundo Netto (2006, p.150) “no processo de derrota da ditadura se inscreve a primeira condição – a condição política – para a constituição de um novo projeto profissional”. Assim, em 1979, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – que ficou conhecido como Congresso da Virada, marca o início da legitimação de um Projeto de “intenção de ruptura” (NETTO, 2006; 2008). Hoje intitulado Projeto Ético Político, identifica-se com um projeto societário que responde aos interesses da classe trabalhadora, e que vai se consolidando em torno do reconhecimento da liberdade como valor central; compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos; garantia e ampliação de direitos. (NETTO, 2006).

A década de 1980, na esteira desse processo, impõe uma qualificação do debate crítico, a partir de uma interlocução com a tradição marxista. Nesse período, consolida-se a produção de conhecimentos a partir da área de Serviço Social. O corpo profissional passa a operar uma acumulação teórica (NETTO, 2006). É lançado um novo currículo das escolas de Serviço Social: “[...] entrou na agenda do Serviço Social a questão de redimensionar o ensino com vistas à construção de um novo perfil profissional” (NETTO, 2006). Marcadamente, a partir da segunda metade dessa década, observa-se um amadurecimento do debate profissional sobre a Política Social. Nega-se a influência de Althusser e aproxima-se de Gramsci.

[...] foram ressignificadas modalidades prático-interventivas tradicionais e emergindo novas áreas e campos de intervenção, com o que se veio configurando, numa dinâmica que está em curso até hoje, um alargamento da prática profissional, crescentemente legitimada, seja pela produção de conhecimentos que a partir delas se elaboram, seja pelo reconhecimento do exercício profissional por parte dos usuários (NETTO, 2006, p.153).

Ressalte-se que contribuiu para a consolidação da profissão, além do redimensionamento da profissão e requalificação da prática profissional, a conquista de direitos que acompanhou a restauração democrática da sociedade brasileira.

Em 1986, houve a reformulação do Código de Ética – que avançou na sua dimensão política, rompendo com o conservadorismo, ao explicitar o compromisso profissional com a classe trabalhadora. As dimensões ética e profissional, entretanto, não foram suficientemente definidas neste Código. Nova reformulação iria acontecer em 1993, superando as limitações do Código anterior, respaldada na acumulação teórica dos últimos anos. Neste mesmo ano, é aprovada a Lei n. 8.662, de 17 de junho de 1993 que, juntamente com o Código de Ética e as Diretrizes Curriculares, aprovadas em 1996, compõe o tripé que regulamenta e dá sustentação à prática profissional até os dias de hoje. É notável que a consolidação e hegemonia do Projeto Ético Político do Serviço Social – da qual a regulamentação supracitada é um marco – irá ocorrer na década de 1990, em pleno período de contrarreformas neoliberais, traduzidas em perdas de

direitos sociais, deterioração das condições de trabalho e das estruturas de organização da classe trabalhadora.

Conforme analisa Netto (2006),

Os projetos profissionais inclusive o projeto ético-político do Serviço Social apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...] (p.144).

Ancorados nesta definição, Teixeira e Braz (2009), relacionam os principais elementos que constituem o Projeto Ético Político do Serviço Social e os componentes que lhe dão materialidade. Como elementos, destaca-se: a “explicitação de princípios e valores ético-políticos”; a consolidação de uma matriz teórico-metodológica; a “crítica radical à ordem social vigente”; e o acúmulo de posicionamentos políticos coletivos por meio da organização política da categoria e em aliança com outros setores progressistas da sociedade.

Entre os componentes que dão visibilidade a este Projeto, estão: “a produção de conhecimento no interior do Serviço Social”- que sistematiza a prática e propõe a reflexão sobre o fazer profissional e demarca a dimensão investigativa da profissão, rejeitando as teorias conservadoras e fundamentando-se, principalmente, na Teoria Social Crítica; as instâncias político – organizativas da profissão que, através de seus fóruns deliberativos e consultivos, garantem a legitimação dos princípios gerais e compromissos coletivos da categoria. Para Teixeira e Braz (2009),

[...] subentende-se que o projeto ético – político pressupõe, em si mesmo, um espaço democrático de construção coletiva, permanentemente em disputa. Esta constatação indica a coexistência de diferentes concepções de pensamento crítico, ou seja, o pluralismo de ideias no seu interior (p.191).

Outro componente é a dimensão jurídico política da profissão – conjunto de leis, resoluções, documentos e textos políticos de âmbito estritamente profissional - os

quais articulam-se a um aparato jurídico – político de caráter mais abrangente (legislação social advinda do Capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988), que tiveram, em sua construção e aprovação, a contribuição ativa das vanguardas da profissão, requerendo, para a sua efetivação nas diversas áreas, a atuação desta categoria.

Claro está que a materialização deste Projeto, por sua própria natureza, gênese e características, não se dá sem tensões, conforme demarcam Teixeira e Braz (2009):

[...] nosso projeto é a expressão das contradições que particularizam a profissão e que seus princípios e valores – por escolhas historicamente definidas pelo Serviço Social brasileiro, condicionada por determinantes históricos – concretos mais abrangentes – colidem (são mesmo antagônicas em sua essência) com os pilares fundamentais que sustentam a ordem do capital (p.193).

No decorrer dos anos 2000, o Serviço Social vê-se premido pelo avanço das políticas neoliberais e suas consequências no âmbito da sociedade brasileira. Nesse contexto, as exigências do mercado em torno de um trabalhador polivalente põem em risco os conceitos de profissão e de formação especializada. “O trabalhador, além da escassez de emprego, vai enfrentar a obsolescência do seu saber e a perda de organicidade da sociabilidade produzida no fordismo/keynesianismo” (KUENZER, 2006). Fruto desse retrocesso, observa-se um processo de adaptação do sistema educacional às necessidades do capital, que refuncionaliza a universidade, substituindo a autonomia de produção de conhecimento por autonomia financeira e imprime a lógica de que “o mercado democratiza o acesso”, e que “a inovação tecnológica assegura a inserção social” possibilitando a multiplicação desordenada da formação superior a baixo custo. (KOIKE, 2009). Regulamentam esse processo os Decretos n. 5.622, de 19/12/2005, que cria a Universidade Aberta do Brasil (UAB), instituindo a educação à distância (EaD) e o de n. 6.096, de 24/04/2007, que cria o Programa de Reestruturação das Universidades Federais (REUNI).

A consequente disseminação dos Cursos de Serviço Social, acompanhados da precarização da formação – traduzidos em desregulamentação, flexibilização e

aligeiramento do processo de formação – não se adequam aos projetos pedagógico e profissional construídos pela categoria. A mobilização em torno dessa questão, no âmbito da categoria, adia uma discussão sobre a fissura entre o comprovado crescimento na busca de fundamentação e consolidação teórica e as necessárias mudanças no âmbito da intervenção.

2.1.4 As Dificuldades para a Materialização do Projeto Ético Político na Prática Profissional

Na bibliografia dos anos 80, os autores sempre referem a importância da unidade entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para uma intervenção com competência. Entretanto, como adverte Santos (2012),

Porém, não vimos avançar nem na bibliografia nem nos fóruns de debates da e sobre a profissão uma discussão sobre a dimensão técnico operativa, a qual aparece sempre como um apêndice das demais dimensões. [...] Parece existir uma preocupação com as singularidades das demais dimensões da intervenção, mas não com a última citada, nem com os instrumentos e técnicas, elementos que possibilitam, juntamente com os demais, a materialização da ação (p.4).

Essa lacuna, segundo a autora, decorre “de uma incorporação equivocada e não satisfatória da relação teoria e prática na concepção do materialismo histórico – dialético” (SANTOS, 2012, p.4). A adesão ao referencial teórico marxista, portanto, ocorreu em descompasso com a necessária apreensão de instrumentos e técnicas capazes de subsidiar uma prática coerente com essa teoria. Assim, a busca de superação do viés tecnicista, amparado numa visão positivista que marcou o período de consolidação da profissão, deu-se por meio da incorporação de um viés teorista.

O debate em torno dessa questão explicita, no âmbito da atuação profissional, a dificuldade de apreensão da relação entre teoria e prática, bem como da relação entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da intervenção profissional. Gera, ainda, expectativa equivocada quanto à potencialidade dos instrumentos e técnicas, ora supervalorizando-os, ora ignorando-os. Desse modo, a teoria foi apreendida como passível de transmutar-se imediatamente em prática, capaz de fornecer, por si só, instrumentos inerentes a ela,

sendo, ainda, associada exclusivamente à formação profissional. Por sua vez, a prática passou a ser entendida como reduzida ao uso de instrumentos e técnicas e, de forma dissociada, circunscrita à prática profissional (SANTOS, 2012). Ainda, segundo a autora, tais equívocos levam a “requisitar, para a intervenção, modelos prontos; dificultar a criação de novos instrumentos e técnicas adequados à realidade; apropriar-se, de forma problemática, dos instrumentos herdados de nossa tradição profissional” (*Ibidem*, p.7).

O processo descrito revela a evolução da profissão que, à medida que avança numa reflexão crítica, posicionando-se politicamente, vai se fortalecendo e conquistando legitimidade, em que pese o marcante traço contraditório de sua inserção nas relações sociais. Desse modo, pode-se considerar que as dificuldades que ora se explicitam configuram mais uma etapa dessa transição, longe de ser concluída. Assim, no que tange ao processo endógeno da profissão – que não é isenta de conflitos e contradições - o debate e a prática já em curso poderão levar ao avanço na unidade teoria-prática.

O outro aspecto a se considerar é a incorporação desigual da compreensão do próprio projeto Ético Político no seio da categoria profissional, e o debate em torno da clareza quanto à sua materialidade nos campos de prática. Aqui, impõe-se um esforço de mão dupla: no âmbito coletivo, requer a presença ampliada de espaços de capacitação, reflexão e debate que possibilitem a construção de consciência críticas que permitam aos profissionais transitarem entre a prática imediata e um projeto emancipatório representativo do coletivo. Por outro lado, implica um comprometimento individual com uma atuação profissional crítica e consciente, com a adoção de estratégias sociopolíticas e profissionais que se coadunem com a luta mais ampla dos trabalhadores.

2.2 A HISTÓRIA DA EXCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA

2.2.1 A Construção Histórica do Hospital Psiquiátrico

O modo de organização social do homem sob o capitalismo sempre implicou no fenômeno da exclusão social e na construção, ainda que de maneiras diferenciadas,

de espaços de segregação. Assim é que, no século XVII, a fim de "resolver" os problemas criados por uma divisão social do trabalho marcada pela concentração dos meios de produção e pela exploração da força de trabalho, à qual uma grande parcela da população não se adaptara, permanecendo à margem do sistema, a Europa foi palco do que se denominou "a grande internação".

Segundo Desviat (1997),

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número das pessoas hospitalizadas: [...] (p.15).

A este respeito, Foucault (1997) coloca:

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é sabido que mais de um habitante de cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas (p.48).

Com a consolidação da classe burguesa no poder, torna-se mais nítida a diferença entre classes. As antigas Casas de Misericórdia - onde a miséria anteriormente era assistida a pretexto das ideias difundidas pela Igreja que justificavam a exclusão como forma de comunhão e o abandono como meio de salvação - dão lugar aos Hospitais Gerais, definidos por Luís Vives, humanista espanhol citado por Desviat, da seguinte forma:

Dou o nome de Hospitais às instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta um certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pais, onde se encerramos loucos e onde os cegos passam a vida (VIVES *apud* DESVIAT, 1999, p.16).

O advento da "Grande Internação" teve como marco o decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral, em 1656, que agrupou sob a mesma administração, vários estabelecimentos do gênero, a exemplo da Salpêtrière, Bicêtre, a Casa e o Hospital do Bairro de Saint - Victor, a Casa e o Hospital de Cipião, a Casa da Savonnerie, todos, a partir de então, destinados aos pobres de Paris. Justificado por motivações

políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais e sem identificação com qualquer ideia médica, "o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão" (FOUCAULT, 1997).

Essa hospitalização em massa, não obstante, configura-se como uma alternativa de resposta à questão social da época, na medida em que substitui as medidas de banimento por uma medida de detenção. (CASTEL, 2010) Cria-se um contrato implícito de obrigações entre o desempregado e a sociedade, no qual o preço da subsistência é a coação física e moral do enclausuramento e do trabalho forçado.

De acordo com Castel (2010), trata-se de uma intervenção sobre a massa crescente de desfiliaados, os quais, na condição de ruptura total com as redes de integração primária, representavam um risco para a ordem instituída. Para o autor, naquele contexto, "[...] a reclusão é apenas um meio, radical, sem dúvida, mas que se apresenta como um desvio necessário para restaurar o pertencimento comunitário". A este respeito, Foucault (1997) afirma ainda:

Doravante, a miséria não é mais considerada numa dialética da humilhação e da glória, mas numa certa relação entre a desordem e a ordem que a encerra numa culpabilidade. Ela que, desde Lutero e Calvino, já ostentava as marcas de um castigo intemporal, no mundo da caridade estatizada se tornará complacência consigo mesma e falta contra a boa marcha do Estado. Ela passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena. As grandes casas de internamento encontram-se ao final dessa evolução: laicização da caridade, sem dúvida - mas, de modo obscuro, também um castigo moral da miséria (p.78).

Em meio a essa população de marginalizados de toda ordem, encontravam-se os "loucos". Esses indivíduos, que na Idade Média contava com certa cumplicidade e proteção social - sendo acolhidos em suas cidades de origem - tornaram-se os alvos mais vulneráveis à nova ordem social, numa época em que se passou a valorizar o homem através dos parâmetros da razão. Inicialmente indiferenciado em relação aos demais excluídos e submetido aos mesmos meios de coação, esse grupo passou a destacar-se pela sua incapacidade para o trabalho e impossibilidade de integrar-se à vida coletiva naqueles moldes. Criava-se, a partir

daí, uma demanda específica, o início da construção do processo em que o louco passaria a ocupar, na sociedade, o lugar anteriormente conferido aos leprosos.

Segundo Foucault (1997),

A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda ao final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sob um fundo formado por um problema de "polícia", referente à ordem dos indivíduos na cidade. [...] A hospitalidade que a acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados (p.63).

A loucura destaca-se em meio às diversas categorias da "inutilidade social" identificadas, na medida em que denuncia a impossibilidade de adaptação em massa à ordem burguesa que se estabelecia, fundada na obrigação do trabalho e de todos os valores éticos dele derivados. A propósito da condenação ética da ociosidade, modifica-se o sentido da loucura, agora inscrita entre os problemas da cidade, passível de uma intervenção diferenciada.

Dessa forma, como salienta Silva (1995), enquanto o advento da "grande internação" veio dar resposta ao desmonte da Ordem Feudal, a partir do Século XVIII, o desenvolvimento da Sociedade Industrial chama a atenção para a presença social da Loucura. No bojo das transformações sociais, econômicas e políticas da época, delineava-se uma nova definição social da Realidade e do Ser, caracterizando um processo de "mercantilização da existência", que fez suscitar a questão: - O QUE FAZER COM OS LOUCOS?

Projetando os seus membros como indivíduos, sujeitos da Razão, previsíveis, regulares, agenciáveis e confiáveis enquanto agentes econômicos, a nova Sociedade que se inaugurava, fatalmente teve que se colocar a questão do 'que fazer?' com aqueles seus membros que não poderiam ser 'conjuntizáveis' a partir destas características. O que fazer com aqueles seus membros que, marcados por uma condição de imprevisibilidade, de incerteza, não correspondiam às exigências formuladas para a pertinência ao conjunto de sujeitos aos quais, nessa Sociedade, poderia se dar uma 'existência' plena? (SILVA, 1995, p.49).

Paradoxalmente, é no cenário da Revolução Francesa, diante de um pacto político que intencionava garantir, através do conceito de cidadania, uma nova forma de relação dos habitantes da cidade com o Estado, que se institucionalizará o modo de lidar com a loucura que a coloca numa condição de exceção frente aos direitos e deveres definidos para o cidadão.

Os revolucionários encontravam-se diante de um impasse. Por um lado, precisavam superar a prática do internamento, representativa do poder absolutista ao qual se opunham. Deveriam, ainda, manter coerência com os novos pressupostos ideológicos e jurídicos, entre os quais aqueles que garantiam que ninguém seria preso a não ser por violação da lei. Por outro lado, era necessário neutralizar os efeitos incômodos da presença social da loucura à nova ordem vigente, garantindo um lugar admissível para ela. Sem ferir os princípios da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e o contrato social de livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania deveria impor limites à liberdade daqueles que eram considerados incapazes de responsabilizar-se inteiramente pela sua conduta (CASTEL, 1978).

Afirma Castel (1978) que a saída para o impasse foi apresentada por um grupo de higienistas e filantropos, capitaneados por Phillipe Pinel: Transformar os antigos Hospitais Gerais em instituições de caráter médico, tomando a loucura como seu objeto privilegiado de intervenção e passando a justificar a sua reclusão pela via técnica da necessidade terapêutica.:

Era preciso "distrair a loucura", ocupando o corpo e o espírito em lugares isolados, a fim de se atuar diretamente sobre o cérebro e se (condenaria) esse órgão ao repouso, afastando-o das impressões irritantes, reprimindo a vividez e a mobilidade das impressões e moderando a exaltação das ideias (ESQUIROL, 1991, *apud* DESVIAT, 1999, p.17).

De acordo com Silva, estavam fundadas as bases para o nascimento do Asilo - palavra cunhada por Esquirol (1991) para fugir do termo hospital, ainda pejorativo na época. Apoiado no poder da Instituição médica e marcado indelevelmente pela contradição, o manicômio surge como aparelho ideológico do Estado, na medida em que materializa, sob a função manifesta de tratamento, a ideologia da exclusão e garante, numa conjugação de interesses, segurança e tranquilidade para a ordem

pública, racionalidade administrativa e desresponsabilização para as autoridades (polícia, juízes, legisladores). Nesse contexto, a psiquiatria emerge como a especialidade da medicina que iria aprisionar o saber sobre a loucura, tendo, como patrono e criador, Phillipe Pinel. A criação de um novo campo institucional e o nascimento de um novo campo teórico - técnico, criam, juntos, o fato sócio cultural que iria modificar a cultura ocidental sobre a loucura, a qual ganha o status de Doença Mental.

Como afirma Silva (1995),

A definição da exclusão manicomial inerente a este paradigma psiquiátrico, posto como modalidade fundamental de relacionamento social com a loucura, ao conceder-lhe um alto grau de eficiência prática, como resposta à questão 'do que fazer com os loucos?', iria produzir a sua legitimação social, colocando-lhe como centro de convergência de um amplo e diversificado leque de interesses sociais relativos à Loucura, agora convertida em Doença Mental. Pelo mesmo processo, colocaria também os seus agentes e instituições numa posição privilegiada, enquanto 'emissores' de uma recodificação e ressignificação das percepções sociais que envolvem a questão, condicionando através das suas enunciações, os conceitos de Saúde/Doença Mental (p.50).

Desviat (1999) destaca trecho de um relatório sobre o debate ocorrido na França, antes da promulgação da Lei de 1838 sobre os alienados, a qual legitimou jurídica e administrativamente a psiquiatria e o manicômio, estabelecendo a tutela médica do doente mental e influenciando decisivamente em toda a legislação psiquiátrica ocidental.

É sumamente difícil determinar se os estabelecimentos para dementes devem ser considerados mais como hospícios do que como presídios. Por um lado, trata-se de enclausurar os indivíduos que possam causar prejuízos à sociedade, e por outro, de instaurar medidas de cura para pessoas enfermas (POSTEL & QUÉTELI, 1987, p.173 *apud* DESVIAT, 1999, p.16).

Coube ao movimento alienista, representado, entre outros por Pinel, Esquirol, Georget e Ferrus, descrever essa nova entidade clínica e definir os elementos terapêuticos que iriam controlá-la - entre os quais o isolamento e o tratamento moral - estabelecendo as bases da construção teórica da psiquiatria. Conceitos como os de periculosidade, incapacidade, incurabilidade e cronicidade, ali atribuídos à doença mental, fundamentaram essa teoria, com graves consequências até os dias de hoje. Com base neles, através de uma aliança entre a psiquiatria e o direito, criaram-se leis que classificavam os portadores de doença mental como classe

perigosa, legitimando, em nome da sua proteção, o seu sequestro e a cassação dos seus direitos de cidadania. Segundo Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978),

O poder médico critica a repressão. Sequestra-se o louco para não puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade: somente o Estado tem o direito de exercer, apoiado no saber e na prática psiquiátricas, o poder de sequestração. Por outro lado, sequestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinarização fundada na ciência: somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegado pelo próprio Estado, tal poder de recuperação, fazendo retornar o indivíduo à condição de livre sujeito de direito (p.420).

Sarraceno (2001) chama a atenção para a ambiguidade que envolve o grande investimento econômico na construção dos primeiros manicômios, destinados aos loucos pobres, dando forma e visibilidade ao direito de asilo. Segundo o autor, havia um projeto social que levava o Estado a tutelar e proteger seus membros fracos - os alienados, cumprindo paralelamente duas funções: de paternidade e de domínio.

A respeito da relação intrínseca entre a criação do manicômio e a fundação da psiquiatria, Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978) afirmam que

[...] a psiquiatria precisa ser instrumentalizada com uma série de dispositivos que possibilitem a eficácia de sua intervenção. Daí a importância da organização de um espaço terapêutico e a necessidade do doente mental ser colocado em um ambiente criado especialmente para ele, que não seja exterior ou acidental com relação ao núcleo básico da prática psiquiátrica, mas que, obedecendo aos requisitos fundamentais postulados pelos médicos, deve canalizar sua ação para possibilitar sua eficácia (p.429).

Detentora de um saber desenvolvido com base no conhecimento empírico e incapaz de engendrar uma tecnologia, a psiquiatria, nos seus primórdios, vivia um certo desconforto em relação à medicina, situação que só mudaria no século XX, com a descoberta, nos anos 50, de um valioso instrumento de intervenção: os psicofármacos. Reduzindo o fenômeno da loucura aos sinais desse mesmo fenômeno, portanto, fez da internação manicomial a sua tecnologia: "no hospício, o que cura é o próprio hospício". (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978)

Os manicômios, por sua vez, reproduziram a realidade vivenciada no Século XVII: a massificação se produziu em pouco tempo. A superlotação inviabilizou o "tratamento

moral", idealizado pelos alienistas para ser operado de forma individualizada. Denominado modernamente, como Hospital Psiquiátrico, prevaleceu, entretanto, como signo de continuidade histórica do cerco à desrazão:

O Hospital Psiquiátrico constitui ainda, em qualquer parte do mundo, o eixo da assistência psiquiátrica, o lugar suposto do tratamento, a máquina hegemônica que devora a maior parte dos recursos humanos e financeiros alocados para a assistência dos doentes mentais (SARRACENO, 2001, p.62).

O manicômio foi conceituado como Instituição Total a partir do estudo desenvolvido por Erving Goffman (1961), tendo o pesquisador se inserido no cotidiano do Hospital St. Elizabeth em Washington, destinado a sete mil internos, entre 1955 e 1956, com o objetivo de conhecer o mundo social do internado e a forma como esse mundo é subjetivamente vivido por ele. Goffman (1961), ao definir a denominada "Instituição Total" como:

Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (p.11).

Identificou, no Hospital Psiquiátrico, características como: o controle de muitas necessidades humanas, de grupos de pessoas, por uma organização burocrática; barreiras à relação social com o mundo externo; divisão hierárquica entre dois grupos (trabalhadores e internos), cada um dos grupos percebendo o outro através de estereótipos limitados e hostis; grande distância entre os grupos sociais, sendo a restrição de informações quanto aos planos da equipe para os internados a base para o controle.

A despeito das tentativas de "humanizá-lo", mudando as formas, as linguagens e as competências, o Hospital Psiquiátrico conserva ainda hoje as características descritas por Goffman (1961). Como afirma Sarraceno (2001), todos os manicômios são iguais, independentemente das condições sócio - econômicas, das culturas locais ou das histórias das populações e dos países onde se encontrem, a exemplo dos hotéis de cadeias internacionais, todos com um *layout* semelhante. Comparando os manicômios do início do Século XIX com as modernas instituições psiquiátricas, o autor observa que, "com o crescer paralelo da presumida cientificidade da psiquiatria

e da ideologia médica, vemos prevalecer a miséria e o abandono, ou seja, a função patronal" em relação à função paterna:

À diminuição da 'violência direta' sobre os pacientes corresponde um crescimento da 'violência indireta' (miséria e abandono); à diminuição da organização rígida e asilar [...], conduz à cultura do cárcere que caracteriza o manicômio atual (miséria, relações violentas, anomia, abandono) (SARRACENO, 2001, p.65-6).

No Brasil, a criação do Hospício D. Pedro II, em 1841, constituiu-se no marco institucional do nascimento da psiquiatria brasileira, como consequência do movimento engendrado pelo grupo de médicos que promoveu a medicina social - ramo da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Data de 1830 o primeiro documento brasileiro a tratar o louco como doente mental - o Relatório da Comissão de salubridade, da recém - criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que protesta contra a situação dos loucos na Santa Casa de Misericórdia e lança uma nova palavra de ordem: "Aos loucos o hospício". Conforme afirmam Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978),

Coube à medicina social a tarefa de isolar preventivamente o louco com o objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo que ela viu caracterizado em sua doença. Nasce assim, no Brasil dos meados do século XIX, não uma 'psiquiatria preventiva', mas a psiquiatria como instrumento da prevenção (p.380).

A luta dos médicos brasileiros pela criação do *hospício* articula-se com o projeto de José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa de Misericórdia na época. Assim, diferentemente do debate que envolveu a criação do Asilo na França, a construção do "Palácio de guardar doidos" no Brasil foi uma solução adotada pacificamente e transformada em objeto de orgulho do Imperador.

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA: A HISTÓRIA EM CURSO

2.3.1 A Desconstrução do Hospital Psiquiátrico

Se for verdade, conforme afirma Tenório (2001), que a ideia de "Reforma" inerente ao campo da saúde mental já se fazia presente desde o nascimento da psiquiatria -

quando o gesto mítico de Pinel de desacorrentar os loucos intencionou dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais nos quais estes se encontravam recolhidos, junto com outros marginalizados da sociedade - é também verdade que todas as ações implementadas nesses duzentos anos foram uma tentativa de dar uma outra resposta social ao problema da loucura, carregados portanto, muito mais de significado político/ideológico do que de tratamento. É fato, também, que "a psiquiatria sempre respondeu a isso com internação, ou seja, manteve como resposta a prática social que lhe deu origem". Tenório (2001) analisa, ainda, que:

Organizada em torno do hospital, e mais recentemente do binômio hospital - ambulatório, a psiquiatria não foi capaz de oferecer outra resposta por razões que começam no mandato social que a legitima (reclusão dos loucos), passam pelos valores sociais e culturais mais amplos de segregação da diferença, incluem o caráter refratário ao laço social característico da própria psicose e culminam na dificuldade técnica e gerencial de promover com eficácia e abrangência essa outra resposta. Por 'outra resposta' entenda-se, de maneira simplificada, uma solução não asilar: trata-se de evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário. Em outras palavras, trata-se de agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se na sociedade. Essa é, em uma expressão simples e direta, a tarefa da reforma psiquiátrica ([s/p]).

Evidenciando muito mais o seu caráter excludente, a prática gestada no interior dos Hospitais Psiquiátricos produziu uma forma desvirtuada de tratamento, muito distante do caráter de "cuidado" preconizado pela medicina. Nem mesmo o desenvolvimento da psicofarmacologia, a partir dos anos 50, instrumento de intervenção que possibilitou o manejo técnico dos sintomas, levou ao abandono de métodos arcaicos como a privação de visitas, a restrição do espaço de circulação, as celas fortes, a abordagem com conotação policiaesca incorporada pelos profissionais. O Hospital Psiquiátrico permanece como arcaísmo histórico. Críticas como a formulada por Basaglia (2005, p.24-25) ainda são descritivas da realidade atual:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo impulso pessoal, o ter dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que - exatamente por isso - não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo [...]. O doente mental, fechado no espaço apertado da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites que lhe foram impostos pela doença, é forçado pelo poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de aparvalhamento e de restrição de si que - originariamente sobreposto à doença - não é sempre reversível.

Somente após a II Guerra Mundial, num contexto de reconstrução social e econômica, é que a comunidade profissional e cultural, motivadas pelos diversos movimentos civis em defesa de uma maior sensibilidade para com as minorias, irá colocar em questão o papel hegemônico do hospital psiquiátrico. As críticas, entretanto, não levaram a um consenso no sentido da superação do modelo hospitalocêntrico. Em muitos casos, o que se propôs foi a sua remodelagem e reorientação para que cumprisse a sua missão inicial. Também não houve homogeneidade quanto às formas e aos dispositivos propostos, variando de acordo com as características sócio - políticas de cada país, do tipo de sistema sanitário e do poder de influência dos propositores. Foram exemplos representativos as reformas levadas a cabo na França, Inglaterra e Itália.

Na França foi onde ocorreu a tentativa mais rigorosa de tentar salvar o manicômio. Ali, a psicanálise, que havia se desenvolvido longe dessa instituição, adentra-a com o discurso redentor de humanização do tratamento e propõe uma intervenção terapêutica que abarque todo o hospital - equipe técnica e pacientes. Esse movimento, que consolidou a presença da psicanálise na psiquiatria francesa, foi responsável pela implantação da Política de Setor como uma ação de saúde pública que buscava formas de institucionalização mais terapêuticas, incorporando novas instituições extras hospitalares, dividindo o território em setores, porém mantendo o hospital psiquiátrico no centro.

A Inglaterra trouxe a criação da Comunidade Terapêutica, que pretendia co-responsabilizar técnicos e pacientes pelo tratamento e pelas decisões administrativas. Baseada em princípios como a democratização das opiniões, tolerância, liberdade de comunicação, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade, não previu a extensão dos benefícios dessa prática para além dos limites da instituição.

Na Itália, o movimento Psiquiatria Democrática iniciado em Gorizia e encabeçado por Franco Basaglia opunha-se radicalmente ao modelo manicomial, considerando as propostas de transformação da instituição como simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão social do doente mental. Tendo como marco a experiência desenvolvida em Trieste, conseguiu

impulsionar a aprovação da Lei 180, em maio de 1978, que legitimava o processo de desinstitucionalização gradativa, com o fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutivos na comunidade. Foi inovador em relação aos demais pelo fato de propor uma rede de serviços integrados nas diferentes áreas geográficas que, projetados como substituição do hospital psiquiátrico, garantissem a continuidade do tratamento a longo prazo.

Atualmente, denomina-se Reforma Psiquiátrica: “o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas e transformações do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p.87).

2.3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil no período após a II Guerra Mundial, acontecia um movimento inverso no que diz respeito à desospitalização. Enquanto outros países buscavam agir no sentido da Reforma Psiquiátrica, o governo brasileiro investia na extensão dos cuidados psiquiátricos através do aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada.

De acordo com Amarante (2003),

Na década de 60, foi realizada a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, que se tornaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) [...]. Por intermédio da Previdência Social, o Estado passou a optar pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na precária situação da rede pública. A doença mental tornou-se objeto de lucro, o que fez com que o Dr. Carlos Gentile de Melo, um conhecido médico da época, cunhasse a expressão indústria da loucura para designar este tipo de ‘mercado’ promissor (p.37).

As críticas a esse caráter privatista da política de saúde do governo brasileiro surgem a partir da segunda metade da década de 70. No contexto do combate ao Estado autoritário, surgem, também, as denúncias de fraude no sistema de financiamento e o alarde sobre o abandono, maus tratos e violência a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospitais psiquiátricos brasileiros. Essas denúncias, embora ainda não criticassem os pressupostos do asilo, chamavam a atenção para a correlação entre a prevalência do modelo assistencial

asilar, a modalidade de contratação do chamado "setor conveniado" - clínicas privadas com fins lucrativos totalmente financiadas por verbas públicas - e a baixa eficiência no sistema de controle do Estado. Tais denúncias provocariam, mais tarde, a tentativa de "controle da porta de entrada do sistema hospitalar", monitorando as internações através de Polos de Emergência. Essa iniciativa, contudo, não modificou o quadro geral da assistência, dada a inexistência de serviços que não os de internação.

A resistência dessa chamada "indústria da loucura" iria se constituir, a partir daí, em importante obstáculo ao movimento que se seguiu, no Brasil, em busca de transformações no modelo de assistência à saúde mental, conforme atesta Lobos que (2001),

[...] todos os países, na implantação de suas Reformas, encontram dois grandes obstáculos: os preconceitos sociais contra a loucura, fortemente enraizados na cultura contemporânea - os mitos da periculosidade e da incapacidade, as práticas de invalidação, etc.; e a resistência dos setores psi, que tendem a encarar qualquer transformação efetiva da situação como algo que fere os princípios da ciência e da técnica, ou ameaça interesses corporativos. Ora, no Brasil, além desses dois grandes obstáculos, temos um terceiro: aquele representado pela chamada indústria da loucura, no contexto de todo um processo de mercantilização da saúde (p.15).

Em 1977, ano em que foi realizada a VI Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde implantou o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que objetivava a qualificação dos médicos generalistas e auxiliares de saúde para atuarem em centros de saúde e em serviços básicos de saúde em geral. A medida também não causou impactos na atenção aos problemas de saúde mental, pela ausência de respostas aos egressos da rede hospitalar.

Em 1978, a "crise do DINSAM" – Divisão Nacional de Saúde Mental transformou-se no estopim do Movimento da Reforma Psiquiátrica, com uma série de denúncias de violação dos direitos humanos de internos e técnicos em vários hospitais da Divisão, seguidas de reivindicações de mudanças e da primeira greve no serviço público. Alguns profissionais da área assumiram uma postura crítica frente à política de saúde mental, passando a denominar-se Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e a articular-se com outros movimentos da sociedade civil organizada.

A década de 80 é marcada pela mudança no cenário político nacional, com a vitória de partidos oposicionistas e a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Nesse período, a aposta no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica, quanto da gestão pública, levou a duas ações: racionalização, humanização e moralização do asilo e criação de ambulatorios como alternativa ao hospital de internação. "Reforma do asilo e ambulatorização, no entanto, não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar" (DELGADO, 1992, *apud* TENÓRIO, 2001).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde inaugura a participação da população em eventos dessa ordem, rompendo com a estrutura vertical, e lança as bases para a Convocação da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Junho de 1987, estruturada a partir de três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado - impactos sobre a saúde mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental - direitos, deveres e legislação do doente mental. Em Dezembro desse mesmo ano, numa reação à resistência da iniciativa privada e da burocracia estatal em fazer avançar a perspectiva sanitária de incorporar as propostas nas políticas oficiais, caracterizada pela tentativa de dar ao evento um tom "científico", o MTSM realiza, na cidade de Bauru, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

O Congresso marca a ampliação da discussão técnica realizada até então para os campos político - ideológico e cultural, politizando decididamente a questão da Reforma e levando às suas últimas implicações a crítica ao modelo representado pelo hospital psiquiátrico. No Manifesto de Bauru, afirma "marcar uma ruptura" ao definir que "não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos". Emprega a expressão "luta antimanicomial", afirmando a aliança com o "movimento popular e a classe trabalhadora organizada" e lança a palavra de ordem: "Por uma Sociedade sem Manicômios". Destaca o termo "luta", em oposição ao que é percebido como "luta manicomial", representado pelo lobby do setor privado e pela cultura instituída a favor do manicômio (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

O Encontro de Baurú assinala a ampliação do campo de ação: "não apenas as macro-reformas, mas a preocupação com o "ato da saúde", que envolve profissional e cliente; não só as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades" (TENÓRIO, 2001). Assim posicionado, o movimento, originalmente de trabalhadores de saúde mental, ganhou a adesão dos usuários e familiares organizados, os quais já se fizeram representar no Congresso, através da Associação Loucos pela Vida, vindo a se constituir, posteriormente, em diversas outras entidades representativas, assumindo o papel de agentes críticos e impulsionadores do processo.

É, portanto, a partir da constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como movimento social autônomo, independente de serviços, administrações ou partidos, que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro ganha fôlego, identidade e características próprias, impulsionadas pelas circunstâncias locais. Tendo como referência experiências como a psiquiatria democrática italiana, define-se pela busca da superação do manicômio, e não da sua "humanização", operando uma ruptura em relação às outras iniciativas de Reforma ocorridas na Europa e Estados Unidos, onde a tendência a uma "psicologização" dos problemas representados pela exclusão da loucura levou à sua despolitização. No dizer de Lobosque (2001),

[...] poderíamos dizer que as experiências anteriores, seja no âmbito clínico, seja no âmbito gerencial, estão fortemente marcadas pelo discurso psi [...]. Supor que a instituição está doente, e que é preciso tratá-la, ou que as psicoterapias de grupo ou técnicas afins são elementos de socialização básicos para as pessoas loucas, sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição, e não na cultura; significa, em última análise, construir dentro da instituição um 'mundo melhor' para os usuários, admitindo por conseguinte, que este mundo deve ser à parte (p.18).

Além da ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, o final da década de 80 será marcado, ainda por iniciativas importantes para a consolidação das atuais características do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Visando a uma intervenção na cultura, o Movimento Antimanicomial institui o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, sempre marcado por manifestações que objetivam convocar a sociedade para reavaliar a sua relação com a loucura, aglutinando diferentes segmentos em torno da causa.

Também nesse período, começam a se gestar, no seio dos profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica, novas modalidades de atenção que pudessem representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. Destaca-se a criação, em 1987, do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira (em homenagem a este importante precursor da Reforma Psiquiátrica brasileira), em Itapeva - SP.

Finalmente, após a aprovação, na Constituição de 1988, do Artigo 196, segundo o qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, propõe-se a revisão legislativa, através do Projeto de Lei nº 3.657 / 89, pelo Deputado Paulo Delgado (PT/MG). Embora a Lei, que ficou conhecida como "Lei da Reforma Psiquiátrica" só viesse a ser aprovada e sancionada em 2001 – Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 - após doze anos de tramitação no Congresso e no Senado Federal, bastante modificado em relação ao texto original, a sua apresentação promoveu uma intensificação da discussão em torno da questão no país, possibilitando a aprovação, em oito estados, de leis que privilegiavam a substituição do modelo asilar no âmbito estadual.

A Lei 8.080, de 19.09.1990 inaugura a década de 90 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como garantia da universalidade do acesso, da equidade, da descentralização de recursos e decisões, priorizando-se o nível local, e do controle social, pressupostos decisivos para a consolidação do modelo de Reforma Psiquiátrica que se delineava. Como afirma Desviat (2001),

[...] O atendimento comunitário exige um sistema de saúde universal e equitativo, descentralizado e participativo - o que se tem denominado de Sistema Nacional de Saúde. Uma organização unitária dos serviços e a integração dos três níveis clássicos de atendimento, desde a educação para a saúde até a reabilitação, com um financiamento fundamentalmente público, que permita o atendimento das populações, e não apenas do sujeito enfermo, são uma precondição da saúde comunitária. Ficam para trás os sistemas de beneficência pública, resíduo obsoleto nas sociedades avançadas, próprio do atendimento custodial, dos leprosários, dos asilos para tuberculosos e dos manicômios ([s/p]).

Além da implantação do SUS, as novas conquistas legislativas encorajaram algumas Prefeituras que priorizaram as políticas sociais a apresentarem avanços na área da Saúde. Dentre as ações voltadas para a Saúde Mental, a mais importante, sem dúvida, foi a ação desencadeada em Santos - SP, ainda em 1989, pela intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta - uma clínica privada conveniada com o INAMPS - motivada pela comprovação de denúncias de mortes violentas, superlotação, abandono e maus - tratos aos seus usuários. A desapropriação por razões de "utilidade pública" desdobrou-se em um Projeto de Reforma Psiquiátrica Municipal, de autoria de Roberto Tykanori, que, nos anos 90, extinguiu gradativamente os leitos do manicômio da cidade, até o seu fechamento, enquanto se implantava um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial regionalizados, de forma a garantir o atendimento de toda a população demandatária, substituindo a necessidade de internação em hospital psiquiátrico.

A experiência pioneira tornou-se um modelo para todo o país, ao demonstrar na prática que era possível romper com as estruturas tradicionais, inventando novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, fundados em outros pressupostos que não os da incapacidade/periculosidade e que produzisse efeitos para além dos muros dos serviços, abrindo espaço na comunidade para a convivência social com a loucura. David Capistrano, que ocupava o cargo de Secretário Municipal de Higiene e Saúde na época, afirmou: "[...] superar o manicômio exige basicamente duas grandes linhas de trabalho: criar uma rede de serviços alternativos e construir uma nova atitude da sociedade em relação aos doentes mentais" (CAPISTRANO FILHO, 1991, *apud* TENÓRIO, 2001).

O projeto Santista representou para os profissionais que idealizavam uma "sociedade sem manicômios", a maior parte deles militante do Movimento Antimanicomial, um avanço na luta, um passo a mais, à medida que acrescentaram à denúncia do sistema manicomial, a construção de um "fazer" realmente novo, no campo da atenção psicossocial. Os NAPS, que inspiraram outras experiências, também inovadoras e construídas a partir de cada realidade, eram Serviços abertos, regionalizados, responsabilizando-se por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade e disponibilizando cuidados 24 horas, todos

os dias, inclusive acolhimento de modalidade "internação", para o que cada unidade dispunha de aproximadamente seis leitos (LEAL, 1994, *apud* TENÓRIO, 2001).

Em 1991, os NAPS foram reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, quando a Portaria 189/91 incluiu essa modalidade de atendimento no sistema de financiamento do SUS em nível nacional. Em 1992, seu funcionamento foi regulamentado pela Portaria 224/92, que definiu os CAPS/NAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas”, oferecendo “cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional” podendo “funcionar 24 horas por dia, durante sete dias da semana ou durante cinco dias úteis, das 8 às 18 horas”. Além da regulamentação dos CAPS/NAPS e de outros Serviços Substitutivos (Hospitais-dia, urgências e internações em Hospitais Gerais), essa Portaria também regulamentou o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, estabelecendo normas de funcionamento e co-responsabilizando os níveis estadual e municipal do sistema pela fiscalização do seu cumprimento (BRASIL, 2004).

Entre as “regras mínimas” para os hospitais psiquiátricos, estavam a definição de equipe multidisciplinar mínima relativa à quantidade de pacientes, proibição de espaços restritivos (celas fortes), registros adequados dos procedimentos e adequação do espaço físico. Foram estabelecidas formas de financiamento diferenciadas, privilegiando os serviços que atendessem às normas. Tais medidas inviabilizaram o funcionamento dos hospitais psiquiátricos privados de pior qualidade, acarretando a redução, só no ano de 1993, de quatro mil leitos e o fechamento de nove manicômios particulares.

Paralelamente aos acontecimentos no campo da Saúde Mental brasileiro acima descritos, o cenário internacional promovia, em 1990, na cidade de Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, onde foi aprovado um projeto de reforma para a América Latina. O documento intitulado Declaração de Caracas selava um compromisso das organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas ali reunidos, em *advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovessem a “reestruturação da assistência psiquiátrica”, permitindo a “promoção de modelos*

alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, com a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico”. Acordaram ainda que as legislações dos países deveriam ajustar-se de forma a “assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais” e promover a “organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento” (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Nos anos seguintes, em seis países - Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela - foram realizados debates em torno das linhas da Reforma. No Brasil, aconteceu a II Conferência de Saúde Mental em 1992, com representação de gestores, profissionais e usuários, precedida de Conferências Estaduais em 23 dos 27 Estados do país.

Em novembro de 1993, organizou-se um Grupo de Trabalho composto por especialistas do Ministério da Saúde, consultores internacionais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial de Saúde (OMS), parlamentares estaduais e federais, gestores de saúde mental dos estados, além de técnicos do Centro de Estudos e Investigações de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, representantes do Movimento Antimanicomial, da Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais. O grupo, com base nos diferentes projetos de lei brasileiros e nas referências internacionais existentes, elaborou algumas recomendações para a condução do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, dentre os quais:

Uma perspectiva ética que afirme a urgência de modificar o modelo assistencial de forma a permitir a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania dos usuários; a inversão do modelo hospitalocêntrico, com a interrupção da criação de leitos de internação prolongada e a reaplicação dos recursos financeiros públicos em outras alternativas de assistência; implantação de uma rede de recursos para a atenção a pessoas com distúrbios mentais; regulamentação das internações involuntárias, contemplando, necessariamente, o recurso a um órgão de revisão ligado a uma instância judicial; normas que estimulem a articulação dos programas assistenciais com recursos não sanitários da comunidade, como as cooperativas de trabalho, as associações de usuários, familiares ou outros interessados (DESVIAT, 1999, p.148-9).

Até o final da década de 90, enquanto o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica tramitava sem ser aprovado, a transformação da assistência e até do estigma

social da loucura se deu de forma lenta e gradativa. Embora não totalmente vencida a etapa das denúncias, elas agora se faziam acompanhar da construção minuciosa daquela forma de cuidado preconizada. Foi um tempo de buscas, de trocas e amadurecimento entre os diversos atores sociais que se instituíram e, principalmente, de legitimação de um outro olhar sobre a loucura, que redimensionava os papéis de forma inusitada: para os técnicos, a possibilidade de se transformarem em “profissionais de um novo tipo” (expressão cunhada por Luiz Cerqueira), capazes de se responsabilizar socialmente pelo cuidado de doentes considerados graves e de pacientes em crise. Para os pacientes, o abandono do lugar de objetos e a constituição em novos sujeitos sociais, com desejos e reivindicações, opinando ativamente, nos espaços coletivos, a respeito de como preferiam ser tratados (exemplo importante é a Carta de Direitos do Usuário, produto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos, em Dezembro de 1993), capazes de fazer comparações entre o velho e o novo modelo, agora experimentado.

Quando a Lei 10.216 foi sancionada, em 2001, o Brasil já contava com 295 CAPS além de outras modalidades de Serviços Substitutivos não contabilizadas, tendo reduzido de 85.000 para 56.755 os leitos em hospitais psiquiátricos. A Lei, que “Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, assegura, em seu Art. 5º, a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente hospitalizado há longo tempo, o que virá a ser regulamentado pela Lei 10.708/03, que institui o Programa de Volta para Casa, outro importante suporte à desinstitucionalização. Esta Lei, através do Auxílio Reabilitação Social e dos Serviços Residenciais Terapêuticos, outro importante dispositivo regulamentado pelas Portarias 106/00 e 1220/00, permitem a ressocialização daqueles que, impedidos de retornar à vida em sociedade, tiveram seu quadro de saúde cronificado pelo modelo de assistência recebida.

Em dezembro de 2001, a III Conferência de Saúde Mental realizada em Brasília contou com 1.500 delegados, representados paritariamente, conforme preconiza o SUS, com 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores. Tendo como

eixos de referência das discussões os temas Recursos Humanos, Controle Social, Financiamento e Acessibilidade ao sistema de atenção à Saúde Mental, as propostas aprovadas em plenária apontaram para os avanços significativos na consolidação do Modelo de Atenção Psicossocial. Acatando as propostas legitimadas na Conferência, o Ministério da Saúde editou, no ano de 2002, três importantes Portarias. Dentre elas, a Portaria 336/02, que:

Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria 224/92, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Portaria 251/02 instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Versão Psiquiátrica (PNASH),

estabelecendo um processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar. Definindo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação. Objetiva reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno e médio portes, com redução progressiva de leitos e melhoria na qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica (*ibid*).

No período entre 2002 e 2014 – fase para a qual se nutria importantes expectativas quanto a iniciativas decisivas para a consolidação do novo modelo de atenção – observou-se, no âmbito da gestão, uma lentificação das ações já em andamento. Por um lado, priorizou-se a expansão da rede de CAPS I e CAPS II, garantindo-se o financiamento fundo a fundo, conforme previsto pela Portaria 336/02, para os municípios com população mínima de 20.000 habitantes. Assim, o número de Serviços desta modalidade chegou a 2.000, em todo o país, no ano de 2013.

Tal extensão numérica não se fez acompanhar das ações necessárias para a qualificação e fortalecimento das equipes dos novos Serviços, agora compostas por profissionais com formação heterogênea, em geral direcionadas para o modelo hospitalocêntrico. Algumas iniciativas de alocação de recursos para supervisão das equipes foram implantadas, porém não contemplaram as propostas formuladas de programa de educação permanente que qualificassem e

certificassem as equipes, ao contrário de especializações favorecendo currículos individuais.

A opção pelo incremento restrito a um dos dispositivos da rede de Serviços propostos para a substituição dos hospitais, aliado às dificuldades de ampliação do debate, e ainda, a resistência de instâncias intersetoriais – que inviabilizaram, por exemplo, a implantação de leitos psiquiátricos em Hospitais gerais – e o despreparo das equipes em lidar com as inevitáveis situações de crise ocasionaram uma arriscada convivência entre os dois modelos de atenção – com recorrentes intercâmbios entre os CAPS e os hospitais psiquiátricos e, em muitos casos, a reprodução de práticas manicomiais no interior dos novos serviços.

Ainda, no âmbito da gestão federal, optou-se pela interlocução restrita aos Coordenadores de Saúde Mental, distanciados dos usuários e dos operadores dos serviços. Em geral, as discussões passaram a se dar em nível técnico, descontextualizadas e despolitizadas. Percebe-se que tal ocorria numa arena de disputa, com evidente pressão pela sobrevivência dos aparatos hospitalares. É também nesse contexto que se paralisam as intervenções sobre os Hospitais Psiquiátricos indicados pelo PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – versão psiquiátrica) para descredenciamento ou reclassificação do financiamento. Assim, interrompe-se a redução progressiva de leitos psiquiátricos.

Em 2009, ocorreu a Marcha dos Usuários a Brasília por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que reuniu 2.300 usuários de todo o país. Com organização prévia através da mobilização de entidades representativas dos usuários nos diversos Estados, reuniram-se com dez Ministérios, apresentando pautas de reivindicações, tendo como principal pleito a organização da IV Conferência de Saúde Mental, que ocorreu em 2010, após nove anos sem ser convocada.

Mesmo após a realização da IV Conferência, manteve-se desacelerado o ritmo de enfrentamento dos obstáculos, já conhecidos, para o avanço da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, tomou a cena o debate em torno da política de enfrentamento aos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas.

Observa-se, por um lado, uma ênfase na veiculação, pela mídia, de informações que alçam o consumo de crack ao mais grave problema de saúde pública relacionado ao consumo de drogas, minimizando os efeitos do consumo abusivo de álcool – substância esta legalizada e legitimada socialmente.

Paralelamente, intensificam-se, no âmbito do Governo Federal, ações que visam o financiamento de instituições sem padrões de funcionamento que as identifiquem como Serviços de Saúde, com características asilares que remontam aos primórdios do Modelo Asilar – as chamadas Comunidades Terapêuticas. Incorporada agora à Política de Saúde Mental, as ações de enfrentamento aos “riscos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas” (Portaria n. 130/12), passam a representar o risco de retrocesso ao Modelo Asilar, instrumentalizando agora os usuários de SPA’s – Substâncias Psicoativas, como outrora foram instrumentalizados os portadores de transtornos mentais.

Novamente, observam-se mobilizações de resistência por parte dos movimentos sociais e Entidades representativas da Sociedade Civil organizada, principalmente em torno do questionamento à indicação de internamento compulsório para parte desses usuários, ferindo princípios da Lei 10.216/01. Embora operando alguns avanços, o movimento social ressentia-se da dificuldade de apoio da opinião pública, em função da propaganda midiática que associa a figura do usuário de SPA’s ao conceito de “classe perigosa” (CASTEL, 2010).

No âmbito da atenção à saúde mental nos moldes do Modelo de Atenção Psicossocial, a Portaria n. 3.088/2011, “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde”. Em Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial realizado entre 04 e 06 de dezembro de 2013, em Curitiba – PR, promovido pelo Ministério da Saúde, os trabalhadores, usuários e familiares presentes divulgaram Carta Aberta, em que manifestavam preocupação quanto ao atual momento da Reforma Psiquiátrica. Entre os problemas enfatizados, denunciam a precariedade da atenção à crise nas Redes de Atenção Psicossocial, retardando o fechamento dos 30.000 leitos de hospitais psiquiátricos ainda existentes; enfatizam o descompasso entre a formação

universitária e o conhecimento necessário para a atuação profissional nas RAPS – Redes de Atenção Psicossocial e reafirmam a “necessidade da retirada das Comunidades Terapêuticas como serviços da RAPS e de todas as formas de financiamento público das mesmas, uma vez que ferem princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e do SUS.” (Carta do Primeiro Encontro Nacional de RAPS, 2013)

2.4 O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

2.4.1 Redimensionando o Cuidado

Todo processo de transformação é conflituoso. Abriga contradições, impasses, resistências. Observa-se um movimento dialético que opõe poder instituído e poder instituinte. E é dessa forma que vem se dando a transição entre a superação do modelo manicomial instituído há séculos e a emergente construção de um modo de cuidar antimanicomial que caracteriza a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De acordo com Amarante (2003), tendo redimensionado o propósito de transformação do cuidado em Saúde Mental para além das fronteiras da simples reforma institucional, o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira inscreveu-se como um processo social complexo, envolvendo diversas dimensões, que se relacionam de forma dinâmica: as dimensões teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-política e sociocultural.

No âmbito teórico-conceitual, o movimento ensejou o surgimento de um outro modelo de assistência, denominado "Modelo de Atenção Psicossocial". Este modelo é identificado por duas noções fundamentais. A noção de "atenção" busca uma dimensão de "cuidado" que não visa simplesmente à remissão do sintoma psicopatológico, propondo-se a entendê-lo como parte de um sujeito particular que deve ser considerado.

Estar alerta ao que estes sujeitos podem nos dizer e que não conhecemos ainda torna-se um exercício de extrema relevância para a construção deste cuidado, visto que ele não se sustenta sobre pressupostos de universalidade e essencialidade absolutas da subjetividade humana (DELGADO *et al.*, 1997).

A Segunda noção - "psicossocial" - parte da percepção de que todo "cuidado" que se pretende "atenção" deve trabalhar no sentido da reintegração das duas dimensões da existência moderna, concebendo o sujeito como uno: a dimensão psíquica e a dimensão social.

Respaldado na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, adota como paradigma da loucura a "existência - sofrimento do sujeito em relação ao corpo social". Segundo Amarante,

De doença mental para existência - sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas, e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não - equilíbrio. A existência - sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da 'cura' para a produção de vida, de sociabilidades, de subjetividades, sendo esse o objetivo terapêutico (*apud* RAMALHO, 1997, p.45).

Tomando, então, a loucura como uma questão da existência, esse novo modelo desloca o olhar dos sintomas para o sujeito, redimensionando as noções de cura e de tratamento, considerando como objeto de intervenção o usuário em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais. Considerando a impossibilidade da cura da psicose no sentido do retorno à "normalidade", redefine o tratamento enquanto função de acompanhar o sujeito, no sentido de possibilitar-lhe um mínimo de qualidade de vida dentro da sua condição de psicótico. Conforme afirma Baságlia (2005),

Se [...] havia-se posto 'entre parênteses' o contexto social em que a doença mental se instaura, a fim de abordar o desenvolvimento do fenômeno puro no doente mental, agora, invertendo os termos, tentaremos isolar e colocar entre parênteses' a doença mental, para analisar suas relações com o contexto social em que se desenvolve (p.46).

A ideia de redimensionamento parte, necessariamente, do antagonismo ao modelo que estava posto e que não desaparecerá subitamente, cabendo a busca cotidiana e processual da sua superação. Trata-se do modelo hospitalocêntrico, também denominado de "sintomatológico", que, segundo Goldberg, "[...] não suporta conceber a doença senão como uma figura médica que prescinde do paciente e sua circunstância" (GOLDBERG, 1994). Para esse modelo, segundo o autor, o objetivo do tratamento reduz-se à obtenção de resultados fixados a priori, de acordo com uma mecânica externa à doença propriamente dita. Ainda que acrescida de algumas

atividades terapêuticas, privilegia o saber médico e concentra o seu poder no manejo da técnica, concebendo o tratamento como “monitoramento dos sintomas e ajuste de medicação”. Essa prática leva a um ciclo de repetições e insucessos que caracterizam a “carreira” dos chamados “pacientes psiquiátricos graves”, cuja consequência conhecida é a cronificação. Ainda segundo Goldberg, a modificação deste quadro requer o oferecimento de “condições terapêuticas que inexistem nos ambulatorios e hospitais psiquiátricos” (*ibid*).

Desenvolveu-se, então, o conceito de Rede: “conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilita a extinção do hospital psiquiátrico” (LOBOSQUE, 2003, p.156). A noção de Rede inclui, além dos equipamentos de Saúde e Saúde Mental, a intersectorialidade, inscrevendo-se “nas estratégias de uma política pública comprometida com esta transformação, dentro dos princípios de um sistema único de saúde” (*ibid*). Rompe, portanto, com os limites físicos e simbólicos à circulação da loucura, ao considerar como cuidado as ações desenvolvidas fora do espaço físico dos Serviços, abrindo um leque de possibilidades. Introduz, aí, os conceitos de Território e de Tomada de Responsabilidade: o conceito de Território, neste caso, vai além dos critérios geográficos. Segundo Milton Santos, “é o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele, cidadão, estabelece toda a rede de relações existenciais na comunidade, local de vida das pessoas” (SANTOS, 1997, apud RABELO *et al.*, 2005). A intervenção, nesse caso, não se limitará ao indivíduo em sofrimento mental, atingindo, também, as suas relações sociais. Já a Tomada de Responsabilidade consiste na “responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção” (DEL’ACQUA; MEZZINA, 1991, apud TENÓRIO, 2001).

Vale destacar, ainda, três outros conceitos que fundamentaram as novas práticas. São eles: reabilitação psicossocial, autonomia e contratualidade. O conceito de reabilitação sofreu adaptações para adequar-se aos objetivos propostos. Como ressalta Tenório (2001):

Reabilitação é uma noção herdada pela reforma psiquiátrica de uma tradição médica que lhe é anterior, e mantida apenas porque organiza, inclusive internacionalmente, um campo de discussão pertinente à questão estratégica da cidadania ([s/p]).

Tenório (2001) ressalta a construção que Tykanori faz, considerando a reabilitação como um problema de produção de valor.

A negatividade do lugar social do louco se dá por sua exclusão do universo das trocas sociais. Ele não pode participar do universo das trocas sociais com seus bens, porque não os pode gerir, com suas mensagens, porque são incompreensíveis, e com seus afetos, porque são desnaturados. A exclusão social da loucura se realiza, portanto, como negação do poder contratual do doente mental: “anula-se qualquer valor da pessoa que a assegure como sujeito social (de trocas)” ([s/p]).

Nesse sentido, "Reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia" (TYKANORI, 1996, *apud* TENÓRIO, 2001). Ainda sobre autonomia, Tykanori desenvolve um conceito que se opõe ao senso comum:

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (*ibid*).

Uma vez que nasce da necessidade de interpelar a clínica estabelecida, questionando seu reducionismo, a Atenção Psicossocial incorpora, na sua construção, uma diversidade de linhas teóricas e de experiências. Segundo Delgado e colaboradores, parte-se do pressuposto de que,

O ‘adoecer mental’ ou ‘psíquico’ não é homogêneo. Sendo assim, as formas de acesso ao ‘sofrimento’ também devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas a efeito por diferentes profissionais e seus diferentes olhares e contribuições (DELGADO, VENÂNCIO; LEAL, 1997, p.8).

Essa nova conformação do fazer em Saúde Mental recebeu denominações diversas, tais como: Clínica da Reforma, Clínica do Sujeito, Clínica Renovada, Clínica Ampliada, Clínica em Movimento, Clínica Peripatética.

Todo esse suporte conceitual foi se desenvolvendo paralelamente às transformações que se produziam no âmbito técnico-assistencial, visando à oferta dinâmica de respostas às diferentes demandas e aos diferentes tipos de problemas psiquiátricos - dos mais simples aos mais graves, naquilo que se convencionou chamar de Invenção da Assistência. Destacaram-se três aspectos fundamentais a seguir.

A criação de novos dispositivos que possibilitassem acolher a dor e o sofrimento e lidar com os transtornos psíquicos graves sem reproduzir a exclusão social. Que se tornassem operacionais, e ao mesmo tempo fluidos, transitáveis, flexíveis o suficiente para manterem-se em ligação com os espaços de interação, circulação e decisão da cidade. Que fossem menos visíveis pela estrutura física que pela capacidade de inscrever uma outra contratualidade entre a loucura e a sociedade. A essas estruturas chamou-se de Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Buscou-se criar tantas modalidades quantas fossem as demandas que se apresentassem diante do processo de desinstitucionalização, com possibilidade de reconstrução permanente, de modo a garantir, processualmente, que a sociedade viesse a prescindir do manicômio.

Deste modo, surgiram os CAPS, os Hospitais-Dia, Hospitais-Noite, possibilitando o atendimento no Território; os Centros de Convivência, como estratégia de articulação com o campo da Cultura, favorecendo a presença social do usuário e a ampliação da própria existência através da arte e da produção; os Serviços Residenciais Terapêuticos, garantindo a reinserção social dos indivíduos cronificados, com laços sócio familiares inexistentes ou frágeis; as cooperativas de trabalho, como alternativa de produção e renda sustentando a diferença. Indo mais além, buscou-se a articulação com as ações da Atenção Básica, através das equipes do PSF; multiplicaram-se, nas diversas experiências e nos diferentes contextos, as parcerias com as Associações de Moradores e outras entidades da Sociedade Civil, com as Secretarias de Transportes, de Cultura, de Assistência Social, com as escolas, os Centros Sociais Urbanos, enfim, com a Rede que entrelaça os habitantes da cidade para atender às suas variadas e diferentes necessidades (LOBOSQUE, 2003).

Para operar nessa nova “arquitetura”, fez-se necessário uma lógica de atendimento também substitutiva, que pudesse reconhecer a importância da técnica e do conhecimento existente - dentre os quais destacam-se a psicofarmacologia e a psicanálise - incorporando-se, ainda, outros saberes, inclusive aqueles não originários da área de saúde. Conhecimentos que pudessem auxiliar no atendimento das diferentes demandas que se desdobram no além - muros, de forma a exercer um cuidado sem domínio e sem opressão. Tornou-se premente recuperar a dimensão do Cuidado, não apenas empírico, validando a sua dimensão transformadora. Tratou-se, ainda, de estabelecer uma referência de agir diante de cada caso singular, considerando a dimensão subjetiva que cerca as dificuldades da existência no espaço social. Uma ação que levasse à conquista da autonomia possível para cada sujeito em sofrimento, entendendo-se, aí, a representação particular de Autonomia que cada usuário tem, indo desde a capacidade de trabalhar e cursar uma faculdade até a condição de frequentar um Serviço desacompanhado.

Assim configurado, o campo da Atenção Psicossocial passou a requerer dos profissionais uma outra postura, um outro compromisso. Luiz Cerqueira denominou “trabalhadores de um novo tipo”, aqueles profissionais habilitados a realizarem “novas tarefas que implicam novas concepções, aceitando-se etiologias e tratamentos múltiplos, sem reducionismos exclusivistas” (CERQUEIRA, *apud* DELGADO; VENÂNCIO; LEAL, 1997, p.421).

O imperativo da transdisciplinaridade e do desapego à cristalização do saber produziu e ainda produz, naturalmente, no seio profissional, dúvidas, debates e resistências. Chega-se a tomar a imprevisibilidade das novas experiências, que não se adaptam aos dispositivos clássicos como o consultório, a sessão, o setting, como ausência de fundamentação teórica. No campo teórico, sobretudo nos primeiros anos do processo de reforma, persistiu um debate entre posições extremas: de um lado, o apelo de politização da assistência em torno reivindicação de Cidadania para os loucos; de outro, a busca da preservação de certa ortodoxia na clínica. Contudo, afirma Bezerra Jr. (1994, *apud* TENÓRIO, 2001). “se em algum momento essa polaridade assumiu ares de oposição, o amadurecimento e as exigências do processo de reforma fizeram com que desse lugar a uma certa ‘complementaridade de iniciativas’”.

Tenório (2001) propõe:

[...] que a diversidade prática e teórica da reforma psiquiátrica como luta pela cidadania pode ser reunida em um enunciado, uma espécie de programa comum, que é 'incluir o sujeito'. Na redefinição com que opera o conceito de sujeito, esse enunciado se presta a expressar tanto a dimensão política e cultural mais ampla trazida pela questão da cidadania, que envolve a relação da sociedade com a loucura e o reconhecimento do louco como sujeito de direitos e sujeito social, quanto a dimensão mais específica de como operar na singularidade de cada caso, uma outra possibilidade de existência que não a anulação do sujeito pela doença ([s/p]).

No campo jurídico-político, como já descrevemos, a aprovação de diversas Portarias e da Lei 10.216, possibilitaram, além da legitimação do modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, a ampliação da discussão sobre os efeitos da cultura manicomial, rompendo a barreira de silêncio que se impunha sobre a transgressão cotidiana aos direitos humanos que ocorre no interior dos hospitais psiquiátricos. Como cita Lobosque (2003),

Desde o nascimento do asilo até nossos dias, as instituições destinadas aos loucos são aquelas em que as leis e os costumes da cidade podem ser transgredidos: a começar Pela privação da liberdade sem o estabelecimento jurídico de um delito (a internação involuntária), passando por todos os atos do cotidiano da vida hospitalar (a contenção no leito, o isolamento em enfermarias, as restrições à comunicação e à circulação e etc.). Tudo isso se faz com a naturalidade de um costume secular, que já não desperta sequer estranheza - às graves ilegalidades, somam-se as pequenas descortesias; ao profundo abandono, os contatos superficiais (p.155-6).

No aspecto jurídico, questionam-se conceitos tradicionais como o de periculosidade, incapacidade, que ocasionaram a criação de meios jurídicos que justificam a tutela, a curatela e a medida de segurança, por exemplo.

Trabalhar na perspectiva do Território implica em convidar a sociedade a rever a sua tolerância ao convívio com as diferenças. Supõe, portanto, a necessidade da Intervenção na Cultura, cuja tarefa "é debater as representações e as práticas sociais já produzidas em torno do tema da loucura" (AMARANTE, 2003, p.69). Nessa perspectiva é que, na dimensão sociocultural, destacou-se a força do movimento social organizado que, possibilitando de forma inédita o protagonismo dos usuários e familiares dos Serviços de Saúde Mental em torno da Luta "Por uma sociedade sem manicômios", impulsionou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, imprimindo-lhe as características que acima relatamos.

2.4.2 Dificuldades e Desafios: a História por Fazer

São incontestáveis os avanços obtidos pelo processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro. Contudo, a consolidação das mudanças que vêm se gestando requer um estado de avaliação permanente e a busca de superação de limites e dificuldades. Neste momento de transição em que se observa o crescimento do contingente de Serviços Substitutivos, com uma redução significativa do parque manicomial no país - são cerca de 50.000 leitos psiquiátricos desativados - mas onde ainda coexistem, paralelamente, os dois modelos de Atenção opostos, algumas questões se colocam para os diferentes atores envolvidos, como de fundamental importância.

Dentre elas, encontra-se a forma desigual com que a Rede de Serviços Substitutivos vem se expandindo em todo o país, deixando lacunas na cobertura necessária para a desinstitucionalização dos indivíduos em tratamento. A mera desospitalização dos usuários sem o suporte no Território pode levar ao fenômeno da “Porta Giratória”, com múltiplas internações de curto período e de pouca resolutividade. Esse problema está ligado ao fato de ainda não haver a efetiva transferência de verbas dos leitos desativados para o financiamento dos Equipamentos Substitutivos.

Por outro lado, a expansão numérica dos Serviços Substitutivos faz multiplicarem-se, também, os atores envolvidos na sua operacionalização. Esses novos atores, em sua maioria, não tiveram uma formação profissional com ênfase no Modelo de Atenção Psicossocial e não participaram ativamente da Luta pela Reforma Psiquiátrica como os precursores do movimento. Esse fator, se não acompanhado de um processo de capacitação que dê conta das transformações socioculturais, políticas e assistenciais que envolvem os novos dispositivos, pode levar à “manicomialização” dos novos Serviços, à medida que as transformações na estrutura física não se façam acompanhar de um cuidado diferenciado. Nesse sentido, Desviat (1999) aponta para o risco da nova cronicidade, materializada por usuários excessivamente dependentes das novas estruturas.

A partir da publicação das Portarias 336/02 e 189/02, com a regulamentação e financiamento dos CAPS, estes vêm se transformando, cada vez mais, em “símbolos” da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, outros Serviços, já descritos acima,

continuam sendo importantes, complementando as ações dos CAPS ou mesmo cumprindo papel similar, a depender das conjunturas em que se estabelecem. Ademais, o que produzirá efetivamente resultados no sentido da desinstitucionalização do circuito psiquiátrico será menos a estrutura formal que abriga as práticas psicossociais do que o comprometimento dos operadores desses Serviços, o que não se dá por um processo formal, mas pela incorporação de um modelo diferenciado de Atenção.

3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O escopo deste Projeto de Pesquisa é a compreensão do alcance e limites da prática de uma determinada categoria profissional – o Serviço Social – num contexto interdisciplinar, considerando o acúmulo teórico, metodológico e político desta profissão e sua relação com o processo que redireciona o modelo de atenção à Saúde Mental vigente no país e que tem, em sua construção, a participação decisiva dos profissionais.

Nesse sentido, buscou respaldo na teoria da Estruturação do sociólogo inglês Anthony Giddens (2009), que centra seu objetivo na compreensão da ação humana e das instituições sociais, consubstanciando-se nos seguintes postulados: o de que os profissionais, na sua prática, produzem saberes; o de que resulta, essa produção, da interação entre o projeto reflexivo do ser (reflexividade individual) e o diálogo com os outros (reflexividade coletiva); e, por fim, da influência, sobre esta produção, do micro contexto da prática, do contexto institucional, com suas normas e recursos e da autonomia profissional (sentimento de segurança ontológica).

Para Giddens (2009), sendo os atores e as instituições fenômenos interdependentes, as instituições devem ser analisadas em sua relação complexa e complementar, como elemento constitutivo e imerso na ação dos atores. Entende, assim, a Reflexividade como avaliação e revisão contínua das práticas, a partir da atualização de informações sobre essas mesmas práticas, por meio de uma práxis reflexiva discursiva. (GIDDENS, 2009). Considera, nesse sentido, a capacidade dos profissionais de refletir sobre suas práticas e produzir discursos sobre o que fazem e por que o fazem. A reflexividade é então considerada como uma experiência discursiva de explicitação do implícito, de expressão do tácito que, quando sistematizada, caracteriza a profissionalidade nos trabalhos profissionais (OZAÍ DA SILVA, 2005).

Sob esta perspectiva, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de cunho analítico – descritivo, buscando descrever, a partir dos informantes e de análise documental / bibliográfica, a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social no contexto institucional. Para esta finalidade, elegeu-se como campo um Hospital Psiquiátrico

de referência para o Estado da Bahia, situado em Salvador. Conforme salienta Minayo (2012, p.62), “Entendemos *campo*, na pesquisa qualitativa, como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”.

Considerando a realidade acima mencionada, a coleta de dados deu-se em três etapas. Inicialmente, buscou-se, através do contato com três informantes gerais, sujeitos com acumulado conhecimento relacionado à política de saúde mental, história e dinâmica institucionais, informações e aspectos que subsidiassem a compreensão do percurso de construção do projeto ético político pelo Serviço Social naquele lugar. A segunda fase constituiu-se de análise documental, a partir de documentos, boletins informativos e bibliografia produzida a partir daquela realidade. A terceira fase consistiu na análise de dados coletados com os informantes e com a análise documental, utilizando o método de análise de conteúdo de Bardin (2011).

4 RESULTADOS

4.1 O PERÍODO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DE PESQUISA

Quando o Serviço Social foi implantado no hospital, em 1954, a instituição já contava oitenta anos de existência e acumulava, em sua história, volume de acontecimentos suficiente para caracterizá-la segundo os determinantes da cultura asilar descrita na primeira parte deste trabalho. É relevante retomar brevemente uma análise dos fatos que se desdobraram nesse período anterior à inserção do Serviço Social na instituição.

Em princípios do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia – que usava o apelo à caridade para manter sua hegemonia junto ao Estado Monárquico – havia assumido a tutela dos chamados insanos, os quais deixavam de coabitar com outros marginalizados as celas das prisões e asilos de desvalidos. Na Bahia, a administração da Santa Casa adaptou as instalações do Hospital São Cristóvão, construindo, a partir de 1706, pequenos espaços de confinamento, denominados “casinhas dos doudos” (RUSSELLI – WOOD, 1981, *apud* JACOBINA, 2001).

Na década de 1850, inspirados nas mobilizações iniciadas no Rio de Janeiro, a partir da década anterior, em prol da criação, no Brasil, de “hospital destinado privativamente para tratamento de alienados”- o Hospício D. Pedro II, que veio a ser inaugurado em dezembro de 1852 – os médicos baianos iniciaram uma campanha denunciando as péssimas condições de assistência nas instalações sob a tutela da Santa Casa. Reivindicavam um espaço propício para que os “loucos” fossem tratados sob os preceitos médicos. (GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, 2007). Como parte dessa mobilização, passaram a reivindicar a transferência de internos para o Hospício D. Pedro II, sendo algumas remoções efetivadas a partir de 1953 (JACOBINA, 2001). De acordo com o Boletim Informativo do Hospital,

A “loucura” investigada no nível do discurso teórico apenas como interesse acadêmico, recebeu seu primeiro protesto normatizador sob forma de ofício, escrito por Góes Cerqueira em 1854, ao provedor da Santa Casa de Misericórdia. Reclamava reformas imediatas das celas destinadas aos “alienados” do hospital daquela entidade (BAHIA, 1979, p.10).

Os médicos – dentre os quais muitos ocupavam cargos políticos - ao reivindicarem o poder administrativo do asilo, tinham duplo objetivo: exercer um mandato político de repressão à loucura, condizente com o contrato social da época, (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978; BASAGLIA, 2005), e alicerçar o desenvolvimento de uma assistência baseada no saber médico sobre o fenômeno, influenciados pelo alienismo francês.

No momento, portanto, em que o hospital deixa de ser exclusivamente um local de assistência à pobreza e se transforma em lugar de cura, os médicos defendem a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, “o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente” (COSTA, 1981, p.21-22).

O movimento político em torno da criação do asilo na Bahia foi permeado de avanços e retrocessos. Em 1864, aprovou-se aditivo ao orçamento da Província (Lei Provincial no. 950, de 27.05.1864) para a sua construção. A lei, entretanto, não foi cumprida. Em 1867, foi aprovada Resolução da Assembleia Provincial (n. 1001, de 28.10.1867), para a compra de uma Chácara, porém o local foi considerado impróprio. Em 1869, os Deputados Médicos conseguiram aprovar, através da lei n. 1089, a autorização da compra do Solar destinado à instalação do asilo, cujas obras de reforma só se iniciaram em 1872 (JACOBINA, 2001).

Assim, com o novo contrato firmado em 16 de abril de 1873, entre o Governo e a Santa Casa, ficava essa última com o encargo de instalar o asilo de alienados com a maior brevidade possível, com todo o pessoal necessário, ficando inclusive com a responsabilidade pela sua manutenção. Ao Governo coube o dever de ajudar com uma certa quantia por cada alienado pobre (580 réis) que excedesse o limite de quarenta vagas. O dispêndio com esse número (40) seria, portanto, obrigação da Santa Casa, dispensando-se a subvenção do Governo “desde que permitissem os rendimentos do patrimônio e os da extensa quinta” (FONTES, 1895, p.144, *apud* JACOBINA, 1982, p.144).

Reproduzindo as relações sociais vigentes, a clientela do Asilo seria constituída por pensionistas e indigentes. Na realidade que se seguiu, a categoria de indigentes sempre excedeu em muito o número de 40, configurando um dos grandes problemas da instituição – a superlotação – na medida em que o critério da indigência superava o da existência de insanidade, sendo este motivo de constantes conflitos entre os médicos e a direção leiga da Santa Casa (JACOBINA, 2001). Tal

configuração, conjugando institucionalização de indigentes e financiamento público excedente estaria arraigada na cultura asilar que caracterizaria diversas outras instituições afins e que levaria à constituição da chamada “Indústria da Loucura” – alvo das denúncias do movimento social que se constituiria, no Brasil, um século depois (cf. Fundamentação Teórica).

Em 1874, foi inaugurado o Asilo, que recebeu o nome de um santo e passou a ser gerido pela Santa Casa de Misericórdia, tendo, concomitantemente, a atuação médica na condução do tratamento. Essa convivência entre a classe médica e a instituição religiosa, distante de configurar-se uma parceria, revelou-se seriamente conflituosa, desvelando a disputa de poder. Destaca-se, aqui, de um lado, o papel ideológico desempenhado pela Igreja no Brasil Colônia, Reino e Império, e, de outro, a busca de afirmação do saber médico – científico através do domínio do espaço que se constituía para ser o *lócus* do trato da loucura. Conforme ressalta Jacobina (2001),

Sua inauguração foi saudada como a superação das estratégias anteriores de cuidados ao louco [...] Mais do que a mera superação do confinamento indiferenciado anterior, o manicômio era visto como a própria solução da problemática da loucura (p.145).

O autor destaca, ainda, dois extratos de discursos que sublinham a inscrição do papel integrador da instituição na cultura, projetando, para a mesma, a capacidade de promover, até mesmo, a conciliação de interesses antagônicos característicos da sociedade capitalista. Vejamos:

1. Foi uma inauguração “pomposa e solenne” onde não faltaram os discursos dignificando o ato (Noticiário, 1874:366), sobretudo o momento de “confraternização sublime” entre os irmãos devidamente paramentados da Santa Casa que, de braços dados com os “miseros alienados”, conduziram-no ao pessoal da enfermagem (ASCMB) [...];
2. Conforme o noticiário da Gazeta Médica que transcreveu os diversos discursos publicados no jornal “Diário da Bahia”: *“Todas as classes sociais estavam representadas alli subjugadas todas à pressão de um grande sentimento comum” (...) “Não faltou nem o operário para convencer-se de que a riqueza acumulada pode não ser uma calamidade para o proletariado, pode ser até para as classes desvalidas arrimo e solução nas grandes crises dos grandes infortúnios humanos”* (Noticiário, 1874:366). Observa-se aqui um traço cultural de longa duração: a tentativa de mascarar as profundas diferenças de classes numa sociedade muito desigual, diferenças que foram, nesse

caso específico, reproduzidas ao interior do asilo de alienados (JACOBINA, 2001, p.145).⁷

Embora constituído em espaço próprio, o asilo permaneceu sem responder às mínimas condições necessárias para prestação de serviços de saúde. Assistiu-se a uma sucessão de denúncias e reformas, sob sucessivas administrações, sem que se resolvessem os problemas de insalubridade, falta ou inadequação de estrutura física, alimentação e medicação e de reprodução da violência para com os internos, frequentemente ocasionando mortes. Insolúvel, também, configurou-se o problema de superlotação do asilo, dada a sua função primordial de abrigar indigentes, em que pese os esforços por imprimir um caráter de tratamento.

Embora reivindicando a hegemonia médica por meio do discurso científico, os médicos corroboravam a representação da união entre a “caridade” e a “ciência” em seu próprio discurso, revelando-se, assim, a supremacia dos princípios higienistas sobre os critérios médico – sanitários. Jacobina ressalta o discurso de um médico clínico do asilo:

O Asylo [...] será, pois, a um tempo, um abrigo que a caridade abriu aos desherdados da razão, e onde muitos possam recobrar; um refúgio para os míseros que a sociedade e as famílias por necessidade repellem de seu seio para segurança e tranquilidade d’ellas e uma escola prática de um d’aquelles ramos dos conhecimentos médicos que em nossos dias figuram entre os de mais alto interesse” (SILVA LIMA, 1876:85 *apud* JACOBINA, 2001, p146)

Por outro lado, Jacobina (2001) dá conta de registros em que se reivindica maior autonomia e poder de decisão dos médicos.

Ainda na gestão do primeiro diretor médico apareceram os conflitos que vão marcar esse curto período de direção médica. (1874-1882) com os membros da hierarquia da Santa Casa. [...] Por outro lado, o diretor médico reivindicava maior autonomia para a admissão e alta dos

⁷Observe-se na análise descrita, o domínio de um conceito ainda recente àquela época. Refere-se ao antagonismo entre as Classes Sociais, categoria desenvolvida nos estudos de Karl Marx e Friedrich Engels, tornada pública através do Manifesto do Partido Comunista, publicado pela primeira vez, na Europa, em 1848 (MARX e ENGELS, 2008). A primeira experiência de ditadura do proletariado na história – a Comuna de Paris – resultou da luta da classe operária francesa e internacional contra a dominação política da burguesia. Durou 72 dias: de 18 de Março a 28 de Maio de 1871. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/c/ comuna_paris.htm>. Acesso em: 09 jun.2014.

alienados, propondo mudanças no Regulamento do Asilo, instrumento que garantia uma intromissão no âmbito de competência técnica (médica), além de dar o controle. A inclusão de um artigo no regulamento, que garantisse ao diretor o direito de admitir o alienado que em condições excepcionais de pobreza e atacado de ‘furor instantâneo’ fosse trazido ao manicômio, *“afim de não provocar a sua recusa reclamações do povo que o acompanha”* [...] (ASCMB. Tourinho, 1875:13) Outro exemplo solicitava a modificação do artigo 24, que obrigava o diretor do asilo a dar alta ao internado que, no espaço de quinze dias, não apresentasse sintomas de doença mental. Reivindicava a mudança no Regulamento para dar ao diretor o direito de prolongar o prazo de observação, quando assim o julgasse conveniente *“para que não se dê parecer, algumas vezes precipitado, que venha abalar de certo modo o conceito de científico que deve ter o chefe de um estabelecimento desta natureza;”* (p.149).

Jacobina (2001) registra parte de um dos muitos relatórios sobre a instituição, com ênfase na estrutura física, apresentado à Provedoria da Santa Casa, em 1881, onde, ao referir-se à “casa forte”, o Dr. Manoel Vitorino expressa-se da seguinte forma: “Permita Deus que um dia Ella desabe, quando lá não haja doudo para que possa acabar-se com o espetáculo repugnante de guardar-se loucos como se fossem feras em jaulas” (*Ibid*, p.21). Em outro registro, datado de 1895, observa-se:

Em relação ao asilo, Fontes (1895), depois de demonstrar a incompetência administrativa da Santa Casa, chegou ao diagnóstico de que o mesmo não diferia muito quanto às condições em que viviam os alienados na Casa de Correção [...] E mais adiante, o professor catedrático de psiquiatria e das moléstias nervosas fazia a seguinte descrição: “Nem merece o nome de asylo o depósito, onde uma centena de alienados, enclaustrados em dois pequenos pateos, quando não presos naquelles célebres cubículos, recebem desabrigados as ardências do sol do verão, ou as bagas lategantes das chuvas de inverno; onde mulheres desnudas, por entre o riso inconscientemente alvar da moléstia, dormitam em esteiras, em enxergões de ferro num pavimento ladrilhado de mármore; onde tudo é a condenação formal da hygiene, no abandono frívolo dos recursos da Therapeutica, onde nem há o registro clínico, nem um só instrumento, destes que a sciencia aconselha” (JACOBINA, 2001, p.185).

Pode-se observar, no discurso dos atores sociais que, àquela época protagonizavam no cenário da saúde mental, a percepção da crise assistencial, estando, porém, implícita a busca da preservação da instituição, transformando apenas sua estrutura física. No período denominado “fase áurea” do Hospício, entre 1912 e 1930, em que a direção foi delegada a profissionais médicos, destaca-se o recurso a reformas físicas como forma de solucionar os problemas da instituição, recorrentemente criticados no período anterior. Assim, as

reformas deram conta de ampliar o número de pavilhões para alojamento dos internos, acompanhando o aumento da população de internados, levantar uma “muralha” em seu entorno e construir, no seu interior, instalações destinadas à residência do diretor médico. Este, segundo o novo regulamento, deveria morar na unidade, diferentemente do período de gestão religiosa, em que a sua presença caracterizava-se por “visitas”. Ante a recusa do diretor da época em residir no local, o espaço foi transformado em um pavilhão diferenciado para pensionistas (JACOBINA, 2001).

Em 1922, a Santa Casa de Misericórdia põe fim ao desgastante processo de disputas em torno da gestão da Unidade, destituindo-se desse papel e entregando ao Estado a responsabilidade pela administração da Instituição. Em 1935, o hospital, que havia perdido a desgastada denominação de hospício em 1925, foi renomeado, desta vez homenageando um importante representante da psiquiatria baiana. Na análise de Jacobina (2001), tal mudança de nomenclatura é representativa da dissolução da dicotomia entre os saberes médico e religioso - atores sociais que se revezavam no monitoramento do contexto e circunstâncias de sua interação social (GIDDENS, 2009) - desta vez favorecendo o primeiro.

O período entre 1932 e 1945 caracteriza-se pela intensificação no ritmo de construções. Entretanto, tais esforços não dão conta de transformar a realidade. Tanto que, em 1947, Dr. Osvaldo Camargo – em relatório apresentado ao então Secretário de Saúde Dr. Anísio Teixeira, informa:

Ninguém desconhece o extremo estado de abandono em que se encontra o Hospital, onde mais de 600 doentes se amontoam em sórdidos pavilhões, sem higiene, sem roupas, sem alimentação suficiente, onde falta tudo desde os mais elementares princípios de solidariedade humana. [...] (BAHIA, 1979, p.10-11).

É evidente a centralidade da figura do médico neste contexto, guardando coerência com a própria justificativa histórica da criação do asilo, espaço constituído para o desenvolvimento do ramo da medicina que iria deter o saber sobre a loucura. (cf. Fundamentação Teórica). Este é, portanto, o agente, entre os profissionais, do qual será possível depreender – de acordo com a teoria de

Giddens (2009) – uma consciência discursiva (capacidade de justificar, a nível do discurso, suas ações cotidianas, assim como as de outros atores), bem como uma reflexividade discursiva (capacidade de monitoramento do contexto de suas interações sociais).

Tal capacidade discursiva apresenta-se desde as ações de denúncia contra as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia e campanha pela criação do asilo. Denota-se, nas ações e manifestações da categoria médica subsequentes à inauguração do asilo, o projeto de conquista da hegemonia desse lugar.

Ressalta Jacobina (2001) que,

O primeiro aspecto a considerar na formação desses profissionais é o caráter autodidata do processo, ou seja, o hospício foi criado e os médicos passaram a atuar nele, sem que tivessem previamente um ensino que os habilitassem a exercer aquela nova prática. Pelo contrário, o asilo foi justamente o espaço de elaboração do conhecimento e experimentação de técnicas que se constituíram nos meios de trabalho do alienista. Nesse processo é que se deu a própria formação (p.165).

Estava inscrito, aí, enquanto intencionalidade, a solidificação de um espaço de aperfeiçoamento da prática médica. Tendo, ainda, na cultura original do asilo, a premissa da internação como um fim em si mesmo, os médicos assumiram o poder, legitimado socialmente, de determinar o isolamento dos indivíduos supostamente enlouquecidos, atendendo, assim, a uma demanda da sociedade para que o Estado assumisse a dupla função de *paternidade e domínio* (SARRACENO, 2001), protegendo esta mesma sociedade contra a presença “ameaçadora” da loucura (BASAGLIA, 2005).

Assim corrobora Jacobina (2001),

Percebe-se que havia a pressão social pela exclusão, recorrendo-se à Medicina para que essa legitimasse a condição de “doido”, sem que, entretanto, os médicos dispusessem de um corpo de saberes que lhes permitisse classificar o indivíduo enquanto portador de uma patologia mental definida. Embora estivesse evidente a função político – social que se demandava à prática médica, esta ainda não dispunha exatamente da Psiquiatria, que forneceria a base técnica e “científica”, ou seja, o discurso competente, para o cumprimento das finalidades de exclusão (p.166).

Segue-se toda uma construção discursiva de justificação da “violência institucional” (BASAGLIA, 2005), respaldada agora no saber constituído do médico, atestando o que afirma Barros (1994, p.34, *apud* AMARANTE, 1995, p.25): “A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, proporcionou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata”.

Onipresente e onipotente, o psiquiatra deveria ser o demiurgo do novo paraíso, para corrigir as imperfeições do outro Criador. “*O médico e somente o médico será o juiz da oportunidade do emprego da camisola de força e de outros meios coercitivos*” (Vianna, Fontes, Moreira, 1895:36). A violência não foi questionada, os “meios coercitivos” não seriam abolidos, senão transferidos para aqueles que, à luz da ciência, os tornariam instrumentos de cura (JACOBINA, 2001, p.168).

Aqui, pode-se relacionar o papel de guardião descrito por Giddens (1997, *apud* OZAÍ DA SILVA, 2005) para figurar como intérprete da tradição. Para o autor, a tradição pressupõe uma compreensão de mundo baseada nos costumes e requer uma atitude de subordinação ao destino, não havendo espaço para a intervenção do homem no sentido de transformação. Cabe-lhe, então, a reprodução das condições de viver, através da transmissão da experiência das gerações. A experiência aqui relatada, pois, reproduz a cultura tradicional da criação do asilo, onde o recurso de tratamento desenvolveu-se anteriormente ao conhecimento e à técnica, cabendo ao psiquiatra o poder de transmissão da “verdade”, a qual só pode ser demonstrada quando incorporada nas interpretações e práticas dos guardiões (GIDDENS, 1997).

Ressalta Ozaí da Silva (2005) que,

A “verdade formular” na qual se funda o ritual necessita do intérprete, e este é o guardião da tradição. Ele se caracteriza pelo *status*, isto é, o papel que ocupa na ordem tradicional. Diferentemente do perito, o especialista da ordem social moderna, o conhecimento do guardião conhecimento se reveste de mistério, se funda na pura crença e tem um sentido místico inacessível ao comum, ao leigo (p.215).

Entretanto, se imbuídos da tarefa de determinar a prática asilar, aos médicos não caberia todas as etapas do processo. Assim é que se atribui à enfermagem o papel complementar de operacionalização e vigilância sobre os internos

(MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978). Constitui-se um corpo de auxiliares, cujo aprendizado das atribuições no asilo também será constituído no próprio processo.

A maneira como a prática foi se configurando em torno da autoridade do saber médico pressupunha a aceitação, pelos internos, das condutas, ainda fortemente enraizadas nos princípios do alienismo e do tratamento moral. Como afirma Ozaí da Silva, “A discriminação do não iniciado, o “outro”, é fundamental para fortalecer o status do guardião e do ritual em si. O “outro” está fora, a verdade formular lhe é interdita” (2005, p.216). A prática institucional, portanto, previa, também, o necessário uso da força física no caso de rejeição, pelos mesmos, de medidas coercitivas. “Assim, como critério de escolha dos ‘enfermeiros’, ele recomendava que fossem inteligentes e ativos, mas também, ‘robustos’, como precaução para os fracassos dos procedimentos brandos e persuasivos” (JACOBINA, 2001, p.40).

O autor faz uma análise coerente com as afirmações acima:

A conduta desses agentes intermediários pode ser interpretada como decorrente da sua própria condição, ou seja, pelo fato de não terem o controle sobre os meios de trabalho, principalmente a apropriação do saber que orientava o uso das diversas técnicas. Existia assim um abismo entre as propostas terapêuticas dos alienistas e a dura realidade da prática asilar. Exercendo o poder a eles delegado, os “enfermeiros” reconheciam basicamente a eficácia das práticas repressivas (*Ibid*, p.170).

A falta de uma formação precedente para o segmento dos enfermeiros, foi, também, objeto das críticas ao asilo em questão. Segundo a análise de um diretor,

Não há na Bahia um enfermeiro instruído na sua profissão. Apanha-se ao acaso um indivíduo qualquer, de conhecimentos rudimentaríssimos, muita vez analfabetos e admite-se n’um dado serviço clínico. Somente depois de alguns anos de continuado exercício elle forma o patrimônio que deveria ser a sua carta de apresentação nas enfermarias (LEAL, 1912, p.410-11, *apud* JACOBINA, 2001, p.238).

A determinação da *tradição* sobre a história posterior do asilo em questão, e que o particulariza, está explícita na análise que faz o *Entrevistado 1*:

“Talvez o tema do Hospital X, 8é que se tem que brigar pra o Hospital X ser um hospital. Ele tem um vício de não ser hospital. Aí, o não ser hospital é traduzido nas práticas. Na violência das práticas. Existe uma violência do Hospital Psiquiátrico. Mas a violência do Hospital X é pré hospital psiquiátrico. Ela não incorpora nem a logicidade, nem a lógica hospitalar sanitária. Nem a lógica hospitalar sanitária conseguiu se inscrever como regra daquele lugar. [...] Agora, analisada a história particular da Bahia, eu posso dizer: Ah, legal, esse problema é do Brasil como um todo. Hospício é lugar para indigente, a tecnologia médica entra pouco. Mas, no Hospital X, eu posso falar dele, que não entra nada. Nele, eu conheço a história de que não entra nada.” (Entrevistado 1)

Para o *Entrevistado 1*, o próprio argumento para a criação do *Hospital X* não se justificava, posto que a presença social da loucura não se configurava, na Bahia, àquela época, um problema urbano, como no Rio de Janeiro, quando da criação do Hospício D. Pedro II:

“O Rio era efetivamente uma metrópole. Com a vinda da família real, passou por reformulação profunda. Tinha uma questão urbana – os loucos efetivamente passaram a ser um problema para o urbano – passou a exigir o hospício como solução.” (Entrevistado 1)

Assim, reforça ele que, na Bahia, tratou-se muito mais de uma ação intencional da categoria médica, uma *“criação artificial do problema psiquiátrico por alguns psiquiatras que se inspiraram no processo de criação do Pedro II.”* (Entrevistado 1). Complementando, ele entende que *“o Hospital X antecipa a solução para um problema que ainda não existia e faz com que a sociedade baiana não o observe como uma solução, como no Rio de Janeiro”*.

Ainda na opinião do *Entrevistado 1*⁹, a associação, desde o princípio, entre loucura e indigência, marcou profundamente a cultura desta instituição, inviabilizando o desenvolvimento de uma prática baseada em princípios médico - sanitários.

“O Hospital X, na maior parte da sua história, não foi uma casa médica. Não foi uma casa com uma ideologia de tratamento. [...] A investigação, o desenvolvimento da questão do tratamento, ela sempre teve mais para asilo, no sentido de depósito, lugar de deposição das pessoas do que um lugar do cuidado.” (Entrevistado 1)

⁸ Doravante, utilizaremos a denominação *Hospital X* para representar o hospital que se constituiu em campo de pesquisa, sempre que mencionado pelos entrevistados, como forma de preservar o sigilo sobre o seu nome.

⁹ Psicólogo, precursor da Reforma Psiquiátrica Brasileira que se erradica na Bahia na década de 1990, contribuindo para a organização do Movimento Antimanicomial no Estado.

Partindo do contexto atual e lançando um olhar retrospectivo sobre a história desta instituição, o *Entrevistado 1* compreende que essa tradição irá influenciar fortemente a cultura sobre a Saúde Mental na Bahia:

“Então, qual foi o problema do Hospital X como indexador. É porque o Hospital X deveria ser o lugar destilador de uma ideologia social. Ou seja: o que a Bahia sabe sobre loucos, ela aprendeu com o modo de operação do Hospital X. Principalmente porque a Bahia depois conheceu a tecnologia hospitalar.”

Refere-se, aí, ao modo pelo qual a insuperável problemática do asilo em torno da dicotomia da racionalidade sanitária X a racionalidade assistencial dos pobres indigentes inviabilizou o espaço idealizado pelos médicos baianos do Século XIX como lugar de formação e desenvolvimento da Psiquiatria. Ao contrário disso, ele conclui que *“a psiquiatria não marcou a tradição médica”* na Bahia.

Conforme relatado por Jacobina (2001), as constantes denúncias da degradação da assistência levaram os Catedráticos de Medicina a contraindicar o hospital em questão como espaço de formação para estudantes de medicina.

O coro dos protestos contra a situação da Asilo foi engrossado por vários outros médicos e professores da Faculdade, entre os quais destacou-se o Prof. Nina Rodrigues, da cadeira de Medicina Legal. Vale ressaltar que as críticas não se limitaram às precárias condições em que funcionava o Asilo, mas também às práticas violentamente repressivas executadas sobre os alienados, que comprometiam o ensino já realizado. (p.174)

Para além da denúncia, o renomado Médico elaborou, àquela época, uma proposta de reorientação da assistência e docência em psiquiatria na Bahia:

O documento elaborado “assistência médico – legal aos alienados no Estado da Bahia” (Nina Rodrigues, 1905) foi aprovado, tendo como uma das propostas para o ensino de Psiquiatria da Faculdade, a criação de um serviço especializado em anexo ao Hospital Santa Isabel (Ibidem, p.175), ou seja, a unidade psiquiátrica de um hospital geral. Essa proposta aguardou meio século para se tornar realidade e o ensino de Psiquiatria permaneceu utilizando como campo de prática o asilo / hospital [...] até meados da década de 50 (JACOBINA, 2001, p174).

A solução, na verdade, não se efetivou no campo da Saúde Pública. Conforme descreve o *Entrevistado 1*,

Então, quem é o pai do hospício, da tecnologia psiquiátrica na Bahia: N. P.

[...] N.P. começa sendo dono do primeiro hospital psiquiátrico privado da Bahia, e que é o primeiro lugar que tem tecnologia hospitalar. Tecnologia hospitalar significa hospital que parece hospital. Que funciona como hospital. Hospital é um espaço em que o regramento do espaço, o espaço é ordenado pela lógica médica. Lá no Sanatório Y.

[...]. Mas o Sanatório Y é o primeiro, mais antigo. Com vários sócios.

[...] Então, com o hospital privado é que vai se criar uma tradição de formar psiquiatras aqui na Bahia.

[...]. Esses psiquiatras da velha guarda, que já devem estar com 90 anos, eles são os primeiros psiquiatras baianos. Se eles estão com 90 anos hoje, quando eles tinham 20 e poucos anos... deve ser mais ou menos lá... 65 anos atrás... mais ou menos 1950. Então, os primeiros psiquiatras baianos vão ser formados por volta dos anos 45-50.

Pode-se inferir, a partir desta análise, que a impossibilidade de transformar a cultura de que “louco é indigente”, leva os atores sociais imbuídos do projeto de constituição da psiquiatria baiana a instituírem outro espaço, livre dessa interferência sociocultural, para o exercício do aprendizado da tecnologia médica nesse campo de saber. De acordo com o relato do *Entrevistado 1*, os psiquiatras formados nesse novo contexto, posteriormente, adentrarão o *Hospital X*, mais uma vez com o projeto de reformulação da prática asilar.

“Então, eu falo que a gente não pode negligenciar o caráter tardio da formação em psiquiatria. É praticamente em 1950... o asilo X é de 1874... 76 anos depois da fundação do Hospital X. Todo esse tempo como asilo... sem tecnologia médica, sem tradição de cuidar... A primeira incidência de ação psiquiátrica – e essa aí não vai ser no Hospital X não – depois é que vai trabalhar no Hospital X... depois que se formou, se desenvolveu no mercado, é que vai interferir lá. Então, por essas contas aí, ... para que o Hospital X assuma uma fisionomia... tenha o retorno de uma perspectiva médica... . Vai ter uma primeira geração entre 50 e 60. Eu tô dizendo tudo isso prá dizer que o Hospital X não tem tradição médica. Ele só conheceu uma ordem médica nos anos 70. Ou alguma ordem de medicalização... ele sofreu uma reforma em 46 e depois... mas essa reforma não incidiu em nada. É tanto que vai acontecer uma nova reforma, que é a reforma de 1980. Então você tem uma instituição que só em 1980 consegue se livrar da tradição do hospício. Praticamente 100 anos do Hospital X, ele não conseguiu ser mais do que um asilo.”
(Entrevistado 1)

4.2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

É também na década de 1950 que o Serviço Social insere-se nesta instituição. O relato da *Entrevistada 2* irá descrever o contexto em que essa inserção se deu.

I. Z. era Secretária de Dr. R. F. E aí ela fez o curso de Serviço Social, aqui¹⁰ e fez a monografia de conclusão do curso... o Trabalho de Conclusão de Curso, como era chamado, lá no Hospital X. [...], I., realmente, teve o trabalho dela publicado no Boletim,¹¹ [...]. E foi um trabalho muito bom. Dr. R. ficou encantado com o trabalho desenvolvido por I.. Mas viu que ela, sozinha, não poderia assumir aquele trabalho no Hospital X, né? E aí ele autorizou I. a escolher quatro Assistentes Sociais, que ele iria batalhar para conseguir coloca-las no Estado. Então, de início, nós apenas tivemos o contrato de um ano – de janeiro a dezembro. Que era o tempo que Dr. R. iria conseguir... como se diz assim, todas as coisas que eram necessárias para fazer com que nós ficassemos como funcionárias.” (Entrevistada 2).

De fato, encontramos publicado no Boletim Informativo no. 67 /72, (jan a jun de 1961) o referido trabalho, em cuja introdução, a autora informa:

Nesta minha última etapa como aluna da Escola de Serviço Social da Bahia, disponho-me a apresentar neste pequeno trabalho, o relato de minha experiência e observações no campo do Serviço Social Psiquiátrico, razão de ser do meu ingresso nessa Escola (SANT'ANNA, 1961, p.7).

Depreende-se, daí, que a abertura do campo de atuação à profissional, na instituição, ocorreu anteriormente à sua inserção no espaço de formação, tendo, ao contrário, motivado a sua busca pelo conhecimento profissional. Segue, portanto, a mesma lógica de constituição do corpo de atores sociais inseridos naquele contexto institucional, sendo a profissionalização posterior e determinada pelas condições de trabalho, conforme a já analisada situação dos médicos e profissionais de enfermagem.

É lícito observar que o contexto de incipiente experiência de Serviço Social em instituições psiquiátricas justificou a implantação do setor por uma profissional ainda em formação. Ressalte-se que o amadurecimento da profissão e das suas instâncias formadoras que se seguiu determinou a irregularidade da prática de estágio sem a

¹⁰ Refere-se à Escola de Serviço Social da Bahia que, posteriormente, iria constituir-se na ESSUCSAL (Escola de Serviço Social da Universidade Católica do Salvador).

¹¹ Refere-se ao Boletim Informativo do Hospital, publicação semestral que circulou entre os anos de 1955 a 2012.

Supervisão de um profissional graduado inserido no Campo de atuação (CFESS, 2008). Quanto à valorização da presença do Serviço Social na instituição, esta se fez patente na medida em que foi ampliando gradativamente o número de profissionais e aumentando, conseqüentemente, o seu espectro de atuação, como sinalizado na fala sobscrita da *Entrevistada 2*.

O relato da autora, que protagoniza a inscrição do Assistente Social no cenário da Saúde Mental no Estado da Bahia, permite entrever os elementos do contexto que favoreceram esse processo. Pode-se dizer que conjugavam favoravelmente o apoio da Diretoria Médica da unidade e a identificação da referida autora com o projeto de atuação profissional requerido diante da demanda da população internada. A autora demarca:

O Serviço Social no setor psiquiátrico em nosso Estado foi o pioneiro, sendo previsto pela assistente social no início de sua carreira que, como tal, a conquista teria que ser feita à custa da implantação de um trabalho constante e persuasivo (SANT'ANNA, 1961, p.13).

Demonstra, outrossim, ressentir-se de dificuldades como a falta de quantitativo de profissionais para atender à extensa população de internados, bem como a dificuldade de compreensão do seu papel na instituição, como se observa nos dois extratos que se seguem:

No Hospital [...] funciona o Serviço Social, é certo, tendo embora à sua frente uma aluna concluinte, convindo frisar que presentemente o hospital conta com a média de 1200 pacientes internados [...]
Embora o volume de trabalho seja considerável, nada nos pareceria se encontrássemos sempre receptividade e compreensão do maio ambiente, mas o que importa é que temos continuado a nossa tarefa sentindo que de ano para ano vamos impondo confiança e ganhando, embora lentamente, a adesão dos descrentes (SANT'ANNA, 1961, p.13)

Entretanto, percebe-se, no discurso da Assistente Social pioneira, o sentimento de segurança ontológica, expressa na sua consciência discursiva que, para Giddens (2009), refere-se à capacidade dos atores sociais de justificarem suas ações cotidianas, esclarecendo os meios e as finalidades das mesmas. Refere-se, ainda, à capacidade de avaliar as condições em que se desenvolvem suas ações, bem como as ações dos demais atores com os quais interage. A autora aposta no esforço cotidiano e na natureza repetitiva das atividades para comprovar a efetividade do

trabalho do Assistente Social na Instituição. Apoia-se, portanto, no “caráter recursivo” da vida social.

Para Giddens (2009), a vida cotidiana dos atores sociais sustenta-se em três elementos: a monitoração reflexiva, a racionalização e a motivação. Consideramos estas três dimensões na análise do caminho percorrido para a consolidação do projeto de atuação do Serviço Social nesta Instituição, iniciado por I. Z. A partir daí, identificamos os pontos de encontro com os percursos de outros dois projetos – estes inseridos no contexto macro – estrutural da sociedade: a materialização do Projeto Ético Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Psiquiátrica, ambos inscritos no cotidiano do campo da Saúde Mental brasileira a partir da motivação, bem como da consciência prática e discursiva dos atores sociais envolvidos.

Segundo Giddens (2009),

A rotinização é vital para os mecanismos psicológicos por meio dos quais um senso de confiança ou segurança ontológica é sustentado nas atividades cotidianas da vida social. Contida primordialmente na consciência prática, a rotina introduz uma cunha entre o conteúdo potencialmente explosivo do inconsciente e a monitoração reflexiva da ação que os agentes exigem (p.26).

Ainda para Giddens, segundo O'Dwyer e Mattos (2010),

Os agentes humanos têm um conhecimento que pode ou não gerar mudanças a partir de um monitoramento reflexivo e que a estrutura é sempre o meio e o resultado da conduta que ela própria organiza (p.614).

Cumpre-nos, portanto, a partir deste ponto, buscar traçar um paralelo entre os percursos de construção nos campos da Saúde Mental e do Serviço Social, estabelecendo uma discussão reflexiva sobre os pontos de convergência e divergência entre ambos, tendo como campo de análise o contexto histórico do hospital em questão. Pois, para Giddens (2009, p.35),

O que é especialmente útil para a orientação da pesquisa é o estudo, primeiro das interseções rotinizadas de práticas que constituem os “pontos de transformação” nas relações estruturais e, segundo, dos modos como as práticas institucionalizadas estabelecem a conexão entre a integração social e a integração do sistema.

O campo de prática que se tornou conhecido como “Serviço Social Psiquiátrico”¹² teve início nos Estados Unidos, na década de 1910, sendo o primeiro espaço de trabalho conhecido o Departamento de Serviço Social do Hospital de Boston, em 1912 (BISNETO, 2009). No Brasil, os registros sobre a inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental datam de 1946 (SABÓIA, 1976). Porém, segundo Bisneto (2009), a quantidade de profissionais envolvidos com essa problemática, até a década de 1960, era pouco representativa. Segundo o autor, somente nos anos 1970, houve um aumento do quantitativo de assistentes sociais na área psiquiátrica, cujos serviços também vinham se expandindo desde 1964. Para o autor, portanto, “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 64: a modernização conservadora dos aparatos do Estado [...]” (BISNETO, 2009, p.26).

Note-se que a própria expansão do quantitativo de instituições psiquiátricas naquele período atesta uma identidade entre os objetivos deste aparelho institucional e os princípios repressivos vigentes, como se pode observar na análise da *Entrevistada 3*, que também conheceu aquela realidade institucional no referido período:

“Os hospitais psiquiátricos sempre foram usados. Tanto que, durante a ditadura, aumentou 600% o número de hospitais psiquiátricos, porque o hospital psiquiátrico era um aparelho, era um lugar que era interessante prá ditadura. Porque um modo de desqualificar uma pessoa é dizer que é maluco. Então, tinha um companheiro, chamado na época, um companheiro aguerrido, que falava, que brigava, que enfrentava, e dizia que era maluco, era maluco e internava. Quantos familiares foram pedir até ao próprio governador que tirasse o filho, porque internava o filho, a filha, a mulher, o marido... internava no Serviços [...] que serviram muito bem à ditadura. Serviu muitíssimo bem à ditadura. Internava lá, entupia de medicação, de eletrochoque. Um emblema disso é o próprio Vandré,¹³ mas que aconteceu muito. Se você ler Lamarca, Capitão de Guerrilha [...], você vai ver, quantas coisas aconteceram, quantos pacientes foram internados no Hospital Y, W e Z como doido, que não eram doidos, que morreram lá e foram desqualificados, etc, etc. Então, era um Aparelho, era uma Instituição que servia muitíssimo bem à ditadura.” (Entrevistada 3)

¹² De acordo com a perspectiva metodológica da época, o Serviço Social na área da Saúde era denominado de acordo com a especialidade médica à qual estava atrelado. Presentemente, considerando-se como objeto de intervenção do Serviço Social as manifestações da “questão social” que atravessam a vida dos usuários nos diversos contextos, entende-se que, embora existam particularidades relacionadas aos diversos campos da saúde, não existem especificidades na atuação do assistente social que justifiquem tal nomenclatura. Segundo IAMAMOTO (1998), é a dimensão ético – política que unifica a prática dos assistentes sociais nos diferentes campos de atuação.

¹³ Cantor e compositor que ficou conhecido com a música *Prá não dizer que não falei de flores*, e foi duramente torturado pela ditadura instalada no Brasil após 1964.

Analizando o documento de autoria da primeira Assistente Social do *Hospital X*, reconhece-se a perspectiva metodológica da época, fundada na ideologia da ajuda e instrumentalizada, principalmente, no Serviço Social de Casos¹⁴.

[...] o Serviço Social Psiquiátrico não tem limites, fazendo-os entrever que muito mais poderia ser feito e deixando-os certos de que cada paciente é um caso a resolver e que o doente mental é o assistido que mais carece de nossos cuidados profissionais (SANT'ANNA, 1961, p.7).

A autora inicia traçando um paralelo entre os percursos da Psiquiatria e do Serviço Social, ambos, inicialmente, desprovidos de cientificidade e amparados na prática da caridade. Através de citação, explica a compreensão do Serviço Social enquanto profissão naquele período, considerando-o “imprescindível para a harmonia universal”.

Surgiu o Serviço Social como fruto de uma reflexão mais profunda e sincera sobre os desajustamentos sociais, suas causas e os métodos adotados para saná-los. Daí resultou uma atitude científica, racional, humana e mais cristã em face dos problemas sociais. Passou-se a estudar melhor o homem, sua natureza, suas necessidades, seus direitos, suas aspirações; compreendeu-se a necessidade de analisar-se mais objetivamente a vida social na sua estrutura e dinâmica e nas suas anomalias. Foi tomada como imperativo a pesquisa das causas mais remotas das misérias e das injustiças sociais. Procurou-se, ao mesmo tempo, criar e sistematizar métodos de ação mais adequados (JUNQUEIRA, *apud* SANT'ANNA, 1961, p.8).

Utiliza como referência, além de publicações da área de psiquiatria, folheto datilografado intitulado “O Testemunho Cristão no Serviço Social”¹⁵ – observe-se que o texto reforça a suposta aliança entre ciência e religião cristã - e bibliografia norte americana, de onde extrai o conceito de Serviço Social Psiquiátrico:

He may participate as a member of a research team investigating clinical, epidemiological or other research problems. The psychiatric social worker may also serve as a consultant in schools, industry, health department and others mental health associations; and as a special adviser to community welfare agencies and to local government units. (LOUIS, 1935, p.114-15, *apud* SANT'ANNA, 1961, p.10)¹⁶

¹⁴ Metodologia desenvolvida no início do Século XX pela Assistente Social norte – americana Mary Richmond, desdobrando-se nas etapas de estudo / diagnóstico / tratamento. Tornou-se conhecido através de seu livro *Caso Social Individual*.

¹⁵ JUNQUEIRA, Helena Iracy. s/d.

¹⁶ Texto cuja tradução é: “Ele pode participar como membro de uma equipe de pesquisa que investiga os problemas de investigação clínica, epidemiológica ou outros. A assistente social psiquiátrica pode também servir como um consultor em escolas, indústrias, departamento de saúde e outras

Busca contextualizar a realidade do campo da Saúde Mental numa perspectiva macro - social, referindo-se, assim, a importantes mudanças que já se faziam notar em outros países, naquela década (1960) - porém ainda um tanto distantes da realidade brasileira, onde, no mesmo período, observava-se a ampliação do parque manicomial e práticas inerentes ao modelo afim (cf. Fundamentação Teórica). Observe-se, no seu texto, a referência à contraindicação de medidas punitivas e de isolamento, bem como a consideração da convivência e participação das famílias no tratamento, inscrevendo as modalidades de hospital – dia e hospital noite como possibilitadoras dessa participação. O aprimoramento dessas ideias, a partir do coletivo de trabalhadores de Saúde Mental brasileiros, iria redundar no Modelo de Atenção Psicossocial atual.

Vejamos:

Nos hospitais mais adiantados do mundo já não se cogita tanto de muros altos e inacessíveis, que já são mesmo dispensados em alguns deles. Em fase aguda ou de agitação, já não se usa a camisa de força e em lugar do quarto individual em que o paciente é isolado temporariamente, já se procura sedá-lo e assisti-lo, para dessa forma poder ficar em seu leito, na enfermaria, sem causar maiores transtornos. [...] Presentemente o hospital – dia e o hospital - noite representam uma modalidade de internamento. O paciente não se afasta da família, o que é importante, e também está em contacto permanente com o hospital para o seu tratamento e suas atividades terapêutico – ocupacionais (SANT'ANNA, 1961, p.10).

Acerca dos operadores dessa prática inovada, a autora considera: “Também já se cogita no trabalho não somente do psiquiatra, mas de uma equipe de técnicos, onde o psiquiatra é o líder.” (SANT'ANNA, 1961, p.10). Percebe-se, aí, a consideração da subordinação ao saber médico como natural. A este respeito, encontramos em Bravo e Matos (2006), a contextualização da ampliação da equipe profissional na área de Saúde, desde a modificação do conceito de Saúde pela ONU – Organização das Nações Unidas – em 1948, enfatizando aspectos biopsicossociais. Segundo os autores, o trabalho multidisciplinar foi uma “solução racionalizadora” para operacionalização da ampliação das ações de saúde demandadas pelo “novo” conceito, incorporando a dimensão preventiva, por meio de abordagem educativa.

Encontramos em Matos (2013) uma análise sobre a afirmação absorvida por Sant'anna (1961) em seu trabalho:

[...] Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) com aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer [...] (p.57).

Tendo em vista que o Serviço Social, naquele período, ainda não havia iniciado seu movimento de Reconceituação, devemos considerar que a profissão, em sua gênese, era fundamentalmente interventiva. Cabia-lhe, portanto, meramente, a função executiva – numa analogia à tradicional dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual, ou, por outras palavras, entre conhecimento e ação. Considerava-se, portanto, o papel de planejar a sua ação como pertencente a outras categorias profissionais e /ou aos gestores das Políticas Sociais. (GUERRA, 2002; SOUSA, 2008). A fala a seguir, de autoria de um psiquiatra gestor, extraída de Boletim Informativo do Hospital, corrobora o entendimento vigente à época sobre o papel do Assistente Social na instituição psiquiátrica:

A assistência social pode ser considerada como um auxiliar valioso da assistência médica, ou como uma extensão desta. Na assistência psiquiátrica é onde o seu valor se acentua mais que em qualquer outro setor da medicina, uma vez que o doente mental, na grande maioria dos casos, tem que ser conduzido, protegido e fiscalizado, competindo esse trabalho ao assistente social. Além disso, ele é quem primeiro entra em contato com o doente descobrindo-o e localizando-o em seu meio. É também quem o acompanha até seu último momento ao procurar reintegrá-lo na sociedade (BAHIA, 1957, p.10).

O amadurecimento teórico-metodológico dos profissionais iniciado pelo Movimento de Reconceituação, em meados da década de 1960 e impulsionado pela aproximação com a obra marxiana, levou a uma ruptura com esse caráter meramente executivo da prática profissional e à conquista de novas atribuições, contemplando as dimensões de elaboração, coordenação, execução e avaliação de suas ações, inscritas no Artigo 5º. da Lei 8662, de 07.06.1993, enquanto

atribuições privativas: “I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social”.

Os registros daquele período encontrados no *Hospital X* informam, portanto, uma coerência entre o requisito daquela instituição para o Serviço Social e a demanda histórica pela categoria na área de saúde: o de intermediar a relação entre a instituição e os pacientes / familiares, tendo consolidado, de acordo com Bravo e Matos (2006, p.199), “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde [...]”.

Naquele momento, a prática do Serviço Social era legitimada, principalmente, pelos resultados imediatos, estando restrita à dimensão técnico-operativa, esta também, baseada em modelo metodológico construído a partir de outros contextos, desconectados da realidade brasileira. Assim é que a autora vai considerar, enquanto evolução do modelo assistencial, a atuação do Assistente Social na assistência extra-hospitalar aos doentes mentais. Tal modalidade de intervenção, também construída fora da profissão, fundamentava-se na contribuição da Higiene Mental para profilaxia e tratamento precoce das doenças mentais. Representativa da compreensão que fundamenta a prática da Higiene Mental é a transcrição que se segue:

A demonstrar a tendência para a universalização das normas de assistência social de um modo geral e, principalmente, no particular da Higiene Mental, estão as que vem sendo desenvolvidas pela Organização das Nações Unidas tendentes a reconhecer o valor da saúde mental como condição precípua para a paz social e mundial, e, além disso, o trabalho desenvolvido com o objetivo de colocar sob sua orientação a solução do relevante problema. A Organização Mundial da Saúde em sua “Constituição” estabelece que “a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social ao qual tem direito todos os seres humanos, qualquer que seja a raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social”. A UNESCO fez uma síntese feliz do valor da saúde mental para a solução dos problemas de pacificação internacional, ao afirmar, no preâmbulo de sua constituição: “Considerando que as guerras nascem na mente dos homens, é na mente dos homens que se devem erigir os baluartes da paz” (BAHIA, 1957, p.9).

O Código de Ética do Assistente Social vigente àquela época é datado de 1947, elaborado pela ABAS – Associação Brasileira de Assistentes Sociais - tendo adquirido legalidade somente a partir de 1962, quando da regulamentação da

profissão e criação dos Conselhos Federal e Regional de Serviço Social (CFAS e CRAS). Apoiava-se nos pressupostos do positivismo e do neotomismo, sendo este último a base da Doutrina Social da Igreja Católica, determinante na constituição da profissão (cf. capítulo teórico). Conforme Barroco e Terra (2012),

Nesse contexto, os valores adquirem um conteúdo universal abstrato: pertencem à natureza humana que emana de Deus. Assim, valores como pessoa humana, bem comum, perfectibilidade, autodeterminação da pessoa humana, justiça social, são abstraídos de suas particularidades e determinações históricas, tornando-se referência para uma concepção de humano genérico que não se articula com o indivíduo social, em sua concretude histórica (p.44).

Isso explica a postura de “neutralidade” diante das “disfunções” decorrentes das desigualdades sociais atribuídas aos indivíduos enquanto incapacidade, desajustamento e /ou desvio moral, presente na teoria disponível na época, e reproduzida na fundamentação da prática institucional em construção.

Discorrendo acerca do seu trabalho cotidiano, I. Z.S. subdivide o seu trabalho monográfico em três etapas: o internamento; o paciente em tratamento e o paciente de alta. Sobre o primeiro momento, informa: “Compete-nos fazer uma pequena entrevista com o paciente (se em condições), a fim de preenchermos a ‘guia de internamento’” (SANT’ANNA, 1961, p.13). Chama-nos a atenção a ênfase em “pequena entrevista”, bem como a referência a “guia de internamento”, que podem ser representativas de um cumprimento de exigências burocrático – administrativas determinadas pela instituição e desconectadas de um saber teórico – metodológico próprio, que caracterizava a profissão na época.

Prosseguindo, ela afirma: “Ao mesmo tempo, entramos em contacto com pessoas da família, ou responsáveis, ocasião em que observamos as suas atitudes.” (SANT’ANNA, 1961, p.13); e, mais adiante:

Quando necessário, procuramos, de início, explicar-lhes sobre o funcionamento de um hospital psiquiátrico, e destruir-lhes a antiga concepção de hospício, em que os pacientes eram internados para sempre. Ressaltamos o papel que a família deve desempenhar, qual seja o efetivo, de compreensão, encarando a doença como realidade, tendo em vista que a doença mental é uma doença como outra qualquer. (*Ibid*, p.13).

Poderíamos considerar que, aí, estavam presentes a Orientação e Acompanhamento Social, que também foram redimensionados com a incorporação das dimensões teórico – metodológicas e ético – políticas no período posterior ao Projeto de Intenção de Ruptura (cf. capítulo teórico), estas também inscritas na Lei 8662/93, em seu Artigo 4º, inciso V, enquanto competências do Assistente Social: “V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”. De acordo com Mito (2009), esta abordagem, atualmente, deve ter um cunho pedagógico, numa perspectiva emancipatória, compreendendo o acesso à informação pela população usuária como uma etapa na garantia e ampliação de direitos.

Ora, se considerarmos a compreensão atual acerca do modelo hospitalocêntrico, entendendo a institucionalização como violação de direitos dos internos do *Hospital X*, pode-se considerar que a abordagem acima relatada, realizada pela Assistente Social, aproxima-se daquela que é requerida hoje, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, respaldada nos Princípios do atual Código de Ética Profissional, bem como na Lei 10.216 /01 que, em seu Artigo 2º., Incisos VII, VIII e IX prevê, enquanto direitos das pessoas com transtorno mental:

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Entretanto, se levarmos em conta que, naquela realidade, inexistiam, no cenário nacional, recursos extra-hospitalares que pudessem sustentar o tratamento fora do espaço institucional, mesmo enquanto projeto político, pode-se pensar que, aí, encontrava-se um exemplo da contradição enfrentada pela categoria nesta complexa posição de intermediação entre a Instituição e a população usuária. Isto porque, uma vez que a informação não se fazia acompanhar de um suporte para o acesso a direitos, recaía sobre as famílias, unicamente, essa responsabilidade. O contexto explica, portanto, as dificuldades de responsabilização dos entes familiares em relação a grande parte dos internos relatadas pela autora.

Presentemente, a família é considerada como usuária dos Serviços de Saúde Mental, sendo importante unidade de intervenção do Serviço Social. Entende-se, no marco da Reforma Psiquiátrica, que compete aos Serviços de Saúde Mental disponibilizar o suporte psicossocial necessário para que as famílias possam sustentar o convívio com seus entes acometidos pelo transtorno mental. Tal suporte deve incluir, além da participação ativa dos familiares na construção e efetivação do Projeto Terapêutico dos indivíduos em tratamento, o acesso pelos mesmos a um conhecimento ampliado acerca da problemática e suas implicações na própria realidade familiar (MELMAN, 2001).

Busca-se uma intervenção que possibilite reverter uma cultura de abandono e destruição de laços familiares originada no contexto do Antigo Regime francês, conforme relatado em Castel (1978), quando o Rei determinava o sequestro dos “loucos” para os hospitais gerais, em nome da Ordem Pública, desresponsabilizando as famílias. No cenário da Revolução Francesa – berço do Asilo – o Estado, representando os interesses, da família burguesa, modelo hegemônico naquele período, consolidou a institucionalização dos “loucos”, preservando o espaço familiar como domínio do privado.

Tendo em vista os marcos do Estado, devemos considerar que a efetivação da proposta da Reforma Psiquiátrica reivindica o Estado Democrático de Direito, que traz, em seu bojo, a participação dos cidadãos em questões consideradas, anteriormente, como domínio exclusivo da esfera pública. Neste sentido, a família é convocada, menos na função de “cuidadora” - vez que o Modelo proposto pela Reforma supõe um cuidado ampliado pela rede de Serviços Substitutivos – e mais no sentido de reassumir seu papel intrínseco, quer no sentido sócio – afetivo, quer enquanto unidade de proteção social.

Nesse sentido, a família é convocada, também, como sujeito coletivo, a protagonizar a construção da Reforma enquanto ampliação de direitos e consolidação da cidadania. Concorrem como dificuldades, neste cenário, a lentidão própria dos processos de transformação sociocultural, que envolvem tanto as famílias – em grande parte atingidas pelas manifestações da “questão social” e desconhecedoras de seus direitos e deveres – quanto os profissionais envolvidos no tratamento,

quando mantêm práticas “impregnadas de idealizações em torno das famílias” (CALDAS, *et al.*, 2008), e distanciadas de suas condições concretas de vida. Considerando-se o acúmulo ético – político, teórico – metodológico e técnico – operativo do Serviço Social, pode-se considerar a sua intervenção junto às famílias como fundamental no processo de Reforma Psiquiátrica.

4.3 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DOS ANOS 60 / 70: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTAL TÉCNICO OPERATIVO A PARTIR DO PROCESSO REFLEXIVO

Retornando ao nosso campo de pesquisa, o *Hospital X*, vamos encontrar no depoimento das *Entrevistadas 2 e 3*, relatos de como o Serviço Social, em determinado momento, imprime à sua atuação uma perspectiva transformadora.

“O objetivo da instituição para o S. Social era botar prá fora os pacientes que não deveriam estar ali. [...] nós fomos convidados prá isso! [...] Então, os médicos mandavam para a sala do S. Social as listas. Pacientes de alta... nem diziam em condições de alta. [...] Então, chegava lá, a lista do Kraepelin, a lista do... então... ele tinha razão. Como é que se podia dar atenção a tantos pacientes... ”
(Entrevistada 2)

A entrevistada refere-se a um período em que a quantidade de internos chegava a 1500. Naquela realidade, a principal demanda da instituição para o Serviço Social, claramente, era a de minimizar o problema da superlotação, podendo configurar-se como um importante determinante dos esforços pela ampliação da equipe de assistentes sociais que, a partir de 1960, atingiu o número de cinco, passando a contar, também, com cinco “auxiliares” para o setor. Observe-se que a entrevistada sinaliza que, naquele contexto, a quantidade de médicos – dois para cada pavilhão - também era insuficiente para que se pudesse dispensar atenção individualizada aos pacientes. Assim, as intervenções médicas restringiam-se às modificações nas prescrições, em geral, a critério dos relatos dos funcionários sobre a existência ou não de comportamentos de agitação, orientando a manutenção da conduta na maioria dos casos.

Descrição mais detalhada da organização inicial do trabalho em torno das altas, faz a Entrevistada 3 que, naquela época, era estagiária:

“Eram as quatro assistentes sociais prá um mundo de pacientes... [...] mas o Serviço Social, naquela época, era feito, assim, um pouco em operação:- Hoje, vai ser no pavilhão tal... - amanhã, os assistentes sociais vão prá o pavilhão tal, que era prá ver a situação social de cada paciente, fazia o planejamento... de qualquer forma, já se via laivos de uma certa cientificidade. Fazia estudo, o diagnóstico, e se planejava o que fazer. Eu me lembro que um dos critérios... porque tinha pacientes que iam e ficavam lá anos a fio [...] Se hoje, ainda existe, imagine na década de 1960, 70. Lugar de louco era no hospício. E aí, eu me lembro que um dos critérios prá a medicina dar alta ... quando a gente ia fazer essas operações que eu, assim, de uma forma bem debochada, chamava de operação alta – porque ia todo mundo, todas as assistentes sociais para aquele pavilhão... [...]. Então, a gente ia... - que dia é hoje? – imagine você, um paciente internado há mais de dez, vinte anos... até trinta anos, saber que dia era hoje, o nome do presidente... o mês, etc., etc. Então, tinha uma assistente social, quando ela via que o paciente estava bem, que estava em condições de alta – porque o médico via muito esporadicamente – ela ensinava ele a dizer que dia era, a data, o nome do presidente... quando o médico chegava que perguntava, ele, de pronto, respondia. Ele então achava que isso era... que já estava de alta. Então, o Serviço Social providenciava a passagem, ônibus, essas coisas todas prá ele ir embora. Mas alta era algo assim... muito... que só acontecia nessas operações. (Entrevistada 3)

Ainda de acordo com o relato da Entrevistada 2, o Serviço Social estruturou-se, a partir da ampliação de profissionais, sob a coordenação da Assistente Social pioneira, cabendo, para cada uma das demais, integrar a equipe de um dos pavilhões do hospital. Em seu relato seguinte, descreve uma amostra da realidade inóspita que configurava um dos pavilhões onde foi trabalhar:

“Era o pavilhão onde... os pacientes se encontravam, talvez, nas piores condições... porque havia pavilhões que recebiam pessoas de convênio com o IAPSEB... então tinha pavilhões um pouco melhor. E esse pavilhão, [...], era onde iam as pessoas que não tinham convênio... basta lhe dizer que, numa enfermaria que deveria ficar 50 pacientes, tinham 200. Ficava numa cama patente... [...]. É uma cama estreitinha (demonstra com as mãos) Então, dois pacientes em cada cama. Um deitado prá o lado de lá... e outro prá o lado de cá (demonstra). E entre uma cama e outra, o chamado leito chão. Botava um colchão e alí dormia um paciente. [...] Um paciente ia levantar de noite e pisava no de baixo. E isso dava brigas homéricas” (Entrevistada 2)

Prosseguindo, ela descreve com entusiasmo como se dava a sua intervenção:

“Ela nos deu autonomia. Cada qual pode fazer no seu pavilhão aquilo que julgasse mais conveniente. Foi muito bom, porque estimulou boa vontade, satisfação. Então, todas nós procuramos fazer o que podíamos fazer de melhor. Eu gostei muito do tempo que passei. Eu ficava muito nos pavilhões. A gente dava plantão... mas o resto eu passava nos pavilhões Eu tentei fazer um trabalho de equipe desde o início.

Juntando com as enfermeiras, com a nutricionista do pavilhão... o médico do pavilhão... E era muito bom, porque eu contava com a cooperação deles... e dos pacientes, que me davam muita informação, também... porque eu estava sempre em contato com eles, né? [...] É... e a gente fazia um trabalho, mesmo, de equipe.[...] eu dizia: nós somos responsáveis por este pavilhão... entendeu? Isso nos levava a procurar uma atuação adequada. E aí, eu vi logo que o trabalho de grupo era uma coisa necessária. A gente atendia naquela ocasião... era prá mais de 1500 pacientes internados... ” (Entrevistada 2).

Vários elementos de análise destacam-se neste trecho. Em primeiro lugar, a entrevistada percebe a autonomia adquirida como possibilidade de operar uma diferença no fluxo contínuo da vida do asilo. Conforme já mencionado, Giddens (2009) considera que o agente, a partir do seu conhecimento, subjetividade, intencionalidade e consciência prática, atua e monitora o ambiente social. A esse caráter deliberativo do comportamento humano, o autor atribui o conceito de monitoração reflexiva. Esta, conjugada à racionalização e à motivação, impulsionam a ação dos sujeitos sociais, levando ao sentimento de segurança ontológica, que resulta na transformação de práticas rotinizadas. Sobre agência e poder, Giddens (2009) ressalta:

Ser capaz de “atuar de outro modo” significa ser capaz de intervir no mundo, ou abster-se de tal intervenção, com o efeito de influenciar um processo ou estado específico de coisas. Isso pressupõe que ser um agente é ser capaz de exhibir (cronicamente, no fluxo da vida cotidiana) uma gama de poderes causais, incluindo o de influenciar os manifestados por outros. A ação depende da capacidade do indivíduo de “criar uma diferença” em relação ao estado de coisas ou curso de eventos preexistente. Um agente deixa de o ser se perde a capacidade para “criar uma diferença”, isto é, para exercer alguma espécie de poder (p.17).

Além de liderar uma proposta de atuação coletiva entre os diferentes profissionais, a *Entrevistada 2* inscreve uma inovação para a intervenção do Serviço Social, na sua dimensão técnico-operativa: a abordagem grupal, planejada como estratégia que possibilitasse ampliar o alcance da atenção ao maior número de usuários possível, diante do quadro de superlotação e desassistência. Dessa forma, a entrevistada, além de possibilitar aos internos uma escuta qualificada, imprime, para estes, um papel de protagonismo, na medida em que as informações fornecidas pelos mesmos irá possibilitar o planejamento de outras intervenções do Serviço Social, visando um impacto em suas próprias histórias de vida.

O termo “Serviço Social de Grupo” foi criado nos Estados Unidos, na década de 1920, sendo designado como uma variação do método de “Serviço Social de Casos”, diante da emergente descoberta da abordagem grupal com instrumento pedagógico marcado por ações persuasivas e coercitivas, que influenciou os primeiros assistentes sociais brasileiros (MOREIRA, 2013).

Embora esta metodologia, no período pré - reconceituação do Serviço Social brasileiro, estivesse impregnado pela ideologia da ajuda e pelo tratamento psicologizante da “questão social”, podemos identificar, na utilização deste instrumento pela *Entrevistada 2*, uma perspectiva investigativa, além da busca de alguma forma de participação de sujeitos anulados pela institucionalização.

Ademais, a entrevistada descreve todo um processo de planejamento, pesquisa, análise e intervenção, que, incidindo sobre as relações institucionais, será capaz de modificar o próprio processo de trabalho, invertendo o fluxo da ação entre médico e assistente social. Refere-se à pesquisa intitulada “Caracterização dos pacientes internados no Hospital X”, realizada em 1979, cujo relatório final foi publicado no Boletim do Hospital (1981):

“Aquela pesquisa foi um trabalho que eu escrevi quando a Universidade Católica fez o primeiro Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior, então eu fiz o meu trabalho de conclusão de curso sobre o trabalho do Hospital X. Mas só sobre esse pavilhão. [...] Então, repare. Eu entrevistei 400 pacientes, e fiz três cópias: uma pra mim, outra para o médico, outra para a enfermeira. Entrevistava a, b, c, d, eu classificava, de acordo com alguns parâmetros: alta social provável, alta possível e alta impossível¹⁷. E eu colocava, tanto para o médico, quanto para a enfermeira, os pacientes que tinham sido entrevistados naquela semana, qual era a condição deles. Se era alta social provável, possível ou impossível. [...] o que eu considerava como alta social provável: era aquele que a família tinha contato com o hospital e aceitava levar o seu paciente para casa [...]. Então, a gente pedia ao médico que desse mais atenção aos pacientes de alta social provável, porque, provavelmente, eles saíam mais rápido.[...]. Então, não era esperando que o médico desse a relação de alta não. Antecipava quais eram os pacientes que estavam em condições de alta social provável. [...].

¹⁷ A Alta Social é aqui definida como aquela caracterizada por alta médica aliada à existência de condições que possibilitem, em diferentes graus, a integração do paciente ao meio sociofamiliar. Segundo a *Entrevistada 3*, presentemente, não se utiliza a denominação *Alta Social Impossível*. Tendo em vista a perspectiva de desinstitucionalização e construção de uma rede social de apoio ao usuário, o Serviço Social utiliza a terminologia *Alta Social Difícil* para as situações que demandarão maior investimento, seja na reconstrução de laços sociofamiliares, seja na articulação com outros recursos socioassistenciais para a garantia da sua reinserção social.

Isso já melhorava um pouco, né? [...] Aqueles que tinham aquele bloqueio, que a família rejeitava, ficavam na categoria de alta social possível. O Serviço Social, aí, dava uma atenção especial para eles. [...] se essas situações fossem resolvidas, eles passariam para a condição de alta social provável. Era interessante. Então, com esses, eu tinha um atendimento bem mais direto.” (Entrevistada 2)

Pode-se dizer que o Serviço Social do Hospital X, com respaldo acadêmico, antecipa-se, incorporando à sua prática um dos elementos mais representativos do redimensionamento da sua intervenção, conquistado no bojo do aprofundamento teórico – metodológico pós projeto de Intenção do Ruptura: a dimensão investigativa, inscrita no Artigo 4º. Inciso VII da Lei 8662/93, enquanto competência socioprofissional, e incorporada às Diretrizes Curriculares (CNE/CES, 2002), considerada presentemente como pré-condição do exercício profissional competente e qualificado (GUERRA, 2009).

Associa, portanto, a abordagem grupal a este trabalho investigativo, utilizando, também, a metodologia de grupo para trabalhar as dificuldades dos internos no processo de desinstitucionalização:

“Eu fazia uma reunião por semana de grupo com eles. - Ah, porque eu tenho um parente que mora não sei aonde... eu gosto disso... meu pai faz não sei o que... meu marido faz não sei o que... então eram dados que eu tinha para ver se transformava o impossível em provável. E tinha ainda aqueles doentes com alta social impossível. [...] Então, o que era que eu fazia? [...] Eu pedia para o pessoal da praxiterapia que aceitasse esse pessoal lá e fizesse um trabalho com eles, de desenhar, se distrair... porque ficavam o tempo todo deitados... e pedia que, qualquer informação que eles dessem sobre a vida deles, que anotassem – eu sempre contei com muita colaboração, entendeu? Então, qualquer informação, documento, eu colocava no prontuário do paciente aquela informação. Poucos passavam de alta impossível, para provável, outros não passavam.” (Entrevistada 3)

Incorpora, ainda, a Entrevistada 2, o trabalho de grupo com os familiares, também na perspectiva da desinstitucionalização:

“Eu fazia grupo de família com os pacientes de alta provável; grupo de pacientes, principalmente os de alta social possível – eu queria perceber alguns dados que pudessem transformá-los em provável, e ao mesmo tempo, manter o interesse deles para que quisessem sair – tinha gente que não queria sair! Achava que o hospital era melhor do que em casa.” (Entrevistada 2)

Acresce-se a esse relato, o depoimento da *Entrevistada 3* sobre a intensidade e o alcance do trabalho de grupo como metodologia implantada pelo Serviço Social:

“M.¹⁸ comandou um trabalho muito interessante que eu apresentei em Curitiba, que era – hoje não teria tanta validade, mas naquele tempo, sim – que era: Grupo de família por diagnóstico. Então, a gente trabalhava com os familiares, a depender do diagnóstico, que, naquela época, era muito valorizado. Então, tinha grupo de oligofrênico, tinha grupo de esquizofrenia, tinha grupo de alcoolista, que, naquela época, se internava muito... grupo por diagnóstico. Esse grupo tinha uma primeira fase que era informativa, uma segunda fase que era por diagnóstico e uma terceira fase que era terapêutica, que juntava tudo. [...]. Era interessante... era dia de domingo, e todo mundo ia. O hospital era tão grande, que era a Prefeitura que sinalizava. Em que módulo, em que lugar estava o grupo informativo, o grupo de oligofrenia, o grupo. Era dia de domingo, era só o Serviço Social que fazia. De tarde, porque... porque era o dia que a família podia ir para o hospital. Isso teve uma notoriedade muito grande... [...]. Apresentamos... eu fui apresentar esse trabalho em Curitiba, no Congresso de Psiquiatria! Fez um sucesso, assim, estrondoso, esse trabalho.”(Entrevistada 3).

A *Entrevistada 3* inseriu-se no Hospital como Auxiliar de Praxiterapia – setor acima mencionado pela *Entrevistada 2* - também no início da década de 1960. Estimulada pela *Entrevistada 2*, fez o Curso de Serviço Social no início da década seguinte. Sendo posteriormente incorporada ao quadro de Assistentes Sociais da unidade, permanece até os dias atuais. Desde o princípio, inscreveu-se na instituição como agente transformador, sobressaindo-se por sua atitude de permanente questionamento e transgressão às normas estabelecidas, que punha em xeque as “verdades” conhecidas e imprimia novas formas de lidar. Abaixo, seu próprio relato sobre a sua inserção na instituição, que coincide com a construção da Unidade de Praxiterapia, enquanto inovação terapêutica.

“Eu fazia... no ano de 63, 64, [...] eu fazia o pedagógico, no ICEIA, que era, antes, o Instituto Normal da Bahia, virou ICEIA. [...] Eu fiz o pedagógico, abriu-se no Hospital X uma possibilidade... coisa interessante: um paciente, irmão de[...] de N. B.[...] era uma família de artistas. Ela teve um irmão que adoeceu, psicotizou. E internou no Hospital X. E o Hospital X era aquele asilo bem... bem tradicional, com 14 pavilhões, cada um com média de cem pacientes, duzentos pacientes, etc. e tal. N. B., mobilizada com aquela situação, quando ia ver o irmão,[...], e, assim, pessoa de posses, sugeriu fazer um pavilhão[...] um espaço onde eles pudessem fazer alguma coisa. Surge aí a primeira ideia de atividade como uma instância terapêutica, que, na época, chamava-se praxiterapia, que vem de ergotarapia, que é cura pelo trabalho. Então, N. B. fez um pavilhão enorme, era chamado Praxiterapia. Tinha forno, tinha sala de pintura, tinha muitas coisas[...] E aí abriu um concurso prá auxiliar de praxiterapia. Abrindo esse concurso, minha irmã, M.

¹⁸ Refere-se à *Entrevistada 2*

A., trabalhava lá, ela era Auxiliar de Enfermagem[...] me informou, e eu me inscrevi no concurso. Eu levei nove meses fazendo estágio.[...] Fez esse curso, que era dado por psiquiatra, por enfermeira, patati, patatá. Após nove meses, o Estado fez um concurso. [...] Nós passamos nesse concurso e o serviço foi inaugurado.” (Entrevistada 3)

A entrevistada 3 descreve, aí, uma proposta de formação para o Serviço que começava a ser implantada no Hospital, denotando uma preocupação com a necessidade de associação entre teoria e prática. De fato, além da proposta específica de implantação da praxiterapia, encontramos nos Boletins Informativos, registros de cursos destinados ao pessoal de Enfermagem, ministrados pelos profissionais de nível superior, que já contava com a participação da Assistente Social I. Z.

No relato sobre os seus primeiros anos no hospital, a *Entrevistada 3* demonstra a sua vocação para imprimir uma intencionalidade ao trabalho:

“[...] eu passei... fui trabalhar em praxiterapia. [...] e fiquei muito com a parte de recreação. Já me indignava, mesmo antes de ir [...] de ser assistente social, já me indignava muito aquela situação. A praxiterapia, por exemplo, era responsável para fazer o natal. E o natal era assim: enrolar uns embrulhos de pasta, escova, sabonete e dar por uma guarita... por um buraco, porque não se entrava livremente nos pavilhões, porque os usuários – os pacientes, [...] eram considerados muito perigosos. Então não entrava ninguém. A medicação era dada... chamava os pacientes pelo buraco, pela guarita e dava a medicação. E os presentes também. E nesse primeiro natal que eu passei lá, que a praxiterapia teve de fazer isso também – a gente tinha atividade de terapia, de crochê, bordado, pintura, cada uma das monitoras – nós éramos chamadas de monitoras – tinha uma atividade. Pegava os pacientes nos pavilhões – aqueles pacientes considerados em condições, levava prá praxiterapia, fazia a atividade, depois devolvia prá o pavilhão. Nessa atividade de fim de ano, de natal, de fazer aqueles pacotes com pasta, sabonete, escova, copo... me indignava muito, porque eu me perguntava, nos meus 19, 20 anos, eu já perguntava; - Mas que diabo. Isso é presente de natal? eu me questionava. Isso é algo prá ser de todo dia. E não um presente de natal. E eu me prometi nesse fim de ano que no próximo ano seria diferente. Eu ainda não estava no Serviço Social. Eu era da praxiterapia. E as colegas gozavam de minha cara, minhas colegas, e diziam: você quer morrer aqui. Mas eu fixei nessa ideia e disse assim: Para o ano não vai ser assim, vai ser diferente. É... nesse intermezzo, eu pegava os pacientes nos pavilhões e saía prá passear com eles. Muitos que nunca tinham saído... dez, vinte anos lá e nunca haviam saído do pavilhão. Eu pegava esses pacientes e saía com eles... O hospital era praticamente o Engenho Velho todo. [...]. Então,[...] cá no Ogunjá, tinha uma cachoeira. Eu pegava os pacientes e descia. Todo mundo achando muito arriscado, mas, mesmo assim eu ia com eles. Eles tomavam banho de cachoeira, voltavam, tal, tal, tal. Eu pegava por pavilhão. Eram 14 pavilhões, um dia eu pegava o Kraepelin, um dia pegava o Brito, um dia pegava o Circundes – e tinha dois pavilhões de sub júdice. Um de homem, e um de mulher.[...]. Eu pegava e todo mundo achava que eu era muito louca, irresponsável em pegar paciente sub júdice e sair com eles. Mas eu saía com eles, passeava com

eles, a gente cantava... eles falavam muito da história deles, muitos choravam, muitos lembravam das coisas que tinham acontecido... mas ainda assim eu saía com eles. E aí dei de me voltar prá cultura. E aí, inventei de fazer festa de São João, fazer quadrilha [...]. Fiz um casamento, e foi muito interessante, também, o casamento na roça, porque, quando terminou o casamento, o noivo e a noiva achavam que tinham de dormir junto, e foi um auê prá convencer Z. A. e N. prá não irem dormir junto. E fazia sempre esse movimento. Sempre me indignando, brigando muito... Bom... Só citar o próximo ano de natal. Tinha um pavilhão, o Aristides Novis, que tinha duzentos pacientes. Que... foi esse que eu vi dando remédio pela guarita. Aí eu sugeri que não fosse só aquilo. Que não fosse só pasta e escova, uma coisa, outra... um brinde, um doce... outra coisa. E eu disse que queria entrar no pavilhão. Todo mundo achando um absurdo... que era uma irresponsabilidade, que eu não ia entrar nesse pavilhão, mas eu entrei e me deparei com uma mesa de mais ... acho que uma mesa de uma média de 15, 20 metros. E presenciei – era perto de meio dia – presenciei virem painéis enormes da cozinha e a comida era jogada – não tinha prato, não tinha talher – a comida era jogada na mesa e eles avançavam e comiam. Aquilo me chocou muito... eu chorei muito. E aí fui dando presente um a um e conversando... me apresentando e conversando com muitos deles. Muitos contaram suas histórias dramáticas. Muitos choraram muito e falaram de que o ano passado, ou tal tempo em sua vida acontecia também isso no interior, que era muita gente do interior... e eu chorei muito, e muito paciente também chorou. E, assim, daí prá cá, quase que virou... quase, não. Virou hábito a festa ser dentro do pavilhão. Não uma festa na praxiterapia e dar os presentes lá.”(Entrevistada 3)

A importância da análise deste relato está em identificar a presença de elementos significativos, descritos por Giddens (2009), em sua Teoria da Estruturação. Percebe-se, aí, a ação de um agente sobre a estrutura, a partir de uma consciência prática, que irá desafiar a rotina estabelecida, modificando-a. O autor descreve a Estrutura como o conjunto de regras e recursos implicados de modo recursivo na produção social, de modo a constituir e regular as atividades, definindo-as como de uma certa espécie e sujeitas a uma determinada gama de sanções. Já o agente, para Giddens (2009), a partir do seu conhecimento, subjetividade, intencionalidade e consciência prática, atua e monitora o ambiente social e sua atuação. O autor implica agentes e estrutura, considerando-os como uma dualidade que, para ele, é sempre a base das continuidades na reprodução social através do tempo e espaço. Assim, a estrutura é sempre o meio e o resultado da conduta que ela própria organiza.

Considerando-se a consciência prática como um saber que se adquire naturalmente, que se expressa na ação dos atores e, portanto, sem as barreiras repressivas que protegem a consciência discursiva, percebe-se a interferência decisiva da *Entrevistada 3* sobre aquele ambiente secularmente estagnado, provocando transformações sobre os diversos atores sociais e sobre o cotidiano da Instituição.

No exemplo em questão, pode-se considerar que a ação decisiva do agente, influenciando o curso dos acontecimentos ocorre porque, segundo Giddens (2009, p.15), “No indivíduo, as carências constitutivas dos impulsos motivacionais do ator geram uma relação dinâmica entre motivação e intencionalidade.” Observa-se, aí, também, ainda de forma intuitiva, a intervenção através da cultura, que iria constituir, posteriormente, em um dos pilares da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A história da *Entrevistada 3* revela ações baseadas em valores e princípios éticos que compõem a sua identidade e que transcendem à sua formação em Serviço Social, ainda por vir. Segundo Iamamoto (1998), tais elementos, associados a outros traços socioculturais, são determinantes na escolha pela profissão, sustentando o imaginário social sobre ela. Abaixo, seu próprio relato:

“Nesse intermezzo, tinha uma assistente social que achava muito interessante o modo como eu trabalhava... eu não tinha medo... todo mundo dizia que era um absurdo, eu questionava muito aquilo ... e ela me convidou prá fazer serviço social – minha intenção era fazer direito – ela me convidou e me convenceu. Eu fui fazer Serviço Social em 71-72. Eram quatro semestres. Em 71, eu vou fazer estágio. Obviamente que eu escolho o Hospital X prá fazer estágio. Aí já fico sob a batuta do Serviço Social. O que teve algumas dificuldades. Porque eu já pensava o Serviço Social um tanto quanto diferente. Havia uma certa rixa, que hoje eu entendo, somos amigas hoje, mas uma certa rixa entre eu e a chefia. Por exemplo, ela exigia que ela fosse chamada de chefe e aí eu, debochadamente, de uma forma jocosa, só chamava ela de chefinha. [...] Ela não gostava muito do meu modo de ser. Porque ela achava que o Serviço Social tinha que estar separado. Era uma equipe multidisciplinar que existia. Médico com médico, enfermeiro com enfermeiro, assistente social com assistente social... e eu transitava nestes espaços todos. Tinha o quarto dos médicos, eu conversava com os médicos [...], tinha um quarto de enfermagem, depois do almoço eu ia pro quarto de enfermagem... e ficávamos lá e conversávamos muito, saíamos... então, isso não era muito bem visto. Eu não era muito bem vista, nem pela chefia, nem pelas colegas. Com exceção de M., que sempre, na vida, me defendeu. E nisso foi... fui fazendo estágio, fui ficar num módulo que minha irmã, inclusive, era auxiliar... e era uma briga danada, porque já ali eu achava que ela violava os direitos dos pacientes. Os pacientes chegavam, as auxiliares cortavam o cabelo. Eu achava um absurdo: - Vocês perguntaram se ela quer cortar o cabelo? e ela dizia; - Deixa de maluquice. Vai ficar aqui paciente cheia de piolho? aí cortava, quase que raspava... tosava o cabelo das pacientes. E eu dizia prá as pacientes: -Não deixe não, não queira não! E era um inferno. Aí diziam que eu era assistente e ela era desassistente; Mas eu perdia, obviamente, porque eu agia de modo diferente. A chefe achava que eu dava muita ousadia aos pacientes... o Serviço Social todo, achava que eu era muito liberal, muito libertina, muito anárquica.” (Entrevistada 3)

A *Entrevistada 3* sustenta atitudes que dividem opiniões. Pode-se supor que estava presente, aí, o sentimento de segurança ontológica que a levaria a liderar o processo de consolidação do Serviço Social no Hospital X, a ponto de influenciar

substancialmente na direção dos percursos traçados em seguida por *agentes e estrutura*. Para Giddens (2009), o sentimento de segurança ontológica identifica-se com a busca de uma autonomia profissional e decorre de um saber que é produzido pelo agente, a partir de sua prática, combinando reflexividade individual e coletiva - capaz de influenciar tanto o micro – contexto da prática, quanto o contexto institucional.

Ao transpor o limite circunscrito à sua categoria profissional, ela lança as bases para a formação de alianças e para uma reflexividade coletiva, imprescindíveis para a sustentação de mudanças mais profundas. Ademais, revela uma vocação para a interdisciplinaridade, um dos conceitos centrais na formulação de um novo modelo de atenção à saúde mental, que se gestaria na década de 1990.

Já no âmbito do Serviço Social, pode-se dizer que a *Entrevistada 3* provocava reações da Chefia por transgredir os preceitos admitidos na época, que remontam ao Código Moral do Serviço Social, de origem europeia, e publicado no Brasil pela ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social.¹⁹ Tais preceitos, opondo-se à liberdade e reafirmando a defesa da ordem moral, da autoridade e da tradição, tinham o objetivo de “consolidar um conjunto de atitudes, hábitos e comportamentos propiciadores da formação de ethos social condizente com o papel profissional do assistente social.” (BARROCO, 2010, p.122). O documento recomendava que os Assistentes Sociais evitassem, “especialmente, as faltas graves contra os bons costumes... participar de atividades antissociais... se deixar imbuir por uma falsa e perigosa concepção de liberdade...” (HEYLER, 1962, p.21 - 24, *apud* BARROCO, 2010, p.122). Seguindo essa linha, portanto, o assistente social deveria ser,

Um modelo de polidez e cortesia por seu espírito serviçal espontâneo, seu bom humor e amabilidade, sua linguagem correta e simples, seu trajar alinhado, rejeitando todo o apuro, seus modos e atitudes distintas, livres de toda afetação... Levará uma vida metódica, tanto quanto possível sem excesso de fadiga; não se recusará, porém, a sacrificar parte de sua saúde, desde que circunstâncias especialmente graves peçam seu devotamento esgotante (HEYLER, 1962, p.27, *apud* BARROCO, 2010, p.123).

¹⁹ Renomeada como ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, constitui-se, atualmente, em importante Entidade representativa da Categoria.

De acordo com Barroco (2010, p.124), “Os Códigos (de Ética) brasileiros de 1965 e 1975 reproduzem a base filosófica humanista cristã e a perspectiva despolitizante e acrítica em face das relações sociais que dão suporte à prática profissional”. Para a autora, tais prescrições, naquele momento, representavam um posicionamento político – ideológico - velado - de reatualização do conservadorismo, numa reação aos questionamentos à modernização conservadora da década de 1960. Desse modo, o Assistente Social, no relacionamento com os Chefes – terminologia adotada na época – deveriam “Abster-se de toda crítica infrutuosa e destrutiva da autoridade em si mesma... Combaterá inteligentemente o espírito de crítica, distinguindo a crítica maldosa da sadia [...]” (HEYLER, 1962, p.82-123, *apud* BARROCO, 2010, p.125).

Embora influenciada pelo Modelo de Serviço Social hegemônico na época, a chefia irá expressar o reconhecimento pelo potencial transformador da *Entrevistada 3*, ao envidar esforços para garantir a sua contratação como Assistente Social do *Hospital X* após a sua formatura:

“Aí, o dilema se fez. Eu era auxiliar... eu era monitora. Prá eu ser assistente social do Hospital X, eu teria de fazer outro concurso. Eu não podia passar de uma coisa prá outra, teria de fazer outro concurso. Outros hospitais me chamaram. [...] apesar dos perrengues que a gente tinha, (ela) foi ao diretor e perguntou se iam deixar uma profissional... Vão deixar uma profissional como E. ir prá um outro lugar, em vez de tê-la aqui conosco? Fizeram um movimento, e eu fiquei como - tinha um hospital e uma fundação - eu fiquei como assistente social da fundação. Fui contratada pela fundação, mas, no Estado, eu era monitora. Tempos depois... mas... eu fazia prova prá concurso de Serviço Social... L. [...] trabalhava na Secretaria, então ela me dava prá fazer as provas prá concurso... elaborava, corrigia, E todo mundo achava um absurdo, eu fazer isso e ter de fazer... um ano, não teve jeito. Eu disse: É... eu vou fazer o concurso. Aí, um amigo nosso foi a Dr. Z. M. (Secretário Estadual de Saúde), explicou toda a situação prá ele... historiou tudo e ele disse: É um absurdo, realmente, a burocracia, por vezes, complica, etc., etc. E aí me nomeou assistente social.[...] Eu fique como assistente social, já fazendo parte do corpo de assistentes sociais no Hospital X. E aí, a gente começou a dar um gás maior, vieram mais estagiárias de Serviço Social, e nós fazíamos muitas coisas.” (Entrevistada 3).

Em sua monografia de conclusão de curso, intitulada “A contribuição do Serviço Social para a socialização do paciente” a *Entrevistada 3* justifica, para a instituição, a

importância das ações implementadas pelo Serviço Social, no sentido de garantir as condições objetivas para a prática:

“Porque, nesse intermezzo, aconteceram muitas coisas. Prá sair prá procurar endereço de paciente, era uma confusão. Fazer grupo de família, naquela época ainda não se pensava nisso. Depois é que veio... M. deu uma contribuição muito boa nisso, para o avanço do Serviço Social no Hospital X – M. R.²⁰.” (Entrevistada 3)

A Entrevistada 2 relata alguns casos representativos de como as Assistentes Sociais, inseridas nas equipes dos pavilhões, possibilitaram, a partir da escuta qualificada, a emersão dos sujeitos sociais e suas histórias de vida. Abaixo, um exemplo:

“Tinha uma paciente lá, conhecida por Ignorada número 3. Desde que chegou no pavilhão, nunca deu uma palavra. Ninguém sabia... achava que ela era muda. Uma depressão muito forte... então ficava lá... nunca agitava... então ... eram 135 pacientes... eram dois médicos. Então, como é que ele podia avaliar todos os pacientes? Pois bem, então, dia de domingo, Pe. Antônio celebrava missa na capela do Hospital X. Eu fui dar plantão. Então, cheguei lá no recreio do pavilhão, e disse: Pe. Antônio mandou convidar vocês para a missa. A ignorada no. 3 tava do meu lado. Menina, eu tomei um susto... Ela começou a gritar: Diabo! Diabo na frente, diabo atrás! Diabo, diabo, diabo. Tentei conversar com ela... ela calada, não disse nada! Aí, no outro domingo, entrei em contato com a colega e pedi: - você me cede seu plantão?[...] Chegando lá, ela estava sentada no mesmo cantinho. - O Pe. Antônio mandou convidar vocês prá ir para a missa, quem quer ir? Ela falou: - E acha que eu posso ir para a missa deste jeito?[...] Na hora, eu fiquei apavorada, mas pensei. Isto daí é uma coisa que tem significado. Eu vou entrar através da missa... Gente de interior, que dia de missa é diferente... roupa de missa... é roupa de “ver Deus”, como se diz... No outro domingo, eu fui dar plantão novamente Eu disse: Hoje vou levar roupa prá ela vestir – Porque houve uma época lá no Hospital X, que os pacientes não tinham nem roupa, ficava muitas vezes, nuas no pavilhão. [...] Pedi à Auxiliar de Enfermagem que desse um banho nela, penteasse direitinho, vestisse a roupa, que eu queria conversar com ela. Cheguei junto: - Oi, você tá bonita, hein, toda vestida... Você quer ir à missa hoje?- Hoje eu vou. Quando ela voltou da missa, veio conversando comigo, aí eu consegui conversar com ela. O nome dela era Maria da Conceição, tinha fugido do hospital Tamarineiro em Pernambuco, foi encontrada na rodoviária pela polícia, que levou para o Hospital X. E ela não deu palavra nenhuma, ninguém sabia que era ela.[...]Pois bem, essa paciente, depois eu tirei o retrato dela... que era coisa que a gente fazia... [...] mandei uma cartinha, que estava internada, D. Maria da Conceição, que dizia ser casada com fulano de tal, para o juiz, delegado, prefeito, diretor do hospital, com um retrato, o marido foi busca-la... Você vê... através de uma bobagem, que foi um convite para a missa.” (Entrevistada 2)

²⁰ Refere-se à Entrevistada 2.

Outro caso emblemático, no sentido da busca de reversão dos efeitos da violência institucional, é relatado pela *Entrevistada 3*:

“Tinha uma paciente, mesmo, H., ela tinha dois sacos enormes que eram a propriedade dela, que era tudo que ela tinha[...]. E H. era muito católica, falava muito em missa, em padre, não sei quê [...]. Tanto que, vasculhando as dezenas de prontuários dela, porque eram muitos, muitos anos, ela tinha lá, eu descubro que ela teria, há 20 anos atrás, ficado na casa de um médico. E aí, eu vou conversar essa coisa com ela, ela me fala [...] que era empregada, criou os filhos do médico [...] Eu vou a este médico, ele se nega a dar informação, aí eu digo prá ele que ele usou a paciente e agora tava se negando a dar... dizia: não sei não, não sei quem é não... e... coisa assim muito antiética, muito feia! Eu briguei muito com ele, tanto que a gente ficou de mal... morreu de mal. Foi outro que me botou prá fora, também, da diretoria, porque, nessa época, ele era também vice diretor [...] Aí eu disse, não é possível... ela é muito religiosa, mas estupidamente religiosa. Eu dizia... tem Bom Jesus da Lapa, tem Juazeiro, aqui, Fortaleza... aí fui vendo as cidades[...] que tinham mais esse cunho religioso. Aí comecei a mandar retrato e telegramas prá delegacia, prefeitura e serviço de alto falante. Não é que a gente encontra, que esta paciente, que estava no Hospital X há quase 50 anos, era irmã de um padre que morava em Juazeiro – a família toda abastada – Juazeiro. Ele, esse médico, trouxe a paciente aqui, ele falou com a família prá ficar na casa dele, que ele ia ajudar, não sei que, não sei que, nunca mais apareceu, usou a paciente, e depois se negou. Essa paciente voltou prá Juazeiro, a família... tinham remanescentes, que receberam H. muito bem... diabo foi catar com H. o que servia e o que não servia desse saco. Porque toda a herança dela tava ali naquele saco.”(Entrevistada 3)

Uma das transformações decorrentes do questionamento do Modelo Manicomial é a mudança de perspectiva da relação entre profissionais e usuários, da relação sujeito – objeto para a relação sujeito – sujeito. Essa perspectiva pressupõe a busca de diversificadas formas de acesso ao indivíduo em sofrimento psíquico, considerado para além de sintomas e diagnósticos (BASÁGLIA, 2005; DELGADO, 1997; LOBOSQUE, 2003). Ora, sendo o Assistente Social um profissional que incorpora a escuta qualificada como intrínseca à sua intervenção, nota-se, mais uma vez, a contribuição desse profissional para o novo modelo de atenção.

4.4 FINAL DA DÉCADA DE 1970 E INÍCIO DA DÉCADA DE 1980: O SERVIÇO SOCIAL E O MOVIMENTO COLETIVO POR TRANSFORMAÇÕES NA INSTITUIÇÃO

Nomeada Assistente Social do *Hospital X*, a *Entrevistada 3* prossegue, coletivamente, na construção de um projeto profissional de cunho emancipatório:

“E continuamos, já com um número maior de assistentes sociais, começamos a fazer um trabalho mais sistemático no Hospital X. E aí, fomos ganhando espaço, fomos ganhando espaço, avançando, avançando... [...] tanto que tudo ... todos os diretores recorriam muito ao Serviço Social, a gente fazia pesquisas, e recorria muito ao Serviço Social prá tudo. E a gente começou a ter uma maior inserção, uma maior autonomia. Aumentou a equipe e a autonomia também aumentou. Aquilo que violava os direitos do paciente, aquilo que era considerado violência, a gente interferia. Certa feita, mesmo, eu chequei num módulo... num pavilhão de sub – judice, tinha um paciente num quarto forte, amarrado, com uma bandeja junto dele, de comida. Ficava bem perto da porta. Eu fui lá, no Vitorino, olhei, disse: o que é aquilo ali? Aí disseram: Pergunte a Dr. Fulano. Foi ele quem mandou. Eu fui à diretoria – ele era vice diretor – Dr. Fulano, eu tive no pavilhão, vi tal e tal situação. Eu queria que o Sr. desse uma providência, porque aquilo é um absurdo. Ele me disse: É um método novo que eu estou testando. Eu disse: Olha, isso... eu vou fazer que não tô ouvindo isso, senão eu vou pensar que eu estou maluca e que eu preciso ser internada. Aquilo não pode ser método terapêutico em qualquer ser vivo! [...] Ele me botou prá fora da diretoria, que eu era muito ousada... botou prá fora da diretoria... Mas fomos... eu coloquei para o Serviço Social, o Serviço Social reuniu todo com o diretor, e aquilo acabou.” (Entrevistada 3).

Refere-se ao período entre 1973 e 1979. Observe-se que a *Entrevistada 3* refere-se a um enfrentamento coletivo do grupo de Assistentes Sociais junto à diretoria, numa situação de violação de direitos. É que, por esse período, incorpora-se à rotina do Serviço Social do *Hospital X* a reunião semanal, espaço de reflexão sobre o trabalho e construção coletiva de estratégias de enfrentamento das dificuldades no interior da Instituição. Esse recurso conferiu ao Serviço Social uma identidade de grupo que fortaleceu e deu legitimidade, mesmo às intervenções individualizadas das profissionais, sempre que identificadas com o projeto coletivo. Implícito neste projeto estava o propósito de colocar, cada vez mais, os recursos institucionais a favor dos interesses da população usuária, aumentando, conseqüentemente, a autonomia relativa do Serviço Social (IAMAMOTO, 1998).

Quanto à experiência de Pesquisa, já mencionada, a *Entrevistada 2* relata que, embora tenha sido realizada nos Pavilhões em que ela trabalhava, atingindo 400 pacientes, posteriormente transformou-se em metodologia a ser aplicada em todos os Pavilhões. Desde aquele período até os dias atuais, a alta social é condição para a desospitalização dos usuários internados no *Hospital X*, o que pressupõe uma intervenção do Serviço Social durante o período de internamento.

O Relatório Final da Pesquisa supracitada foi publicado no Boletim do Hospital, no ano de 1981. Nesse momento, o Setor contava com vinte e uma Assistentes Sociais, tendo a *Entrevistada 2* como Coordenadora. A publicação ocorre em mais um momento de debates em torno da necessidade de transformações no velho Hospital. Entretanto, marca esse período, conforme enfatizado nos Boletins, uma mobilização e participação dos trabalhadores do Hospital, não mais restrito aos médicos, e com a contribuição efetiva das Assistentes Sociais.

Segue-se o testemunho da *Entrevistada 3* a respeito:

“Bom, então... desde essa época que a gente vem lutando por uma assistência de qualidade. Mas nem passava por nossa cabeça, na verdade, naquela época, ter uma assistência que não fosse em um ambiente fechado. [...] Quando chega em... [...] a Associação Psiquiátrica entrou numa luta ferrenha contra aquela ... o tipo de assistência que era dada. Nós ganhamos... [...] ficamos muito fortalecidas[...] formamos comissão... comissão onde tinha pessoas que a gente buscava ver quem era que fazia aliança com a gente, quem era que pensava como a gente. Então,[...], você encontra em Boletim nutrição, medicina, enfermagem, praxiterapia, serviço social.[...] Aí o hospital ficava cada vez mais deteriorado, cada dia pior. Então, assim, a gente via que não dava mais a mínima condição de ter um lugar como aquele. Aproveitamos, estrategicamente, a questão da estrutura física prá levar para o governo, a situação... a proposta prá secretaria, da impossibilidade daquele... sem contar também, que a própria população do entorno... que, aí, vai se criando uma população em torno, que também não queria o hospício ali. [...] Então, tínhamos também isso ao nosso favor. Nós não queremos maluco junto da gente. Então, se pensou... fizemos várias reuniões[...] capitaneada pela Associação, é bom que se diga, pela Associação Psiquiátrica, que, naquela época, era realmente muito forte, não há termos de comparação com o que a gente vê hoje, tanto que, sempre... o Serviço Social participava... de dois em dois anos, a Associação Psiquiátrica fazia um Seminário... um Congresso Nacional, entremeado por Seminários, Simpósios, Jornadas, e sempre o Serviço Social era convidado. Sempre o Serviço Social tinha mesa. Eu participei de não sei quantos. Então, [...] tivemos reunião com Secretaria, com o governo, [...] que mandou que fosse formada uma Comissão prá dar conta desse processo. [...] Então, formou-se essa comissão, e nós começamos a fazer um estudo acurado da situação e quais seriam as possibilidades. Vinham opiniões do governo, que a gente rechaçava. Por exemplo, queriam mandar o hospital prá longe, queriam mandar o hospital prá Candeias, onde hoje funciona a [...] Comunidade Terapêutica de Dr. Jesus, queriam mandar a gente prá lá... a gente: não! O que é que começamos a fazer? Começamos a introduzir os pacientes no processo pela primeira vez na vida. Isso aí já era 79, 79, 80, 81. A introduzir os usuários também, e os familiares[...] que discutiam. Queriam ir prá lá, não queriam... uns queriam sair, outros não queriam sair, mas a gente discutia muito isso. Já há uma participação efetiva. E aí, a imprensa ajudou muito, colocamos, levamos prá imprensa, essa coisa toda, então foi uma comissão criada, assim, oficialmente, mas que se tornou um movimento social.” (Entrevistada 3)

É indispensável situarmos historicamente o contexto em que se dá esse novo debate, acompanhando o processo de redemocratização da sociedade brasileira. Este período corresponde, no âmbito do Serviço Social, à mobilização que marcaria, no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, em 1979 – conhecido como Congresso da Virada - o início do Projeto de Intenção de Ruptura. Já no cenário da Saúde Mental, o ano de 1978 marca a eclosão do MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental. De acordo com a *Entrevistada 3*, o movimento baiano ainda não tinha relação com as mobilizações em âmbito nacional:

“O MTSM ainda não estava metido nisso. Não estava. A gente ainda tava muito na área da saúde. [...] Nós já tínhamos notícia, obviamente, dos Estados Unidos, que foi uma coisa mal feita, mas foi uma tentativa, da Europa, etc, etc. Fato é que, 79, 80, a coisa pegou fogo. E passamos a escrever. Tanto que nós temos os Boletins, temos aí três ou quatro boletins que retratam essa época.” (Entrevistada 3)

Embora ainda destacado desse processo, o debate político em torno da Saúde Mental na Bahia, que até então era de domínio dos Médicos, adquire um caráter coletivo, conforme registrado no Boletim – Instrumento de Comunicação do Hospital que, conforme afirma a *Entrevistada 3*, passa a ser, deliberadamente, veículo de divulgação dos embates em torno da transformação do hospital:

Foi necessário um movimento interno dos Técnicos do *Hospital X*, que a cada dia conscientizavam-se da importância de uma mobilização intensa e engajamento numa luta para exigir seus direitos e dos pacientes sob seus cuidados. Todos participaram dela e a partir do apoio de associações de classe como Associação Psiquiátrica da Bahia, Associação de Profissionais de Assistentes Sociais, Associação de Psicólogos, Associação de Terapeutas Ocupacionais, Associação dos Profissionais de Saúde Pública e várias outras que prestaram irrestrito apoio ao movimento, a exceção da Associação Bahiana de Medicina, foi aprovado em assembleia geral realizada em 25 de maio deste ano, um documento denunciando a situação calamitosa do *Hospital X*, encaminhado às autoridades competentes e aos órgãos de divulgação. As autoridades mantiveram-se em silêncio, e, só com a visita pública programada pelos técnicos do hospital, quando na presença de representantes de setores expressivos da população, órgãos de classe, imprensa escrita e televisada, documentaram a veracidade das denúncias, é que a Secretaria de Saúde acatou as reivindicações, procedendo alterações simples na estrutura física do Hospital tentando amenizar a situação calamitosa existente e lançou um plano para desativação do *Hospital X* e construção de um novo Hospital, incompatível com as pretensões dos técnicos (BAHIA, 1979, p.3).

Conforme registrado no Boletim informativo no. 98, de 1979, pelo Diretor da época, o processo deflagrado foi fruto do amadurecimento das discussões cotidianas que

vinham ocorrendo nos pavilhões do Hospital, envolvendo todo o “corpo clínico” e apoiado pelo gestor da Unidade, que afirma ter assumido “postura aberta frente a críticas legítimas e pertinentes”. O próprio uso do Boletim como meio de divulgação dos fatos foi um recurso planejado.

Paralelamente à estratégia de encaminhamento das denúncias, mobilização da opinião pública e interpelação da gestão estadual, os trabalhadores decidiram “colocar em prática um amplo trabalho de reintegração de pacientes à comunidade”. Respal dava-se esse projeto nas conclusões, advindas do debate coletivo, de que “um macro hospital nunca propiciará cuidados adequados aos seus usuários” e de que “a permanência do paciente fora do cotidiano familiar facilita muito a sua cronificação” (BAHIA, 1979, p.7).

Àquela época, o hospital contava com 700 leitos e sua população variava em torno dos 600 pacientes. Destes, 300 estavam internados há mais de dois anos, havendo, entre eles, 200 institucionalizados há mais de cinco anos – representando cerca de 50% da população hospitalar. Contava com 500 servidores, incluindo as 21 Assistentes Sociais. A Direção da Unidade destaca, naquele ano, “o amplo empenho do Serviço Social, conseguindo reduzir em mais de uma centena o número de pacientes internados, muitos com vários anos de internação” (BAHIA, 1979, p.7).

O Boletim registra, ainda, como efeito desse processo, que:

Em junho, fomos designados pelo Sr. Secretário para participar de uma comissão que estudou e propôs a reformulação do processo assistencial do H [...] “Desta forma, este grupo de trabalho passa a recomendar, como ponto fundamental, o fechamento do grande asilo , a implantação de assistência ambulatorial e a abertura de novas alternativas (p.7).

A Comissão foi constituída por técnicos do Hospital, dentre as quais estava uma Assistente Social, a *Entrevistada 3*. Com o apoio da Associação Psiquiátrica da Bahia, elaborou-se um plano de reformulação do *Hospital X* que pudesse alterar a assistência à Saúde Mental na Bahia, considerada deficiente e cronificadora.

Conforme registrado no Boletim, em sua justificativa, a proposta enfatizava:

A história tem evidenciado que as múltiplas e sucessivas reformas empreendidas não conseguiram modificar, de modo significativo, as precárias condições de vida e tratamento dos pacientes, nem aprimorar a qualidade do trabalho técnico desenvolvido. O *Hospital X*, por seu tamanho gigantesco, por sua estrutura física obsoleta, pela magnitude dos seus problemas materiais e pelo peso histórico e impregnante da estrutura asilar, só oferece uma única oportunidade de reformulação que é o próprio rompimento ou corte de sua trajetória, reabrindo-se outras alternativas para o tratamento psiquiátrico (BAHIA, 1979, p.17).

Tais conclusões guardam intensa relação com as reflexões do *Entrevistado 1*, ao demarcar o peso da tradição do “asilo de alienados” sobre esse projeto de hospital psiquiátrico. Ciente dessa realidade, a comissão reformista – que representava a núcleo reflexivo do corpo de funcionários - irá propor:

Em substituição ao velho hospital, seriam construídos dois hospitais na capital, perfazendo um total de 250 leitos, além de anexos psiquiátricos aos hospitais interioranos [...]. os novos hospitais teriam características mais simples e agradáveis, com estrutura arquitetônica atendendo à especificidade da prática psiquiátrica, fugindo ao tradicional modelo hospitalar que repete a estrutura de unidades médico- cirúrgicas, cujo objetivo tem sido custodial e repressivo (BAHIA, 1979, p.18).

Além da intervenção na efetivação das altas enfatizadas pela direção do hospital, como relatado acima, o Serviço Social disponibilizou o seu instrumental técnico – a pesquisa – fornecendo dados relevantes que pudessem subsidiar o processo de mudança. Observe-se alguns trechos do Relatório Final, publicado no Boletim Informativo:

Tendo o Serviço Social, dentre as suas atribuições, atividades mais diretamente relacionadas às altas hospitalares, pretendeu-se elaborar uma distribuição de pacientes, orientadora de medidas pertinentes às mesmas, tendo em vista, prioritariamente, a desativação do *Hospital X*, proposta pelo Plano para Reformulação do *Hospital X*. [...].

[...] O imenso esforço que vem sendo desenvolvido pelo Serviço Social, em relação às altas, tem produzido resultado francamente ineficaz, não conduzindo à otimização dos leitos hospitalares, nem à integração sociofamiliar dos pacientes. Isto demonstra a irracionalidade do sistema hospitalar, segregando o paciente e afrouxando-lhe os vínculos que garantiriam sua inclusão nos grupos sociais dos quais deveriam participar, ao tempo em que reforça condutas inadequadas nestes mesmos grupos, tais como a rejeição e descompromisso com o doente mental (BAHIA, 1980, p.9).

O Relatório final da pesquisa fornece dados que caracterizam o hospital como um “asilo de crônicos”:

Estão incluídos nos grupos A – com 10,63% - e B com 15, 61%, os pacientes que apresentam condições de alta hospitalar, com continuidade de tratamento ambulatorial. São os que permitem a rotatividade dos leitos hospitalares, num total de 116 pacientes. Os demais grupos, abrangendo o percentual de 73,76%, no total de 326 pacientes, constituem “os moradores” do HJM. Isto o caracteriza como asilo de doentes crônicos, morada permanente para 326 pacientes que se tornaram seus hóspedes para sempre e para os quais substitui a família que não possuem ou que os rejeita (BAHIA, 1980, p.69).

Assim, problematiza, diante da proposta de redução dos leitos a partir do desmembramento do hospital, a situação dos pacientes cronificados pela própria internação e sem condições de alta imediata.

Pergunta-se, pois: o que se pretende fazer, caso o referido Plano (ou outro) seja executado, com os pacientes cronificados, marcados pela síndrome do hospitalismo, completamente despreparados para enfrentar a dura realidade social que os espera e que os tem condenado à mais degradante alienação... Simplesmente serão escancarados os portões e lançados à rua... Concretizar-se-á esta dupla agressão à pessoa do doente, completamente desarmado para enfrentar a sociedade, e esta, despreparada para acolhê-lo...

Se os 252 leitos constantes do Plano citado devessem ser exclusivamente ocupados pelos remanescentes dos 442 pacientes, fato obviamente implausível, o problema já seria grave, pois a pesquisa revela que, usando-se dos recursos até no momento disponíveis, apenas 116 pacientes apresentam condições de alta social, dando-se continuidade ao tratamento sob esquema ambulatorial. *O que fazer com os demais pacientes...* (BAHIA, 1980, p.10).

Referindo-se ao princípio da dignidade humana e ao conceito de cidadania, o relatório levanta a necessidade de uma transição planejada e levando em consideração, também, a realidade fora dos muros do hospital – preocupação que, até então, era ausente nos discursos reformistas:

Conclui-se pela necessidade de planejar, com antecedência, medidas adequadas não a fantasias, por ventura existentes, mas às reais condições dos doentes, vistos na sua dignidade de pessoas humanas e cidadãos. Planejar para assumir responsabilmente. Espera-se que, de alguma forma, o conhecimento dos fatos aqui relatados possa contribuir para maior compromisso de quantos, engajados no setor de saúde mental, [...].

Numerosas são as variáveis relacionadas à alta dos pacientes psiquiátricos e, particularmente, da clientela do *Hospital X*, ora retratada. Algumas – certamente as determinantes – não podem ser objeto de intervenção nos estreitos limites do trabalho desenvolvido por

uma unidade hospitalar. Aí estão as injunções estruturais do sistema sócio-político-econômico, fazendo carrear para os manicômios um sem número de “casos” que não existiriam, fossem outras as características das relações sociais, mantenedoras de múltiplas situações estressantes, de modo especial para as populações mais carentes, tão bem representadas pela clientela do *Hospital X* (BAHIA, 1980, p.10).

Introduz, pois, a questão da intersectorialidade que, de acordo com o modelo proposto pelo nascente Movimento Antimanicomial, deveriam nortear o percurso de desconstrução dos hospitais psiquiátricos, para que não resultasse em desassistência. Inscreve, aí, a necessidade de substituição de um equipamento único, obsoleto e violento, por uma rede de Serviços capazes de dar conta de demandas biopsicossociais (cf. Fundamentação Teórica).

[...] Tal realidade apresenta consequências relacionadas com a alta, que se torna tão mais problemática quão mais duradoura é a permanência do paciente no ambiente hospitalar, o maior responsável pela cronificação e toda a conseqüente gama de sintomas que dificultam, quando não impedem, a integração social do paciente. Justamente para estas últimas categorias é que se faz necessária a criação de instituições para – hospitalares que exigirão dos poderes públicos gastos evitáveis, se outras fossem as diretrizes e realizações da política de saúde mental, coerentes com a dignidade da pessoa humana, não abdicada, pelo simples fato de condições adversas terem-na transformado em doente mental (BAHIA, 1980, p.74).

Acrescentando o dado que 70% dos pacientes internados eram oriundos do interior do Estado, o Relatório justifica que “Evidencia-se a necessidade de sistema de atendimento descentralizado e melhor distribuído, capaz de propiciar ao povo assistência psiquiátrica contínua e eficiente, nas próprias regiões onde residem” (BAHIA, 1980, p.22).

Apresenta um grupo de pacientes – 28% - que demandavam um suporte psicossocial mais intensivo, com o qual poderiam sustentar-se fora dos muros hospitalares, explicitando, assim, o fato de que a institucionalização determinava-se, em grande parte, pela deficiência na proteção social àqueles que estavam sujeitos às sequelas da “questão social”. Note-se que, por esse período, o Serviço Social estava definindo as manifestações da “questão social” como seu objeto de intervenção.

A compreensão incorporada pelo Serviço Social, fundada no caráter explorador do regime capitalista, notadamente na sua fase monopolista, é que,

A configuração da desigualdade, que tem relação com a exploração dos trabalhadores, e as respostas engendradas pelas classes sociais e seus segmentos, a exemplo das políticas sociais, se expressa na realidade de forma multifacetada através da questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Representa, portanto, uma reação das classes subalternas à tomada de consciência da exploração do capital sobre o trabalho, configurando-se, a partir daí, a luta pela conquista e efetivação de direitos, no âmbito da correlação de forças entre as classes.

Pacientes que atingiram de 9 a 12 pontos Estes demonstram MELHORA ACENTUADA, apresentando comportamento menos inadequado à convivência social e, portanto, relativa condição de alta, a depender de concretas possibilidades de apoio sociofamiliar. O elevado percentual de 28,50 indicaria prognóstico bastante favorável às altas, se outras fossem as relações estruturais da sociedade, as possibilidades de trabalho social junto à família e comunidade, bem como a rede de serviços assistenciais pré e pós internamento. O quadro real, no entanto, não é promissor: miséria; desagregação familiar – praticamente inexistência da família, a qual, num comportamento de fuga, diante de dificuldades inumeráveis, rejeita o seu membro doente; precariedade, para não dizer absoluta falta de instituições para-hospitalares de apoio ao paciente egresso.

Na oportunidade de desativação do *Hospital X*, este quadro terá que ser forçosamente enfrentado. Que fazer?’ (BAHIA, 1980, p.25).

Já em relação ao pequeno índice de pacientes em condições de alta imediata – 17,74% - sinaliza:

Pacientes que atingiram de 13 a 16 pontos – São os considerados em CONDIÇÕES ADEQUADAS À ALTA HOSPITALAR. O percentual de 17,74 é bastante reduzido, denotando desvio dos objetivos específicos do hospital psiquiátrico que, de *local de tratamento* do paciente para sua devolução ao meio sociofamiliar, transforma-se em albergue de “desabrigados”, em decorrência da multi-problemática social, principalmente econômica (BAHIA, 1980, p.25).

O Relatório, além de enfatizar que as dificuldades no processo de desospitalização são proporcionais ao tempo de institucionalização, fundamenta a análise dos dados

no referencial basagliano, base para a Reforma Psiquiátrica brasileira, como se pode ver nos trechos seguintes:

São as adversas condições sociais, extra-hospital, as principais responsáveis pela superpopulação dos nosocômios. Parafraseando Franco Baságlio, podemos dizer que o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades e que cada situação é um crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. A doença é expressão de uma crise existencial, social, familiar, não importa, é sempre uma crise. [...].

A psiquiatria contemporânea não pode deixar de compreender o doente mental no contexto social. Será inócua qualquer ação baseada em abstrações da doença mental. O doente precisa estar inserido no contexto social, não pode perder os vínculos. Claro que a sociedade, tranquilamente acostumada a vê-lo marginalizado, confinado nos asilos, vai considerar uma violência para si ter de conviver com ele. E é, realmente uma violência.

Para que os profissionais de Saúde Mental, de forma legítima, possam fazê-la, necessitam aí estar presentes para aguentar as consequências dessa violência, estar presentes para arcar com a responsabilidade de suas ações, para ajudar a comunidade a entender o que quer dizer uma pessoa louca na sociedade. Necessária se faz a criação e/ou acionamento de mecanismos, de recursos que venham em socorro da própria sociedade, capacitando-a a conviver com a loucura e a redistribuí-la, ao tempo em que luta contra as causas que a originam. O próprio louco, se toma consciência da causa de seu internamento, tem maior possibilidade de uma nova integração social e, conseqüentemente, não apenas aceitará mas reivindicará sua alta (BAHIA, 1980, p.49).

Outro dado importante reflete a necessidade de responsabilização do sistema de Saúde Mental pela intervenção junto à comunidade e suporte psicossocial às famílias, outros dois pilares da desconstrução do modelo manicomial:

Em todos os grupos, com exceção do F, predominam pacientes com 1 a 3 internamentos. No grupo A frequência é significativa até 7 internamentos. Parece que este é o limite tolerável pela família, além do qual é possível que a frase, sempre ouvida, “lugar de louco é no hospício”, se torne uma convicção. A partir de determinado ponto, os familiares começam a sentir como é insuportável o cansaço e desconforto de conviver com um doente mental (e às vezes, mais de um, na mesma casa), cuja tendência à cronificação levaria, pelos repetidos internamentos, ao afrouxamento dos laços familiares. Daí a necessidade de promover um trabalho educativo junto à comunidade, com vistas à compreensão e apoio ao doente mental, não se limitando o hospital ao tratamento sintomático da doença (BAHIA, 1980, p.75).

Ressalta, ainda, a necessidade de redução do tempo médio de internação, prevenindo, assim, a fragilização dos laços sociais e familiares. Ao lado disso,

coloca como imprescindível o trabalho sistemático com as famílias durante o internamento:

Portanto, o fato do paciente ter apenas um internamento, na realidade atual do *Hospital X*, é sinal de mau prognóstico, vez que apenas 25% têm menos de um ano de permanência no hospital. Tudo indica que, no restrito contexto hospitalar, a variável a ser mais trabalhada é o tempo de permanência, sendo desejável o comportamento de reduzi-lo ao máximo para que a família não se acomode à situação de desvencilhar-se do seu “problema”, isto é, do seu paciente. É necessário estabelecer-se um programa sistemático de apoio à família, criando condições para que ela possa assumir suas responsabilidades frente aos membros atingidos pela doença. A atuação do hospital não pode limitar-se, unicamente, a uma atitude persecutória, a obrigar as famílias a ficarem com os seus doentes, sem que se criem recursos para enfrentar os problemas correlatos (BAHIA, 1980, p.76).

Mantendo o olhar para a efetivação de uma política de Saúde Mental, em detrimento de uma reforma pontual e utilitária, o Relatório traz, ainda, a advertência:

Para funcionamento destes canais torna-se necessária, a elaboração de projetos específicos com a consequente alocação dos recursos e, principalmente, capacitação dos que trabalham no Setor de Saúde Mental, através da assimilação e vivência de uma ideologia e metodologia compromissadas com o paciente e baseadas em suas necessidades reais (BAHIA, 1980, p.77).

Finalmente, observa-se no Relatório, uma antecipação do que se desencadearia, de fato, com a simples substituição do espaço físico do hospital:

A simples transferência do *Hospital X* para outro local, mais aprazível, com dependências, talvez mais funcionais, gozando dos benefícios da moderna concepção hospitalar, não resolverá o problema, se continuarem a existir as mesmas causas geradoras da atual e calamitosa situação dos doentes mentais. Muito em breve estarão repetidas e ampliadas as situações ora relatadas e novamente se postulará por “urgentes mudanças”. Mudanças... em que sentido? (BAHIA, 1980, p.74).

O Relatório tratou a problemática do *Hospital X* e sua iminente transferência não apenas como uma questão técnica e estrutural, mas ressaltou suas implicações políticas, ideológicas e culturais. Dessa forma, aproximou-se da concepção que transformou o MTSM no Movimento Social que, naquele momento, já mobilizava os segmentos de trabalhadores, familiares e usuários em torno da proposta radical de superação do modelo manicomial no Brasil.

Em que pese os relatos demonstrarem uma identidade das reflexões destes atores sociais com o intenso questionamento do modelo assistencial deflagrado pelos trabalhadores de saúde mental que constituíam o MTSM e, posteriormente, o Movimento da Luta Antimanicomial - precursores da Reforma Psiquiátrica no País – na Bahia, este processo, inicialmente intenso, em torno da figura central desta assistência – o *Hospital X* – não produziria efeitos tão transformadores. Mobilização parecida, na cidade de Santos-SP, ocasionaria, em 1989, a intervenção no Hospital Anchieta e efetivação de um Projeto Municipal de Reforma Psiquiátrica que se transformaria em marco histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira. A diferença é que, no contexto paulista, ocupava o cenário político um partido de esquerda (cf. Fundamentação Teórica).

Além disso, pesava a cultura fortemente arraigada em torno da associação entre “loucura” e indigência que sempre justificou as ações repressivas e custodiais da instituição, difíceis de serem ressignificadas para a maioria dos operadores dessa assistência. A *Entrevistada 3* ressalta o papel decisivo da Associação Psiquiátrica naquele processo. Tal envolvimento arrefeceu-se quando as mobilizações, já atreladas a um movimento de âmbito nacional, tomaram o caminho da luta pela superação do hospital psiquiátrico.

Efeito disso é que o projeto de mudança proposto será modificado, autoritariamente, pelo Governo do Estado, em função de outros interesses, como ressalta a *Entrevistada 3*:

“A proposta do governo, na época, era que a gente construísse um hospital num outro lugar... um lugar foi esse, foi Candeias, outro lugar foi lá pro lado da orla, que naquele tempo, não era orla, era mato puro, e a gente... a comissão não concordou com isso, achava que devia ser na cidade, e quando a gente tesou nisso, o governo desfez a comissão. Desqualificou a comissão. [...]

E aí, veio fazer aqui... mesmo assim, a gente reunia com o pessoal da empresa [...] prá mostrar como era o formato da estrutura que a gente queria, a gente queria uma coisa redonda onde pudesse ouvir... não fosse nesse modo pavilhonar, que a comunicação fluísse, etc., etc. Mas tudo isso, o governo jogou fora e mandou fazer esse hospital aqui. Aproveitando o terreno do Hospital R. S.. Isso aqui não tinha uma casa. Não existia viv’alma. Era um charco muito grande, que eles fizeram aqui:

- Vamos fazer junto do R. S., que o R. S. dá o suporte clínico quando necessário for.” (Entrevistada 3)

Ressalta, também, a *Entrevistada 3*, a tentativa de resistência dos trabalhadores aglutinados em torno da Comissão. Entretanto, tais esforços não foram legitimados²¹ pela maioria dos trabalhadores do hospital:

“A gente... veio um grupo de pessoas logo no início. A gente tesou... fez resistência... mas nem todo mundo concordou... A gente... não, não vai ninguém prá lá. Mas um grupo de pessoas mais acovardadas vieram prá cá. Tanto que vieram prá cá em março e a gente só veio em maio. Esse grupo mais resistente. Só veio em maio prá cá.[...]. A grande maioria veio. A grande maioria era hospício, mesmo, dentro do sistema mais carcerário possível. Existia uma pequena comissão, que fazia uma zoada muito grande. Aí, nós viemos, tivemos de vir prá cá em maio.[...] Enfermagem tomou a frente de vir prá cá organizar, arrumar prá receber, e isso foi muito ruim prá nós, foi muito ruim prá os pacientes, mas, enfim, viemos. Aí foi toda aquela batalha de conseguir linha de ônibus, conseguir fazer abaixo assinado prá a prefeitura passar ônibus prá aqui. Era muito difícil... veio pra cá porque era longe da cidade. O Cabula ia até... era fazenda. Cabula era fazenda. Não existia nada disso que existe hoje. E, chegando aqui, não mudou ... as coisas não mudaram. A assistência, o cotidiano não mudou e nós... tipo assim... continuamos brigando. [...]. E assim, sempre algum grupo brigando [...]. E conseguimos muita coisa, conseguimos organizar, mudar, discussão de caso, o Serviço Social capitaneando tudo, o Serviço Social sempre sendo considerado um problema... a gente achava que problematizava, mas eles achavam que o Serviço Social era um problema. Tanto que todo diretor que vinha – e isso é uma coisa que é até hoje – vêm logo prá o diretor dizer que ele vai ter trabalho com o Serviço Social, que é preciso anular o Serviço Social... por vezes, já botaram a gente até numa sala fora do hospital, fora do prédio, como botaram no setor de transporte, que era prá gente incomodar o mínimo possível. É tirar toda a autoridade porque o Serviço Social dificultava a administração.”(Entrevistada 3)

A mudança acima narrada ocorreu em 1982. Em que pese a resistência dos próprios pacientes, que vinham sendo informados do processo, o excedente ao quantitativo de leitos previamente estabelecidos foi transferido autoritariamente para um Hospital Colônia em Feira de Santana, onde muitos permanecem até os dias atuais. Fruto da desconsideração de importantes aspectos subjetivos sinalizados no Relatório de Pesquisa do Serviço Social, estes pacientes remanescentes do antigo Hospital, são, ainda hoje, nomeados por eles mesmos e pelo corpo técnico da Instituição que os recebeu, como “do *Hospital X*”.

²¹ A noção de Legitimidade está ligada ao Conceito Gramsciano de Estado Ampliado, que compreende uma dualidade entre Sociedade Política e Sociedade Civil. Esta última esfera, “[...]é caracterizada pela adesão voluntária e não coercitiva dos governados a um determinado projeto, portanto, uma esfera onde prevalece a liberdade, um campo onde predomina os temas da legitimidade e de representação política da população, atingidos através “do consenso ‘espontâneo’ das grandes massas da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante (GRAMSCI, 1987).” (NÉSPOLI, S/D). Disponível em: <<http://www.historia.uff.br/estadoepoder/7snepe/docs/049.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2014.

Mais uma vez, a mudança estrutural não logrou transformações na assistência, conforme havia advertido o Serviço Social em seu documento, e conforme a análise do *Entrevistado 1*, quando volta a enfatizar a dificuldade de transformação do hospital em sua dimensão sociocultural:

“O Hospital X novo é uma espécie de tabula rasa. Então é uma tabula rasa do ponto de vista das regras escritas. Das regras novas do hospital psiquiátrico moderno... produzido, projetado para ser moderno, com as rampas, com um conceito arquitetônico... produzido para ser moderno. Agora, com um corpo de funcionários ligados aos cem anos do asilo. Os modos de ser do cotidiano do hospital... é um hospital moderno tocado por gente antiga. Por gente que usa o velho jeito de ser. De 1980 para hoje, estamos falando de 30 anos. Então você está analisando um hospital de 30 anos... corpinho de 30 e cabeça de 130. Talvez isso seja uma chave prá você pensar a cabeça do Hospital X, do ponto de vista de você pensar, assim, a ideologia institucional transmissível na história da instituição.” (Entrevistado 1).

Algum tempo depois, o Serviço Social, já buscando inovar em seu instrumental interventivo, utiliza-se da linguagem artística e produz uma peça teatral, encenada pelas próprias assistentes sociais, onde retratam o cotidiano do “novo” hospital. A *Entrevistada 3* refere-se a um texto que escreveu para a peça, refletindo essa situação:

“[...] a peça começa lendo esse material que eu escrevi. Aí dizendo: qual era a nossa esperança. Era que, vindo prá cá, que mudando a residência, mudava a assistência. Mas que, qual não foi nossa decepção, que veio prá aqui e continuou tudo do mesmo jeito”. (Entrevistada 3)

A peça, cujo título era Brincando Sério, foi apresentada pela primeira vez no interior do Hospital, em um evento comemorativo ao dia do Assistente Social – comemoração anual, utilizada, estrategicamente pelo Serviço Social como espaço de reflexão coletiva, direcionada à comunidade hospitalar. Reproduzia, numa leitura crítica, as relações entre os diversos segmentos que compunham a instituição, e os seus impactos para a assistência. A primeira apresentação provocou reações de hostilidade por parte de representantes de diversas categorias profissionais que se viram representados naquela encenação da cultura asilar. O grupo de Assistentes Sociais, todavia, recebeu convites para reapresentar a peça em diversos eventos relacionados ao Serviço Social que se seguiram, sempre abrindo espaço para reflexão com a plateia no final.

4.5 ARTICULAÇÃO DAS REFLEXÕES E AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM A REALIDADE MACRO-SOCIAL (ANOS 80/90)

Estamos na segunda metade da década de 1980. Neste período, o Movimento Sanitário avança, garantindo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para a conquista da inclusão da Saúde como direito, na Constituição de 1988, e para a efetivação do SUS – Sistema Único de Saúde. Conforme descreve a *Entrevistada 3*, a Associação Psiquiátrica, em nível nacional e local, participa dos esforços pela realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental:

“Quando foi em 87, houve, em junho, a I Conferência, graças à Associação Brasileira e a Associação Psiquiátrica da Bahia, de Psiquiatria, [...] a primeira Conferência de Saúde Mental. E foi no Rio de Janeiro. 87. Você imagine que a gente atravessou tudo isso na ditadura, quando as coisas eram mais fechadas, onde qualquer ação sua, que se diferenciasse, era considerada subversão. Quanto era difícil prá gente manter essa postura em favor...

E nesse intermezzo todo,[...] jovens, e com toda reprimenda da família – Cuidado, você não gosta de polícia, cuidado, olha que está... muita gente sumindo, muitos colegas sumindo, a gente nunca mais aparecia... e aí a gente continuava... a gente continuava. A gente ia prá rua, a gente... [...] e naquele tempo, todo evento, a mesa era composta por militares. Só de militares. Não foi diferente na primeira Conferência. Inclusive, com a Escola de Samba... uma Escola famosíssima do Rio de Janeiro[...] foi quem abriu o evento... Mangueira abriu o evento. E aí tinha um grupo de pessoas muito corajosas ou muito doidas que, aí, não tínhamos, não ficamos temidos com aquilo e, aí, íamos lá prá frente e dizia que – aí, já um grupo maior, vai uma usuária, que é do Rio de Janeiro, que é G. F., a única, vai lá prá frente, tem coragem de ir no palco, e dizer que não reconhecia aquela mesa como legítima.

Como o Congresso da Virada do Serviço Social. [...]. Então, não reconhecíamos, como a Conferência Nacional de Saúde Mental não era uma Conferência de Militares, e que não íamos, que a nossa solicitação era que a mesa fosse desfeita e fosse composta por profissionais de Saúde Mental e usuários. E assim foi feito. Essa mesa foi desfeita, tomou assento, pessoas que a plenária indicava e G. F. como paciente. A única paciente. - Nesse mesmo ano, 87, aí [...]há o Encontro de Bauru[...].

Isso foi... desfez-se show... foi um horror. Porque a gente realmente acabou com tudo e fomos... só discussão, discussão, discussão... mas já estávamos em 87, Né... já havia uma certa tendência à abertura, as coisas já não estavam tão agradáveis, tão fáceis para os militares, prá ditadura... eles também já estavam vendo que não estavam mais segurando a onda, foi feito esse encontro, daí que surge o... em Bauru, também, surge esse Movimento. Mas que começa...

Já havia... claro, já tinha tido a VIII Conferência de Saúde, que foi um marco, também... 86. Já tem a VIII Conferência que deu, assim, uma guinada de 180 graus. Baseada na Conferência, houve uma movimentação em todo o país, a I Conferência de Saúde Mental, fortalecida nisso, fez a Conferência, também, que ganhou muito corpo, e aí, depois de... quando saiu de lá, do Rio, as coisas já estavam mais ou menos... os grupos mais ou menos organizados nos estados, que a gente começou a reunir.”(Entrevistada 3)

Observe-se que o Serviço Social do *Hospital X* acompanha o movimento da sociedade brasileira, participando dos movimentos coletivos por uma incidência na construção da política social do país. Participando da I Conferência, a *Entrevistada 3* trava conhecimento com militantes oriundos do Movimento Sanitário que iriam aglutinar-se em torno da construção de uma mudança no campo da Saúde Mental. Um desses militantes era o *Entrevistado 1*, que veio morar na Bahia e foi apresentado a ela pela Presidente da Associação Psiquiátrica de então:

"[...] Disse a mim: Ah, eu tenho uma pessoa que você precisa conversar. M., é um companheiro que vem de Minas Gerais, se erradicar na Bahia. [...] em Minas, o Movimento avançou mais do que aqui... porque em Minas... aqui foi só medicina e Serviço Social.

Mesmo antes disso, eu já participava da Associação... participava da APAS, Associação Profissional de Assistentes Sociais, que a gente discutia isso, a gente viajava prá discutir a questão da ditadura, obviamente, é... da APAS, do CRESS, e, no que se refere ao Serviço Social e sempre, dentro do hospital, eu era, como se refere Luis Cerqueira²², um pé dentro, um pé fora. Era um pé dentro da instituição, um pé fora da instituição. Um pé dentro da Instituição me contrapondo." (Entrevistada 3)

A *Entrevistada 3* refere-se à mobilizações em torno das entidades representativas da Categoria, onde vinha se gestando o Projeto de Intenção de Ruptura (cf. Fundamentação Teórica). É nesse período, também, que o Serviço Social avança numa produção teórica construída a partir da reflexão intraprofissional, baseada na obra marxista. Representativo desse momento é o livro *Serviço Social e Relações Sociais no Brasil*, de Iamamoto e Carvalho, publicado pela primeira vez em 1982. Além disso, a *Entrevistada 3*, que havia se tornado docente da Escola de Serviço Social na década anterior, a convite da *Entrevistada 2* - que também lecionava no Curso de Serviço Social - introduz, na Cadeira de Saúde Mental, os conceitos inovadores para a assistência psiquiátrica, já associando ao compromisso ético político em construção pela categoria, e potencializando, assim, a reflexão em torno da relação teoria-prática.

Dentro da Instituição, a *Entrevistada 3* assume a função de Coordenação do Serviço Social, engajando-se cada vez mais no projeto de transformação. O trabalho nessa perspectiva é potencializado com a incorporação, ao Setor, de um grupo de assistentes sociais que haviam estagiado na instituição e que, ao serem aprovadas no Concurso, fizeram a escolha pelo campo de atuação a partir da identificação com um projeto já conhecido. O Serviço

²² Um dos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, com cujo nome foi batizado o primeiro CAPS criado no Brasil, em Itapeva – SP.

Social do *Hospital X* já se projetava como um trabalho diferenciado, repercutindo no espaço de formação profissional.

“Sempre com um pé dentro, um pé fora. Dentro da Instituição, eu era quase que alma solitária nesse ... nesse movimento. Depois, veio um grupo bom de assistentes sociais – chegamos a ter 22 assistentes sociais, que todas fechavam. Não que fossem ... é... vinculadas diretamente ao movimento... tá certo? Mas... muito... quando nada, com a questão da mudança da Reforma Psiquiátrica. [...] Prá colocar na prática, exatamente, porque a gente não queria ficar só no discurso, tá certo? A gente queria sempre... a questão do eletrochoque, mesmo, foi uma batalha prá gente conseguir acabar com o eletrochoque aqui dentro. Mas não é assim: a gente não quer, e tudo bem... mas mostrando, usando a própria fala deles, o próprio argumento deles... é... pondo em discussão, até que conseguimos – que é uma coisa que até hoje deixa mágoas – mas acabamos com o [...], nós aqui não temos eletrochoque²³. Tá certo... - que dizem até que tá em minha casa o aparelho do eletrochoque - então a gente procurava, aqui, no cotidiano, trabalhar muito nessa perspectiva, de empoderar o usuário de saúde mental, criamos a Rádio da Gente, por entender que o doente mental não tem voz dentro de um hospital psiquiátrico. Ele não tem nada. Ele é despossuído de tudo. Aí criamos a Rádio prá que todos... toda a população pudesse ouvir, dele próprio, os absurdos que aconteciam. Criamos o Projeto Tô Maluco prá te ver, que era um pouco prá afastar essa distância entre o dentro e o fora... foram ações pensadas... Escrevemos uma peça, Brincando Sério, que hoje tá até no exterior, tá no... Canadá. Criamos uma peça mostrando, na prática, qual era o cotidiano do hospital psiquiátrico. Causou uma mobilização muito grande na Instituição. Muitos Serviços ficaram... é... admoestados... de mal com a gente, porque nós mostramos o que era... como era que eles trabalhavam, o que era que eles faziam... nisso, os usuários vão se empoderando... tá certo? desenvolvemos o trabalho de grupo... é... buscamos a participação... pegamos, ainda, resquícios da... de um programa de Comunidade Terapêutica que existia, a Assembleia Geral, e adotamos... a Assembleia Geral, onde o paciente pode ter voz e voto... Tudo feito pelo Serviço Social. Tudo que tem de novo foi implantado pelo Serviço Social.”(Entrevistada 3)

A partir da década de 1990, o Serviço Social explicita, para a Instituição, sua identificação com o projeto político representado pelo Movimento Antimanicomial, ensejando o debate sobre a prática no interior da Instituição, o que tensiona as relações interprofissionais e com os gestores, constituindo-se alianças e consensos

²³ Atualmente denominado ECT – Eletroconvulsoterapia, o Eletrochoque é uma técnica do domínio da medicina, defendida pela categoria médica em nome de sua cientificidade. Na história dos hospitais psiquiátricos, entretanto, foi largamente utilizada e associada a critérios punitivos, coercitivos ou de aprendizado, na maioria das vezes sem o Consentimento Informado dos familiares. Na III Conferência de Saúde Mental, que contou com a participação de 1500 Delegados, sendo 50% representantes do segmento de usuários, em acalorada discussão, devido à mobilização de grande parte dos usuários que haviam sido submetidos a esse tratamento, aprovou-se Moção que recomendava “Determinar a abolição em definitivo do uso do eletrochoque no cuidado em Saúde Mental” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.161). No PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – versão Psiquiátrica (Portaria GM 251/02), instituído no ano seguinte, o Ministério da Saúde passou a conferir maior pontuação aos Hospitais que não realizassem nem prescrevessem o eletrochoque. No interior do *Hospital X*, o Serviço Social posicionava-se problematizando a utilização da técnica para fins não terapêuticos, provocando a discussão dos casos com indicação do ECT, criando condições para que as famílias fossem informadas e pudessem decidir contra ou a favor da utilização do método.

em certos momentos, e conflitos em outras situações. Tensão esta criada a partir da expressão de uma postura política diferenciada. Um novo discurso, uma nova forma de compreensão do trabalho profissional, fruto de discussão reflexiva da prática.

Nesse contexto, passam a constituir-se em unidades de intervenção do Serviço Social os usuários, familiares, comunidade e equipe técnica. Todo o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social advém do processo reflexivo desse coletivo, realizado nas reuniões semanais, nas discussões de caso, nas supervisões com a Coordenação, que tem o papel de Referência Técnica. As ações do Serviço Social tem uma intencionalidade claramente definida, identificadas com o Projeto de Reforma Psiquiátrica construído no seio do movimento social e com o Projeto Ético Político em construção pela categoria, necessariamente interligando as dimensões técnico – operativa, teórico - metodológica e ético-política das suas intervenções. Nesse sentido, as ações das assistentes sociais, mesmo quando particularizadas, sendo fruto de um processo reflexivo, são sustentadas pelo grupo, o que fortalece sobremaneira o Serviço Social frente aos outros setores, numa conjugação de saber profissional e poder institucional (FALEIROS, 1987).

A produção da peça acima citada já marca a busca de um instrumental técnico que ampliasse as possibilidades de intervenção do Serviço Social diante das diversas dimensões da realidade. Outras importantes intervenções culturais do Serviço Social se registraram a partir da década de 1990. Pode-se citar a construção de Coral, Jogral e Luaus – estes últimos, interferindo na rotina noturna da Unidade Hospitalar, e Atividades Externas com os pacientes, para retomada do contato com o espaço urbano. Entre os projetos implementados pelo Serviço Social, em seu percurso contra – hegemônico, destaca-se a Rádio da Gente²⁴, experiência levada a cabo entre os anos de 1996 e 2001, aqui trazido à tela pela potência que representou como proposta de afirmação da Cidadania das pessoas com transtorno mental.

Experiência correlata de utilização de recursos de Rádio como instrumento de intervenção, numa perspectiva substitutiva à tecnologia asilar acontecia em Santos – SP, através da Rádio Tan Tan. A diferença é que aquele recurso compunha o

²⁴ A experiência foi relatada na Revista Inscrita n. 5, publicação do CFESS, como intervenção exitosa do Serviço Social.

projeto de Reforma Psiquiátrica Santista, fazendo parte da Rede de Serviços Substitutivos ao Hospital que foi se construindo para dar conta das inúmeras necessidades das pessoas com transtorno mental em seu processo de desinstitucionalização. Nasceu, portanto, fora do equipamento hospitalar.

No *Hospital X*, a proposta gestou-se a partir das discussões das Assistentes Sociais, num processo reflexivo, em que se davam conta da negação da palavra aos usuários naquele contexto, em que os mesmos, em grande medida, recorriam àquelas profissionais como porta-vozes, em busca de viabilização de suas demandas. Neste sentido, a Rádio da Gente nasceu da ideia de tornar um veículo de informação mais próximo do cotidiano de um serviço de saúde mental, superando o sistema anterior de simples transmissor “unilateral” denominado “bocão” e buscando a utilização dos recursos disponíveis para promover uma comunicação mais aproximadora.

Assim, as Assistentes Sociais, sob o ponto de vista da “Invenção da Assistência” – premissa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial – tomam esta iniciativa e discutem junto a outros segmentos do hospital a proposta de reformulação deste serviço, incluindo, entre outras possibilidades, a participação direta de funcionários, usuários e familiares nesta atividade. Cabe frisar a defesa prioritária da valorização das formas de expressão dos usuários. Propõem como Princípios:

1. A defesa incansável dos direitos de cidadania dos usuários dos Serviços de Saúde Mental e outros excluídos sociais; 2. Circulação de informações como ingrediente básico para o processo de viabilização da Reforma Psiquiátrica e superação do modelo manicomial; 3. Defesa de espaços abertos e socializadores de tratamento; 4. Convicção de que a Saúde Mental é uma questão que envolve responsabilidades de técnicos, familiares, autoridades, entidades formadoras e o conjunto da sociedade (FOLHETO DE DIVULGAÇÃO INTERNA DO PROJETO DA RÁDIO, 1996).

Após diversas reuniões com diferentes segmentos do Hospital, apoio explícito da Diretoria da época, reuniões ampliadas com usuários internos e externos, conseguiu-se traçar uma ideia inicial da programação, seleção musical, etc. O nome foi resultado de uma eleição realizada nas Alas de internação. Sem preocupações excessivas com limites e possibilidades da proposta, a Rádio passou a ser mais uma forma criativa de ampliação dos direitos de expressão dos usuários, além de ser

mais um veículo de divulgação das diversas tendências e avanços de ações legislativas, política e assistenciais.

A inauguração da Rádio mobilizou toda a imprensa, escrita, falada e televisiva, que noticiou o caráter inovador da experiência, tendo ocorrido, ao longo do seu período de existência, diversas reportagens de teor similar. Em parceria com o IRDEB – Instituto de Radiodifusão do Estado da Bahia, Rádio Sociedade e Escola de Formação em Saúde da Bahia, promoveu-se um Curso de Capacitação em Técnicas de Comunicação aplicadas à Saúde Mental, que habilitou quarenta “loucutores”, entre usuários, trabalhadores e moradores da comunidade, os quais passaram a operar uma grade de programação com funcionamento de domingo a domingo. O curso incluiu visitas de todo o grupo às Rádios Parceiras, para conhecer o seu funcionamento. O conteúdo programático incluía, além de técnicas de comunicação e radialismo, comunicação aplicada à saúde mental e política de Saúde Mental, inserindo-se, aí, a perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Com o tempo, conquistou-se a instalação de Auto falantes na área externam que atingiam as primeiras ruas do entorno do hospital. Também foi disponibilizado espaço de uma hora semanal de transmissão de programação na Rádio Sociedade, que os usuários faziam a partir do estúdio interno do hospital. A Rádio causou grande impacto no cotidiano do hospital, chegando a atingir a comunidade circunvizinha, na medida em que os moradores da comunidade local passaram a reivindicar espaço para inclusão de programas sob sua responsabilidade na Grade de Programação, como um poeta que morava na rua em frente, um grupo de adolescentes que se reunia no Centro Social Urbano e o Grupo de Alcoólicos Anônimos local. Mobilizado pelo Serviço Social, o comércio local passou a patrocinar brindes para programas interativos, em troca da divulgação de seus serviços, o que favoreceu a circulação, entre eles, dos usuários.

Do ponto de vista do cotidiano da comunidade interna do hospital, o impacto foi enorme, atingindo os espaços de circulação, as relações institucionais e impulsionando a melhoria na qualidade da assistência prestada. O apoio da Diretoria, naquele período, foi fundamental. Além do suporte indispensável para que a experiência fosse levada a cabo, a instalação de caixas de som que

captavam a programação na própria diretoria rompeu com as barreiras de comunicação entre direção e usuários. Empoderados, estes passaram a denunciar situações de maus-tratos e negação de direitos, tomando, assim, a Rádio como um espaço de Controle Social e impactando diretamente na qualidade dos serviços prestados.

A grade de programação que foi se construindo a partir das discussões coletivas entre os “locutores”, incluía programas informativos, interativos – os quais estimulavam os usuários a comunicar-se através do interfone, conquistando o acesso aos postos de enfermagem, antes restritos aos funcionários – e aqueles construídos pelos próprios usuários, em seus percursos terapêuticos, como “A hora da alucinação” e “As broncas da Zoraide”. A Rádio também passou a ser importante espaço de divulgação de uma cultura antimanicomial e discussão da Reforma Psiquiátrica em curso, tema pouco acessado anteriormente por aqueles que se constituíram, em âmbito nacional, em protagonistas decisivos para as conquistas na política de Saúde Mental – os usuários. O programa Cantinho da Gente era protagonizado pelo líder do Movimento de Usuários na Bahia, e que viria a mobilizá-los em torno da Associação de usuários local.

Na esteira desse processo, foram-se construindo intervenções paralelas, como atividades extra - muros e de contato com o movimento social, a exemplo da viabilização da participação dos internos em Dia da Luta Antimanicomial e eventos correlatos – medida transformadora, tendo em vista que a situação de confinamento os impedia de conhecer as possibilidades de superação daquela situação e de perceber-se como sujeitos de direitos, capazes de interferir na conquista de sua cidadania.

Entretanto, a adesão ao projeto, nesse espaço contraditório, não foi unânime. Frequentemente, a Rádio passou a ser tema de discussões em reuniões, seja questionando “o barulho incômodo” que ela fazia, seja colocando em pauta certos aspectos supostamente “antiterapêuticos”, situações que necessitavam de constantes negociações. Por outro modo, eram recorrentes as danificações de aparelhagem, desaparecimento de fiação, cd’s, etc., que inviabilizavam, por certo período, o seu funcionamento, até a reposição. Em que pese a adesão de alguns

profissionais, o Serviço Social seguiu sendo o responsável pela gestão da Rádio, acumulando diversas outras funções no espaço hospitalar, enquanto obteve o apoio da Diretoria. Com a substituição da gestão, a partir de 2001, e a mudança de diretrizes dela decorrente, além da transferência de quatro assistentes sociais para outras unidades, o projeto foi perdendo apoio, até a sua completa desmobilização, com a ocupação do seu estúdio para a construção de um novo Conforto de Enfermagem.

Outra intervenção cultural do Serviço Social foi o Projeto “Tô maluco prá te ver”, que partiu das reflexões sobre o cotidiano árido da Instituição, principalmente nos finais de semana, tendo a equipe de profissionais reduzida e a frequência de visitantes pouco representativa. O Projeto buscou a parceria com artistas e outros representantes da Cultura, organizando eventos para os finais de semana, no interior da Instituição, potencializando a circulação de pessoas no período. A análise dos registros em prontuários e livros de ocorrências em momentos posteriores aos eventos culturais indicavam a diminuição de eventos com características de agressividade, insônia, ou problemas correlatos, o que era sinalizado pelo Serviço Social nas reuniões interprofissionais.

4.6 ARTICULAÇÃO COM O MOVIMENTO SOCIAL E INCIDÊNCIA SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL (ANOS 90/2000)

Todas as intervenções supracitadas aconteceram no decorrer da década de 1990. É também na década de 1990 que o Serviço Social conquista a regulamentação do seu exercício profissional, contemplando as dimensões investigativa e interventiva em suas competências e atribuições privativas – Lei 8662 /93; reformula as Diretrizes Curriculares, de modo a inserir, na formação profissional, os avanços ético-políticos e teórico-metodológicos acumulados e reformula o Código de Ética, posicionando - se decididamente a favor dos interesses da classe trabalhadora, e comprometendo-se com a defesa da liberdade, da cidadania, dos direitos humanos, recomendando a aliança com outros movimentos sociais que se definissem por objetivos afins.

Nesse período, conforme mencionado pela *Entrevistada 3*, intensificaram-se as suas articulações fora do contexto hospitalar.

“[...] porque já em 90, que eu falei antes, veio esse companheiro de Minas Gerais. Minha casa tava em conserto, e a gente reuniu a primeira vez lá em casa. E ele me falou nessa possibilidade de um lugar... de uma Sociedade... como ficou posto lá em Bauru: Uma Sociedade sem Manicômios. E de outras formas de Serviço, outras formas de lidar. E, depois daí, não tínhamos lugar, reuníamos, eu e ele, em bar, em restaurante, em qualquer lugar que fosse. A colega que nos apresentou, a psiquiatra, efetivamente, ela não era antimanicomialista, ela era psiquiatra tradicional, saiu, tanto que, hoje, está na Espanha e faz sérias críticas ao ... à Reforma Psiquiátrica e ao Movimento Antimanicomial.” (Entrevistada 3)

Juntos, a *Entrevistada 3* e o *Entrevistado 1* fundaram o NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. A Entidade organizou o I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que aconteceu em Salvador, em Setembro de 1993 – com 480 participantes inscritos, representando 18 Estados da Federação, dentre os quais, 25% eram usuários e familiares - além do I Encontro Docente Assistencial do Estado da Bahia, este último, provocando a reflexão sobre a necessária reformulação dos currículos universitários frente às novas concepções para o trabalho na área de Saúde Mental. Tornou-se, o NESM, o ator social que impulsionaria, no Estado, as principais iniciativas direcionadas a uma proposta antimanicomial de assistência.

Observe-se que inexistiam na Bahia, naquela década, Serviços de Saúde Mental que pudessem ser caracterizados como substitutivos ao hospital psiquiátrico. Por outro lado, o Estado acumulava um parque manicomial de 2.038 leitos, sendo que 1.365 deles pertenciam aos Serviços Hospitalares Psiquiátricos Privados e conveniados com o SUS²⁵. Estes serviços, até aquele momento, comandavam a disputa de interesses em torno dos recursos para a assistência psiquiátrica. Além da hegemonia no campo político, eram empregadores da grande maioria dos psiquiatras baianos, o que dificultava sobremaneira o posicionamento dos mesmos em favor da reversão de um modelo de assistência hospitalocêntrico – haja vista o recuo da Entidade representativa da categoria já mencionado neste trabalho.

²⁵ Dados da SESAB – Secretaria de Saúde da Bahia.

Neste cenário, o NESM impondo-se como representante de um projeto contra – hegemônico, investe na organização política dos usuários. Inicialmente, agrega os usuários em sua própria organização. Note-se trechos do depoimento do primeiro usuário que se associou à Entidade:

Em memorável primavera de 1993, encontro o Movimento Antimanicomial, que realizava o seu primeiro evento na Bahia (no SESC Piatã). Vinha marcado há décadas pela tragédia da loucura.[...] Desbunde, nesse encontro, comecei a participar do NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios.

Naquelas reuniões marcantes, nos dias de segunda-feira no Conselho Regional de Psicologia, vai surgir uma nova política, uma nova ética, uma nova loucura, na qual vou mergulhar profundamente [...]

A prática, a caminhada, o dia a dia, desde a organização do dia 18 de maio, passando pelas alianças com os movimentos populares da Bahia, faz surgir um novo sujeito social que vai se relacionar enfrentando o modo de fazer política institucional na Bahia, o que é outra loucura, bem como criar maneiras prazerosas de se falar sobre a luta antimanicomial (ARAUJO, 2003, p.56).

Surge, aí, uma importante liderança, legitimada, entre os usuários por compartilhar com os mesmos o sofrimento advindo das práticas manicomiais e, ao mesmo tempo, respeitado por técnicos e representantes políticos, pela contundência do seu posicionamento em favor do projeto antimanicomial. Em torno dele, será possível aglutinar os usuários para a construção do MOUSM – BA (Movimento de Usuários de Saúde Mental da Bahia):

A criação de um movimento de usuários é uma nova instância onde se darão os confrontos em que os usuários vão participar na condição de cidadãos, denunciando os horrores ocorridos nos porões da loucura, nos hospitais psiquiátricos, e pensar junto com os técnicos a criação e implementação de outro modelo de assistência à loucura. [...]

Organizar as associações dos usuários é fundamental, apesar de não ser fácil a organização dessas pessoas, como em qualquer lugar do mundo. Estamos falando de algo novo, de dar voz a quem foi calado química ou mecanicamente (ARAUJO, 2003, p.56-57).

Se em outros Estados, a organização política dos usuários já se fazia notar, na Bahia, todos aqueles identificados como doentes mentais viviam a maior parte de seus dias confinados aos hospitais psiquiátricos existentes. Como estratégia para que estes cidadãos pudessem ter acesso às informações sobre as propostas de transformação, o NESM organizou, em 1994, no dia 18 de maio – data escolhida pelo movimento nacional como Dia da Luta Antimanicomial – uma festa na quadra do Sindicato dos Bancários. Foram mobilizados recursos para deslocamento de

internos de todos os hospitais psiquiátricos, com aquiescência das respectivas diretorias. Comenta a *Entrevistada 3* que “*Se eles soubessem no que ia dar, nunca teriam permitido!*” (*Entrevistada 3*)

Nos anos seguintes, o 18 de Maio tornou-se importante espaço de denúncias, intervenções na Cultura e reivindicações no campo político. Foi instituído o dia Municipal da Luta Antimanicomial pela Câmara Municipal de Vereadores, com Sessões Especiais em todos os anos, organizadas sempre pelo NESM em parceria com vereadores de esquerda que se revezavam no apoio ao Movimento. Juntamente com outras Entidades – Conselhos de Psicologia e Serviço Social, Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Bahiana de Imprensa, Sindi - Saúde, Ministério Público – organizou ações de denúncia de situações recorrentes de violação de direitos humanos, provocando a intervenção do Estado – como Caravanas e Blitz aos Hospitais Psiquiátricos do Estado; denúncia da situação do Hospital de Custódia e Tratamento; Denúncias da situação de Comunidades Terapêuticas da região. Entre as Intervenções na Cidade organizadas pelo NESM, conjuntamente com um Coletivo de atores sociais identificados com o projeto antimanicomial, está, nos últimos cinco anos, a realização da Parada do Orgulho Louco, na Barra, já com a presença de usuários dos diversos CAPS do interior e da capital. Note-se que, na década de 2000, por uma indução da política promovida pelo Governo Federal, foram implantados 175 CAPS no interior da Bahia, dentre os quais, 18 estão situados em Salvador²⁶.

Já na década de 1990, a *Entrevistada 3* participa da Comissão Técnica de Saúde Mental do Estado – instância de Controle Social criada no âmbito do Conselho Nacional de Saúde para acompanhar o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica. A partir da década de 2000, uma parte das Assistentes Sociais do *Hospital X* passou a participar de forma mais incisiva nas instâncias que definem a Política de Saúde Mental no Estado, a exemplo da composição de Comissão Avaliadora do PNASH; Comissão Organizadora das Conferências de Saúde Mental; Colaboração com a Área Técnica de Saúde Mental da SESAB para elaboração de Diagnóstico da Saúde Mental na Bahia e Plano Plurianual para a Saúde Mental.

²⁶ Dados da SESAB – Secretaria Estadual de Saúde e SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

Com o falecimento do líder do movimento de usuários no Estado, em 2004, o MOUSM se desestabiliza. O NESM, então, vai dar assessoria à organização de outra Entidade, a AMEA – Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares. Tendo o Movimento Antimanicomial se dividido em função de divergências em relação à sua organização interna, o NESM passa a integrar a RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. É a RENILA que irá assessorar a organização da Marcha de Usuários a Brasília em defesa de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em 2009, quando, em contato com dez Ministérios, os cerca de 2000 participantes conquistaram a garantia da realização, no ano seguinte, da IV Conferência de Saúde Mental, após nove anos sem ser realizada. Representando a Bahia, a AMEA participa com o contingente de quarenta usuários e familiares.

Paralelamente a esses acontecimentos, no interior do Hospital X, continuavam os esforços pelo desmonte da estrutura asilar. No final da década de 1990 – período de aliança do Serviço Social com a Diretoria do Hospital – o Entrevistado 1 presta assessoria a um projeto de transformação interna, buscando imprimir uma lógica voltada para a desinstitucionalização. Como parte desse processo, os espaços de internamentos são divididos em três alas, sob coordenação, respectivamente, de uma Assistente Social – a Entrevistada 3, uma Enfermeira e uma Terapeuta Ocupacional. A denominada Ala A diferencia-se, então, por imprimir uma proposta de trabalho oposta à cultura asilar já conhecida e reproduzida nas demais Alas:

Bom, a Ala A ... eu era coordenadora do Serviço Social. [...] Até por conta disso, sofria uma... o Serviço Social, e sobretudo eu, era considerada, assim, a ovelha negra... Né? Do hospital, porque... muita gente não gostava de mim, muita gente, até hoje, não gosta de mim... eu pedi ao diretor de então... 98... que me desse duas alas, com 75 pacientes no total, prá eu mostrar, achando eu, também, que era possível fazer diferente... que o hospital psiquiátrico podia ser diferente. Eu acho que isso ainda foi um... assim... um sinal de uma certa ingenuidade minha. Aí, fui... ele me deu... eu pedi a ele pra me dar esse... com a mesma equipe perversa que existia, com os mesmos métodos arcaicos que existiam, eu pedi a ele prá ir prá lá coordenar. E fui coordenar esse... fiz um treinamento com a equipe, levei dois meses trabalhando com a equipe. Dois meses depois, eu disse, da equipe, quem poderia continuar lá e fazer um trabalho diferente, quem não poderia ... o que causou um mal estar muito grande, porque teve gente que não tinha a mínima condição de trabalhar num espaço... com uma outra proposta... não ficou. Eu mandei embora... e aí, imprimir um ritmo completamente diferente. É... com a

prática, com o cotidiano pautado no respeito, na participação, na busca do fora. Da inserção do usuário.

Dentro... exatamente, já pegando os princípios do Movimento da Luta Antimanicomial. Não é isso... que é assim... prá gente mostrar que não era uma coisa utópica, teórica, pura e simples. Que era possível se fazer. Então, desde como mexer na cultura... o luau era de noite, a janta de natal era de noite, os usuários saíam, iam prá rua, prá praia, iam prá cinema, prá teatro... iam prá onde fosse. E o tratamento era um tratamento respeitoso. Era um tratamento de sujeitos. A gente não trabalhava com diagnóstico, a gente trabalhava com cidadãos. Sujeitos cidadãos. Isso incomodou muito o hospital. O resto do hospital. Porque a gente entendeu que nós éramos espelho. E eles não queriam isso no hospital. Começaram a chamar essa Ala de Aliança e o resto do hospital Irmã Dulce ²⁷[...] porque achavam que lá o tratamento era vip... mas era apenas o tratamento decente... mas que aquilo era maluquice... que doido não tinha... onde já se viu doido... doido não andava descalço, mulher não ficava sem calcinha, a roupa era individualizada... e as pessoas não... não suportaram! Foi demais pras pessoas. Vindo um diretor imberbe, ainda, prá dirigir o hospital, caiu nas malhas dessa maioria, desse pessoal, e acabou com o programa.” (Entrevistada 3)

A *Entrevistada 3* refere-se a esta experiência como ainda decorrente da sua crença de que o hospital psiquiátrico poderia ser melhorado. Contudo, conforme analisa o *Entrevistado 1*, a lógica asilar é mais uma vez restituída pela diretoria subsequente:

“E que talvez seja isso que seja desesperador para E. A²⁸... Quando ela fala: tá pior, tá pior, tá pior ... é que E. A. tem o desespero de ter sido patronesse dessa transformação e, de certa forma, ter conseguido o improvável, que é quando o poder público desiste de um terreno, de uma obra e constrói outra obra, mas que as pessoas... com as velhas pessoas. Então, a luta dela, ela nunca mudou de luta. A luta dela é a mesma luta de quando ela estava no asilo [...], em 1970. Ela nunca mudou de luta, ela está na mesma luta, porque as pessoas nunca mudaram. A verdade é esta. As pessoas nunca mudaram no Hospital X. A mudança é sempre esperada. Aí eu falo – porque você me perguntou – sobre aquele projeto lá, de reformulação. Aquela foi uma incidência sobre a ordem, mas que foi absolutamente reposta [...]” (Entrevistado 1)

O *Entrevistado 1*, ao reafirmar a sua compreensão de que a única solução para o hospital psiquiátrico é a sua extinção, reconhece os esforços do Serviço Social em insurgir-se, cotidianamente, contra esta ordem estabelecida, mas, ao mesmo tempo, explica: “O Serviço Social questiona e enfrenta a Instituição. Mas o Serviço Social está sozinho”. (*Entrevistado 1*)

²⁷ Refere-se, o primeiro, a um Hospital Clínico de Grande porte, da capital, destinado àqueles que podem custear o tratamento mediante pagamento particular ou Convênio com os Planos de Saúde mais caros; e o segundo, um hospital filantrópico, conveniado com o SUS, que atende, em sua grande maioria, à parcela mais carente da população.

²⁸ Refere-se à *Entrevistada 3*.

Na década de 2000, ao mesmo tempo em que o Serviço Social tem o seu contingente reduzido, várias Assistentes Sociais ocupam espaços de gestão no interior do Hospital, a exemplo da Coordenação do Ambulatório e Coordenação de Internação. Persistem em seu propósito de tornar, através do seu trabalho, a instituição “menos pior”. A partir 2004, a *Entrevistada 3* passa a Coordenar um complexo de Serviços Substitutivos ao Hospital Psiquiátricos construídos no terreno do *Hospital X*, fruto de um financiamento do Banco Mundial para projetos de desinstitucionalização conquistados pelos esforços empreendidos na década anterior, no bojo do processo acima descrito:

“[...] bom, anos atrás, a gente havia conseguido – eu, M. V²⁹, e um outro diretor que me deu espaço – H. – uma verba do Banco Mundial – construímos esse lugar, pensando num lugar diferente. Um Serviço Aberto. Construímos dois lares abrigados, prá pacientes que estavam aqui há décadas e que não tinham mais prá ... o que fazer... criamos esse lar abrigado, que são casas – uma casa como qualquer casa, como outra casa – e que, a todo momento, tentam desmontar – agora mesmo, veio a proposta de mandar quentinha prá lá. E aí, eu, em cima, novamente, foi uma batalha,[...] prá que não fosse quentinha, que continuasse mandando a comida, prá que façam lá sua comida. Fazem seu São João, fazem... saem, fazem suas compras, etc, etc... e criamos o Hospital Dia. Um espaço que... foi o nome que a gente achou no momento... mas que é um espaço diferenciado. Completamente... eu diria mesmo que é o avesso do hospício. Né ... porque lá a gente trabalha na perspectiva do fora.

“[...] Então, a gente pensou – do mesmo modo que Tykanori³⁰ fez em Santos, que tentou botar... que pôs em prática o discurso teórico, e que nós fizemos aqui neste hospital que, até assim, a gente peca... as pessoas acham que a gente peca por não socializar, por não fazer a propaganda disso, mas que a gente procura, a cada dia, estar sempre mudando, não pára... então, trabalhamos com a equipe [...] – trabalhamos com a equipe durante um bom tempo. Essa própria equipe foi que elaborou o projeto – dentro dessa nova ordem, obviamente – que leram textos, que discutiram, etc., etc. e quem quis ficar lá, porque achou que podia ficar lá, ficou. Obviamente que todo o trabalho, todo o risco, de ranço que tem, de décadas de um Serviço[...], mas que é um trabalho diferenciado” (Entrevistada 3)

Seguindo a vocação dos Serviços Substitutivos implantados em contextos adversos, esta experiência constituiu-se na alternativa possível, enquanto esforço de transformação que contava apenas com a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e administrativos advindos do *Hospital X*. O Projeto Terapêutico deste

²⁹ Refere-se ao *Entrevistado 1*.

³⁰ Refere-se ao Coordenador de Saúde Mental de Santos –SP, em 1989, quando foi implantado o Projeto de Reforma Psiquiátrica pioneira no país. Tykanori, atualmente, é Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

complexo que abarca Centro de Convivência, Hospital – dia e Lares Abridados, explicita as seguintes Diretrizes Básicas de Ação:

Tolerância, respeito, solidariedade, singularidade e relação de troca, na perspectiva da inclusão social do sujeito com sofrimento psíquico; Consideração do usuário como sujeito de direitos; Percepção do usuário como protagonista do processo; Exercício de uma prática interdisciplinar na perspectiva da transdisciplinaridade; Potencialização das habilidades individuais, direcionadas para a autonomia gradual; Estímulo à participação da comunidade, com vistas à eliminação dos mitos relativos ao sujeito com transtornos mentais; Invenção e reinvenção de práticas que facilitem a re-inclusão social do usuário; Acompanhamento do usuário a partir de Projeto Terapêutico Individualizado, segundo as necessidades e possibilidades do usuário, discutido, planejado e operacionalizado pela equipe, acompanhado pelo Técnico de Referência e sustentado por todos; Reconhecimento da família como unidade de intervenção, a partir do entendimento de que o grupo familiar joga papel significativo tanto no processo de adoecimento como de recuperação e re-inclusão social do enfermo mental; Reconhecimento do Controle Social exercido pelos usuários, familiares, comunidade e trabalhadores; Garantia ao usuário do direito ao sigilo (EQUIPE TÉCNICA DO HOSPITAL-DIA, 2004).

Completando dez anos de existência em 2014, a experiência exitosa de substituição do tratamento psiquiátrico tradicional, adotando os princípios da Reforma Psiquiátrica ensejados pelo Movimento Antimanicomial e coordenado por uma Assistente Social vem mudando o curso da história de vida de diversos usuários. Estes, ao conhecerem uma opção de tratamento inclusiva, deixam de acessar os leitos hospitalares, optando pelo hospital dia em momentos de crise e sustentando, com o suporte da equipe interdisciplinar, seus projetos de vida, inseridos na cultura, no trabalho, no direito, respeitando-se o grau de autonomia possível para cada caso.

Ainda atrelado administrativamente ao *Hospital X*, entretanto, convive com a estrutura asilar que ainda resiste, embora tenha sido reduzido a 164 leitos, cumprindo a sina de reafirmar o modelo hospitalocêntrico. Na conjuntura atual, não se observa, por parte dos gestores, uma postura que indique compromisso político com o fechamento do *Hospital X*, o qual continua, inclusive, como espaço de formação profissional. Buscando possibilitar, aos profissionais em formação, uma reflexão a partir da aproximação com experiências opostas, o Serviço Substitutivo em questão, além de ser campo de estágio em Serviço Social, passou a receber, como parte da grade curricular, os Residentes em Psiquiatria e Psicologia inseridos em Programas de Residência conveniados com o *Hospital X*. Embora esse seja um

desafio que irá perdurar enquanto o modelo antigo não for superado, a *Entrevistada 3* reconhece:

“[...] que isso é um trabalho, que é uma coisa plantada pelo Serviço Social. Que muda... inclusive, [...] isso já foi dito por vários profissionais... vários teóricos... como Maria Lúcia Rodrigues, Alba Pinho³¹ [...] Maria Lúcia dizia assim: - Vocês me chamam aqui prá quê? Eu venho prá quê? Prá aprender. Então, é um Hospital que é diferenciado de outros hospitais, sim! Pela ação do Serviço Social! Que, na verdade, é uma coisa que só acontece na Bahia. O Serviço Social em Saúde Mental é forte aqui na Bahia. Melhor dizendo, no Hospital X.” (Entrevistada 3)

Acerca das dificuldades de incorporação do novo modelo ao projeto profissional pelos diversos atores, a *Entrevistada 3* considera:

“Bom, por que isso... porque essas pessoas não foram formadas. A academia não forma. A academia nem informa. Então, são pessoas... concurso... pessoas que foram convocadas... chamadas... e, mesmo as que passaram em concurso, concursos não contemplam as questões da Reforma Psiquiátrica... sabem o número da Lei, sabem o número da Portaria... mas a essência, não sabem. Tá certo... ? Então, temos uma prática diferenciada. E aí, os outros profissionais, que não sabem absolutamente nada de nada, tem medo do Serviço Social, como resquício disso aqui³². Teve Residente que dizia: vou sair... não vou ficar num lugar onde o Serviço Social manda mais do que medicina... entendeu... ou de dizer, o Serviço Social daqui precisava trabalhar em outro hospital prá aprender como é que o Serviço Social faz. E o outro hospital que se referem, e o hospital em que o Serviço Social era puramente burocrático, [...]. Tá certo? Aqui os direitos dos pacientes são defendidos, e eles sabem disso. E não precisa nem mais do esforço hercúleo do Serviço Social prá fazer a defesa, porque eles próprios fazem... entende? Chegam ao exagero de dizer: D. E., 10 horas. O lanche ainda não veio. Sim, ainda não veio, demorou... Tô defendendo meus direitos, D. E.! Tá certo, então eles sabem. Eu quero falar com o médico! Eles sabem que podem ler o prontuário deles... então, a gente pôs em prática... assim... bebendo nessa fonte, que é o Movimento Antimanicomial [...]” (Entrevistada 3)

Podemos considerar que a *Entrevistada 3* refere-se àquilo que, em sua própria experiência, constituiu a sua consciência prática – considerada, na obra de Giddens (2009), como um saber que existe no ator e que ele não consegue explicar discursivamente. Em agosto de 2010, ao completar 50 anos de trabalho no *Hospital X*, a *Entrevistada 3* foi homenageada na Câmara Municipal. Tendo nascido em Santo Amaro, recebeu o título de Cidadã de Salvador.

³¹ Refere a Assistentes Sociais com importantes produções teóricas no âmbito da categoria, que participaram, como convidadas, em eventos comemorativos do dia do Assistente Social no *Hospital X*.

³² Refere-se ao *Hospital X*.

Em seu discurso, ela afirmou:

“[...] Comecei a estagiar no Hospital X ainda quando fazia o pedagógico e já naquele tempo não compreendia como muitas coisas ou quase tudo que acontecia no hospital [...] Eu só me dava conta que os pacientes não tinham direitos e que era preciso ter. Por isso pensei em me tornar advogada para defendê-los. [...] Fiz o curso de Serviço Social e formei-me em dezembro de 72 [...] Desde então, tenho me esforçado para formar profissionais que, atuando em qualquer campo, tenham condições de desenvolver uma prática pautada no projeto político da profissão, o que requer uma leitura constante da realidade, e uma avaliação e reavaliação do cotidiano, farol das estratégias a serem utilizadas na defesa dos direitos dos espoliados numa sociedade como a nossa.

No Hospital X, meu estado permanente era de indignação, inquietação e ação. Particpei de todas as tentativas para a melhoria da assistência dos sujeitos com sofrimento mental, pois acreditava que o hospital psiquiátrico podia se tornar um lugar de tratamento de fato. Segundo Goldman, o manicômio faz adoecer de uma outra doença, contagiosa e crônica, que não é doença mental. O contágio é a cultura manicomial que expressa na aceitação naturalizada daquele lugar de violência, a aceitação da própria violência [...]”³³

Pode-se reconhecer, no discurso da *Entrevistada 3*, o sentimento de segurança ontológica, descrito por Giddens (2009) como aquilo que confere sentido às ações do agente, justificando seus esforços de intervenção diante da estrutura. Em outro trecho do mesmo discurso, a *Entrevistada 3* afirma:

“Segundo Honoré de Balzac, elegante é parecer com aquilo que se é. Eu não acho que devo receber uma homenagem deste porte, porque o que fiz e faço é porque devia e deve ser feito. Se as pessoas me homenageiam, deve ser pelas coisas que fiz e faço do meu jeito, então, segundo Honoré de Balzac, eu sou elegante. Pelo número de pessoas que veio me homenagear, penso que tenho feito do jeito certo, não obstante as críticas em contrário.”³⁴

Entretanto, está explícito no percurso acima descrito que toda essa construção do Serviço Social no *Hospital X* não se deu de forma tranquila, sendo, ao contrário, fruto de um processo de embates e de disputa de poder. Neste ponto, necessariamente, devemos nos remeter à conexão entre ação e poder. Considera Giddens (2009) que a ação envolve poder, este considerado enquanto capacidade transformadora. Entende, portanto, o poder sob um prisma mais abrangente, sendo este anterior à subjetividade, à constituição da monitoração reflexiva da conduta.

³³ Trecho de discurso proferido em Sessão Especial da Câmara Municipal de Salvador, em 30.08.2010.

³⁴ Idem.

Em sua conceituação da “dialética do controle em sistemas sociais” Giddens (2009) considera que:

O poder em sistemas sociais que desfrutam de certa continuidade no tempo e no espaço pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades em contextos de interação social. Mas todas as formas de dependência oferecem alguns recursos por meio dos quais aqueles que são subordinados podem influenciar as atividades de seus superiores (p.18-19).

Assim, ainda segundo Giddens (2009),

Ser capaz de “atuar de outro modo” significa ser capaz de intervir no mundo, ou abster-se de tal intervenção, com o efeito de influenciar um processo ou estado específico de coisas. Isso pressupõe que ser um agente é ser capaz de exibir (cronicamente, no fluxo da vida cotidiana) uma gama de poderes causais, incluindo o de influenciar os manifestados por outros. A ação depende da capacidade do indivíduo de “criar uma diferença” em relação ao estado de coisas ou curso de eventos preexistente. Um agente deixa de o ser se perde a capacidade para “criar uma diferença”, isto é, para exercer alguma espécie de poder (p.17).

Considera-se, pois, como agentes, no sentido definido por Giddens (2009), as Assistentes Sociais que se constituíram em sujeitos desta pesquisa. Através da Assistente Social pioneira, observou-se o empenho na conquista de espaço para implementação da atividade profissional; com a *Entrevistada 2*, confere-se o desenvolvimento no campo técnico operativo, fundamentando sua instrumentalidade no saber profissional; através da *Entrevistada 3*, podemos identificar todos os elementos anteriores que, acrescidos da militância, possibilitou, além de importantes transformações institucionais, uma incidência do Serviço Social sobre a política. Desta forma, o Serviço Social do *Hospital X* reproduz, em seu percurso, a própria história da profissão em sua trajetória de construção do Projeto Ético Político.

5 DISCUSSÃO

A teoria da Estruturação do sociólogo inglês Anthony Giddens (2009) centra seu objetivo na compreensão da ação humana e das instituições sociais, consubstanciando-se nos seguintes postulados: o de que os profissionais, na sua prática, produzem saberes; o de que resulta, essa produção, da interação entre o projeto reflexivo do ser (reflexividade individual) e o diálogo com os outros (reflexividade coletiva); e, por fim, da influência, sobre esta produção, do micro contexto da prática, do contexto institucional, com suas normas e recursos e da autonomia profissional (sentimento de segurança ontológica). Nesta direção, corrobora Perreault (2014)³⁵:

Na modernidade avançada, a identidade de si mesmo é constantemente renegociada ao longo do projeto reflexivo que cada ator é quase “obrigado” a fazer para conseguir uma segurança ontológica e uma autonomia pessoal (até mesmo profissional). O projeto reflexivo do si mesmo é o processo pelo qual a identidade de si mesmo se constrói pela sequência de ordem reflexiva de auto narrativas que consegue manter, pelo tipo de diálogo contínuo, narrativas coerentes, apesar de ser pré-existente a prática; devemos então trocar esta visão “essencialista” para uma visão construtivista ([s/p]).

Para as(os) Assistentes Sociais brasileiras(os), a dimensão coletiva da reflexão está conectada com a própria consolidação de um Projeto Ético Político para a categoria, que tem seu marco inicial no Movimento de Reconceituação, representando um processo de “ruptura” com uma prática prescrita por outros atores sociais (Estado, instituições); o posicionamento político de aliança e defesa dos interesses da classe trabalhadora; a construção de uma estrutura teórico-metodológica e a conquista de um arcabouço jurídico – político: Lei de Regulamentação, resoluções e documentos políticos e normativos (cf. capítulo teórico).

No âmbito da reflexividade individual, as (os) Assistentes Sociais convivem, cotidianamente, com as requisições de reprodução social deste papel profissional, o que demanda um posicionamento coerente com valores e competências previstos pelo projeto que representa, segundo Netto (2006), “a autoimagem da profissão”; Nos campos de prática, enfrentam o desafio de defender propostas contra – hegemônicas, e o necessário movimento de debates e alianças com outras

³⁵ Palestra proferida pelo Professor Michel Perreault em disciplina do Mestrado de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador em outubro de 2013.

categorias profissionais e outros atores sociais, na negociação em torno de interesses divergentes e de demandas por uma prática institucionalizada burocratizada e repetitiva.

Tendo em vista tais desafios, o sentimento de segurança ontológica diante da identidade profissional só se efetiva pelo exercício reflexivo entre o conhecimento teórico e as demandas da prática na realidade concreta, onde “[...] a consciência joga um papel importante” (COELHO, 2013, p.9).

Para Giddens, sendo os atores e as instituições fenômenos interdependentes, as instituições devem ser analisadas em sua relação complexa e complementar, como elemento constitutivo e imerso na ação dos atores. Entende, assim, a Reflexividade como avaliação e revisão contínua das práticas, a partir da atualização de informações sobre essas mesmas práticas, por meio de uma práxis reflexiva discursiva. (GIDDENS, 2009). Considera, nesse sentido, a capacidade dos profissionais de refletir sobre suas práticas e produzir discursos sobre o que fazem e por que o fazem. “A reflexividade é então considerada como uma experiência discursiva de explicitação do implícito, de expressão do tácito que, quando sistematizada, caracteriza a profissionalidade nos trabalhos profissionais” (OZAÍ DA SILVA, *op.cit.* 2005).

Giddens (2009) denomina modernidade reflexiva como um conjunto complexo de três dimensões, a saber: a discursiva, presente na narrativa dos atores; a prática, impressa na consciência prática; e a institucional. Sobre a evolução da noção de ator, Jodelet (2009) coloca:

Colocar o indivíduo como agente implica reconhecer neste último um potencial de escolha de suas ações, permitindo-lhe escapar da passividade diante das pressões ou constrangimentos sociais e intervir, de maneira autônoma, no sistema das relações sociais, como detentor de suas decisões e senhor de suas ações. Desenvolvendo a noção de agente, Giddens (1982) denunciou o erro introduzido no pensamento francês pelo estruturalismo, que confundiu uma história sem sujeitos humanos conhecedores (knowledgeable) e capazes de exercer uma reflexão sobre sua situação e seu saber. Contra a ideia de uma história sem sujeito (subject-less-history), ele propõe, na sua teoria da estruturação, considerar os seres humanos como agentes conhecedores, mesmo se eles agem dentro de limites historicamente especificados que determinam condições sociais que eles não reconhecem e consequências de seus atos que eles não podem prever. Concepção que se aproxima singularmente daquele sujeito e coloca em primeiro plano a questão dos modos de conhecimento sobre os quais se ancora a ação (p.689).

A triangulação dos dados obtidos a partir de revisão bibliográfica, análise documental e entrevista com três informantes qualificados – um psicólogo e duas assistentes sociais – convergem para a identificação de um fio condutor que deve permear esta análise. É a existência de uma disputa entre o Modelo Asilar, instituído desde a criação do *Hospital X* e incorporado pela maior parte do seu corpo profissional, e o projeto instituinte³⁶ do Modelo de Atenção Psicossocial, que se materializa, no contexto do hospital, a partir das ações implementadas pelo Serviço Social.

Deve-se considerar que o paradigma asilar é coerente com a construção dos processos de trabalho em saúde, calcados na perspectiva do trabalho coletivo, a partir do modelo biomédico, que se caracteriza pela verticalização, focalização e submissão ao saber médico, tendo o hospital como o *lócus* da organização do trabalho. Assim, as diretrizes do trabalho são voltadas para a doença e o trabalho é objetivado a partir de processos de trabalho diferenciados para cada categoria profissional, tendo em vista as suas especificidades, e sem ultrapassar as barreiras previamente determinadas.

A construção do trabalho em saúde nestes moldes se deu a partir do Século XVI, no período de transição para o capitalismo, a partir da constituição de uma nova racionalidade científica. No Brasil, este modo de organização do trabalho em saúde consolidou-se a partir da década de 1940, com a construção dos primeiros hospitais, ligados às CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões (MATOS, 2013).

Opõem-se a este modelo as estratégias desenvolvidas em torno do objetivo de promoção da saúde – redimensionando o objeto de intervenção, que passa a ser o sujeito em sua dimensão de totalidade. Este paradigma valoriza o trabalho em equipe numa perspectiva interdisciplinar, centrado nas necessidades da população, definidas através de processos participativos. A população é considerada, então,

³⁶ De acordo com CAMURI e DIMENSTEIN (2010, p.806), “As forças que propiciam a transformação das instituições, ou mesmo as forças que tendem a fundá-las, quando ainda não existem, chamam-se instituintes. (BAREMBLITT, 1992). Essas forças são produtoras de lógicas institucionais. O instituído, porém, é o efeito da atividade instituinte, ou seja, do processo ininterrupto de produção, de criação de instituições, gerando um resultado, um produto que será o instituído. Por instituinte, compreende-se ao mesmo tempo a diferença e a capacidade de renovação ou inovação. Em geral, o instituído é uma prática política como significante de prática social.”

participante ativa no processo de produção de saúde, por meio de seus saberes e práticas sociais. Pressupõe, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde / doença e o redimensionamento da intervenção para além das práticas curativas (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010). Propõe, portanto, a substituição do modelo hospitalocêntrico e curativo, anteriormente citado, considerado de alto custo e pouca resolutividade, pela construção de uma rede de serviços territorializados de atenção e cuidado.

Requer, o segundo modelo, a superação da perspectiva técnico-burocrática, cujo controle se dá pela produtividade, em favor da construção de modos de cuidado baseados na escuta, diálogo e negociação, calcado na corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. A premissa é que a produção de saúde implica na produção de sujeitos. (BRASIL, 2004). No Brasil, são representativos deste paradigma as Estratégias adotadas no âmbito do SUS a partir da década de 1990, como a ESF - Estratégia de Saúde da Família, a EAP - Estratégia de Atenção Psicossocial e a Política Nacional de Humanização do SUS – PNH.

Considerando-se o contexto do *Hospital X*, observa-se que, apesar do baixo índice de incorporação de uma tecnologia médico – sanitária que, conforme ressalta o *Entrevistado 1*, caracteriza a história da instituição, no plano sociocultural, tem-se uma adesão explícita ao modelo asilar por parte do corpo médico e de enfermagem – categorias que estão presentes desde a inauguração do asilo e que, conforme já descrito, foram constituindo seu processo de trabalho a partir do cotidiano. De acordo com Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978), a complementação de papéis entre profissionais de medicina e enfermagem foi fundamental para a constituição dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Baseado numa relação de submissão ao saber médico, coube à enfermagem o “papel de polícia”.

Pelo descrito no capítulo anterior, já na fase de implantação do *Hospital X*, tem-se a inscrição de um modo de autorização do uso da força física por parte do pessoal de enfermagem na abordagem aos internos que condicionava a seleção desses trabalhadores (cf. Resultados, p.61). A prescrição formal para o uso desta força, entretanto, permaneceu sempre em poder dos profissionais médicos, guardiões da tradição, segundo Giddens (1997). Tem-se, aí, um exemplo da complementação de

papéis, típica da dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho material, onde a enfermagem conformava-se em exercer o poder que lhe era atribuído, abdicando da reflexão e apropriação de um saber sobre a sua prática.

Pode-se dizer que esse posicionamento do corpo de Enfermagem do *Hospital X* consolidou-se no decorrer da história da Instituição. Representando, quantitativamente, a maioria dos trabalhadores do hospital em todos os tempos, seu modo de postar-se diante de todas as tentativas de transformação da instituição revelaram-se decisivas para a manutenção da cultura asilar. Pode-se afirmar que o corpo de enfermagem do *Hospital X* nunca aderiu à perspectiva de problematização da lógica asilar. Mais que isso, eximindo-se do enfrentamento no debate teórico-crítico, manteve-se fiel à reprodução cotidiana da prática prescrita, colocando-se, assim, sempre ao lado das forças de manutenção da ordem instituída.

É possível considerar que a opção de resistência ao projeto instituinte pela via da reprodução cotidiana do modelo instituído configura-se como a estratégia de consenso destes profissionais, inscrita em sua consciência prática. Longe de configurar-se como ausência de reflexividade, ao contrário, representa uma coerência com a profissionalidade da enfermagem, vez que o enfrentamento crítico – teórico viria a desmontar a própria reprodução do processo de trabalho atrelado ao saber médico.

Em situação correlata, a Pesquisa de Doutorado realizada por Pilar Delgado, em 2009, pela Universidade de Montreal, intitulada “Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité”, tendo como campo uma unidade de cuidado crítico de um Hospital de Barcelona revelou uma incoerência entre as narrativas do si mesmo das enfermeiras e a sua prática concreta. Embora o discurso tenha sido sempre que elas cuidaram de jeito holístico, observou-se que elas cuidaram de jeito impessoal e fundado sobre técnicas.

Atesta esse posicionamento o relato da *Entrevistada 3*, segundo o qual, foi a enfermagem responsável por legitimar a transferência do hospital, em 1982, determinada pelo governo do Estado à revelia da Comissão constituída para este fim

– apesar de figurar entre os componentes da referida comissão, uma Enfermeira.³⁷ Naquele período, não aderindo ao movimento de resistência dos demais trabalhadores, a equipe de enfermagem, mais uma vez, alia-se à classe no poder e garante as condições para início do funcionamento da unidade, forçando a desmobilização do movimento dos trabalhadores.

Ademais, não encontramos, em todo o material analisado, registros ou referências de posicionamentos explícitos de profissionais de enfermagem relacionados ao embate histórico em torno da disputa de paradigmas que denotassem aprofundamento de uma reflexão teórico metodológica. Por outro lado, a *Entrevistada 3*, ao referir-se aos movimentos de retrocesso no apoio das gestões ao Serviço Social, notadamente nos períodos de transição entre as diretorias, menciona a influência da “maioria” sobre os gestores em busca da desmobilização dos Projetos em andamento e consequente diminuição da *autonomia relativa* do Serviço Social (IAMAMOTO, 1998).

Observe-se o exemplo da implantação da “Ala A” (cf. Resultados, p.109). Analisando-se o relato daquela experiência, pode-se inferir que, embora partindo de uma proposta do Serviço Social, por intermédio da *Entrevistada 3*, a diretoria da época toma a decisão política de conferir igual poder e grau de autonomia a uma Assistente Social, uma Enfermeira e um Terapeuta Ocupacional, delegando-lhes, respectivamente, a coordenação da três alas de internação do hospital. Note-se que, nesta experiência, as coordenações, que antes estavam restritas aos segmentos profissionais, passavam a responsabilizar-se pela gestão de equipes multidisciplinares.

Ocorre que a condução da assistência na Ala A, sob a coordenação da Assistente Social, ao reverter os recursos institucionais para a efetivação de um projeto oposto ao modelo instituído, evidencia, mais uma vez, o distanciamento dos dois modelos em relação à qualidade da assistência, explicitando a violência institucional e fomentando a participação e autonomia dos usuários, propostas incompatíveis com a institucionalização.

³⁷ Conforme registrado no Boletim Informativo n.98, de 1979, p.7.

Os desdobramentos dessa intervenção irão revelar, portanto, as estratégias postas em prática pelos diferentes segmentos profissionais. Enquanto o Serviço Social busca a adesão dos atores institucionais em torno do objetivo de comprovar na prática os avanços do novo paradigma, observa-se, por parte da maioria do corpo profissional da instituição, representada quantitativamente pela categoria de enfermagem, a desqualificação da experiência instituinte, caracterizada por boicotes e pelo tratamento pejorativo do projeto Ala A: “[...] *Começaram a chamar essa Ala de Aliança e o resto do hospital Irmã Dulce [...] porque achavam que lá o tratamento era vip... mas era apenas o tratamento decente*” (Entrevistada 3). Além disso, diferentemente da decisão do Serviço Social de explicitar a sua adesão a um modelo substitutivo, a “maioria” busca a aliança com o poder local para desmobilizar o trabalho em curso: “[...] *e as pessoas não... não suportaram! Foi demais pras pessoas. Vindo um diretor imberbe, ainda, prá dirigir o hospital, caiu nas malhas dessa maioria, desse pessoal, e acabou com o programa.*” (Entrevistada 3)

Pode-se entender esse posicionamento do corpo de enfermagem como uma escolha coletiva de atrelar o seu próprio poder à manutenção da estrutura institucional que gestou esse mesmo poder. Para Giddens (2009), o sentimento de segurança ontológica requer uma coerência entre a autonarrativa e as práticas relacionadas à própria escolha de estilo de vida. Ainda segundo Giddens, as estruturas e os valores das instituições também influenciam a prática e a construção do saber profissional. Levando em consideração a afirmação do sociólogo americano Freidson (1970), de que a profissão de enfermagem é uma quase - profissão porque lhe falta de autonomia completa frente à medicina, pode-se compreender porque a manutenção da estrutura asilar arraigou-se à prática destas profissionais no *Hospital X*.

A deliberação do coletivo de enfermagem de reforçar o modelo instituído está presente nas descrições da vida cotidiana do hospital, tendo o exercício deste poder se revelado, sempre, mais por meio das ações – consciência prática - que pelo debate crítico. Ressalte-se que, segundo Giddens (2009), a monitoração reflexiva do cotidiano e a rotinização são fundamentais para a segurança ontológica. Sendo responsáveis também pela formação de novos profissionais de enfermagem, a tradicional lógica asilar foi sempre reposta no *Hospital X*, em que pese a circulação de informações instigadoras de mudanças. Pode-se considerar que a Enfermagem,

enquanto coletivo, foi sempre o maior opositor do Serviço Social em seu projeto de transformação.

Quanto ao Serviço Social, observa-se que, em seu primeiro ciclo de existência no *Hospital X*, esteve adaptado ao modelo asilar. Ressalte-se que, assim como os médicos e enfermeiros, a primeira assistente social da unidade teve a realidade asilar como berço de sua profissionalização. Imersa neste contexto é que teve seu interesse despertado para a formação profissional, portanto, motivada pelas premissas daquele modelo (cf. Resultados, p.65).

Ademais, conforme já ressaltado, as diretrizes que conformavam a prática profissional naquele período, de recente inserção da categoria na divisão sociotécnica do trabalho e na área da saúde, eram coerentes com a organização do processo de trabalho em saúde e com o paradigma asilar. Tais diretrizes, no âmbito da profissão, inscreviam-se no Código de Ética vigente à época, que datava de 1947 e baseava-se no neotomismo e positivismo (cf. Resultados, p.18). Quanto à função do assistente social como complementar ao trabalho do médico, advém da “solução racionalizadora” para operacionalização do conceito ampliado de saúde da ONU, datado de 1948.

De acordo com os registros da primeira assistente social, fundamenta a intervenção, no âmbito da profissão, a metodologia norte americana de Serviço Social de Casos. No contexto da Saúde Mental, a atuação é direcionada pela concepção de Higiene Mental difundida pela ONU. A normatização do exercício profissional, àquela época, expressava claramente a marca da submissão a outros saberes e a natureza unicamente executiva da sua prática (cf. Resultados, p.67 a 73).

Destaques do trecho acima referido podem comprovar a adesão dos atores sociais a esta compreensão, a exemplo do registro de um psiquiatra gestor, na década de 1960, que afirma: “A assistência social pode ser considerada como um auxiliar valioso da assistência médica, ou como extensão desta.”(BAHIA, 1957, p.10). Esta compreensão é corroborada pela Assistente Social, ao constatar que “Também já se cogita no trabalho não somente do psiquiatra, mas de uma equipe de técnicos, onde o psiquiatra é o líder” (SANT’ANNA, 1961, p.10).

Assim, conforme afirmamos (Resultados, p.71), os registros daquele período encontrados no *Hospital X* informam uma coerência entre o requisito daquela instituição para o Serviço Social e a demanda histórica pela categoria na área de saúde: o de intermediar a relação entre a instituição e os pacientes / familiares, tendo consolidado, de acordo com Bravo e Matos (2006, p.199), “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde [...]”.

No período posterior, entretanto, observa-se nitidamente o movimento reflexivo em torno da realidade institucional e da própria prática. A gênese desta mudança está na busca de reversão de um trabalho prescrito e focado nas demandas institucionais, em uma intervenção a partir de um instrumental próprio e com incidência positiva sobre a vida da população usuária. Podemos situar, como passo inaugural desta nova fase, as ações descritas pelas *Entrevistadas 2 e 3* na década de 1960.

Nesse período, buscando respaldo teórico – metodológico, o Serviço Social do *Hospital X* utiliza-se da pesquisa para propor um novo processo de trabalho em que o planejamento e efetivação das altas vão se dar a partir do conhecimento e intervenção sobre a realidade dos usuários, deixando de ser uma mera execução de providências determinadas a partir da imposição do saber médico. O processo descrito nos Resultados (p.71 a 81) permite entrever um *continuum* desde a deliberação de aproximação da realidade da internação, a partir da instalação de um processo de trabalho no interior dos pavilhões, passando pela incorporação da escuta e interlocução com os usuários, até a problematização do cotidiano – já um tanto naturalizada - junto a outros atores sociais.

Assim é que a *entrevistada 2* dá conta, também em seu relato, dos seus esforços por imprimir um cunho cooperativo ao trabalho dos diversos profissionais: “*Eu tentei fazer um trabalho de equipe desde o início. Juntando com as enfermeiras, com a nutricionista do pavilhão... o médico do pavilhão... E era muito bom, porque eu contava com a cooperação deles...*” (*Entrevistada 2*). Ato contínuo, a *Entrevistada 2* desenvolve uma metodologia de abordagem grupal também adequada à realidade de usuários e familiares no contexto da saúde mental naquele período, afastando-

se, também, da tradicional metodologia do Serviço Social de Grupos. Com esse instrumental técnico operativo, impõe um novo movimento ao cotidiano cristalizado do asilo.

Já tendo acessado o conhecimento teórico-metodológico para a concepção das ações supracitadas, as *Entrevistadas 2 e 3*, na década de 1970, inserem-se também na Universidade enquanto docentes. Os registros da *Entrevistada 3* dão conta, também, da aproximação com a Entidade representativa da Categoria, através da qual mantém conexão com os avanços ético-políticos no âmbito da profissão.

Neste ponto, pode-se visualizar um encontro entre o posicionamento do Serviço Social do *Hospital X*, ressignificando o seu trabalho, a partir da década de 1960 e o percurso da categoria profissional em torno da reconceituação do seu fazer e da construção de um Projeto Ético Político que identifica o coletivo profissional com um projeto societário emancipador. Tendo em vista a necessária coerência entre discurso e prática inerente ao processo reflexivo, o projeto do serviço social do *Hospital X* irá se afastar, cada vez mais, do Modelo Asilar, passando a tensionar as relações entre as forças de manutenção e forças de transformação.

Tendo aprofundado o debate teórico – metodológico, na década de 1980, opõe-se, no seio da categoria, a concepção de Serviço Social enquanto prática e sua definição como partícipe de processos de trabalho imersos em relações sociais diversificadas em função dos contextos, mas atreladas a exigências econômicas e sociopolíticas próprias do sistema capitalista (IAMAMOTO, 1998). É esta concepção que se torna hegemônica para a categoria, sobressaindo-se o conceito de processo de trabalho.

Considerando-se o uso científico do termo “prática”, pode-se relacioná-lo, inicialmente, à concepção grega de ‘práxis’, entendida “como atividade voluntária orientada para um determinado fim ou resultado”.³⁸ Se considerada a perspectiva marxista, encontraremos o significado de “práxis humana”, ligado ao conceito de “trabalho”. Associado à economia política, o trabalho é considerado, aí, como base

³⁸ Disponível em: <www.significados.com.br/praxis/>. Acesso em: 19 jun.2014, às 10:30hs.

da atividade econômica, na medida em que a ação humana de transformar matérias naturais em produtos, utilizando-se de instrumentos, para satisfação de suas necessidades, vai ocorrer a partir de relações técnicas e sociais de produção. (NETTO; BRAZ, 2009). Prática, nesse sentido, é entendida como “processo de trabalho”, este constituído de três elementos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho, e atividade humana.

Segundo Badaloni (1991),

Essa ideia de que a “produção” ou “práxis humana” engloba não apenas o trabalho, mas também todas as atividades que se objetivam em relações sociais, instituições, carecimentos, ciência, arte, etc., atravessa todo o pensamento de Marx e constitui o seu princípio fundamental ([s/p]).

De acordo com o pensamento de Marx, o homem, ao transformar a natureza, através do trabalho, para a satisfação das suas necessidades, transforma-se a si mesmo, na medida em que, agindo conscientemente e racionalmente, aciona seu potencial criativo, desenvolvendo novas habilidades. Entretanto, por esse mesmo processo consciente, o homem, no bojo do desenvolvimento do modo de produção capitalista, institui a divisão social e técnica do trabalho, inaugurando a cisão entre o trabalho material e intelectual. Por esse modo, transforma-se o significado ontológico do trabalho dimensionado por Marx. O trabalho deixa de mediar a relação do homem com a natureza e passa a constituir-se em venda da força de trabalho para a acumulação de capital. Afastado do produto do seu trabalho, o homem perde a autonomia do processo produtivo (MATOS, 2013).

Gramsci, por sua vez, amplia a compreensão de práxis, considerando-a enquanto unidade entre teoria e prática (BADALONI, 1991). A partir dessa compreensão é que o autor vai desenvolver os conceitos de coerção, consenso, domínio, hegemonia e de intelectual orgânico, os quais foram incorporados às bases teóricas que fundamentam o Serviço Social na atualidade.

Giddens (2009), em sua Teoria da Estruturação, não se atém especificamente às estruturas que envolvem o trabalho. Assim, refere-se sempre a práticas como práticas sociais, considerando importante entender a prática das instituições como

um processo social complexo. Já Iamamoto (1998), referindo-se ao Serviço Social, adverte:

Ao se pensar a prática profissional, existe a tendência de conectá-la diretamente à prática da sociedade. Alguns qualificam a prática do Serviço Social de “práxis social”, ainda que esta se refira à prática social, isto é, ao conjunto da sociedade em seu movimento e contradições. A análise da “prática” do assistente social como trabalho, integrado em um processo de trabalho permite mediatizar a interconexão entre o exercício do Serviço Social e a prática da sociedade (p.59-60).

A autora ressalta, portanto, a necessidade de compreender separadamente a realidade social e o exercício profissional, embora reconheça a história da sociedade como base tanto para o trabalho, quanto para a cultura profissional. Identificando a questão social como a “matéria – prima do trabalho profissional”, as assistentes sociais são, portanto, instigadas pela realidade social a formular respostas que incidam sobre as necessidades dos sujeitos sociais. Neste sentido, considera-se que resulta do trabalho do assistente social um impacto sobre as “condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho”(IAMAMOTO, 1998, p.67). Em outras palavras, seria este o “produto” decorrente do processo de trabalho desta categoria profissional.

Reafirmando a centralidade da categoria trabalho para a compreensão reconceituada do exercício profissional, Iamamoto (1998) ressalta o caráter teleológico dessa atividade humana, enquanto ação consciente e racional, bem como a sua condição de ser social, capaz de criar meios e instrumentos de trabalho. Compreende, aí, o cabedal de conhecimentos e habilidades decorrentes do seu processo de formação enquanto parte significativa de seu instrumental de trabalho, através do qual “é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado.” Assim, complementa:

Sendo o trabalho uma atividade prático-concreta e não só espiritual, opera mudanças tanto na matéria ou no objeto a ser transformado, quanto no sujeito, na subjetividade dos indivíduos, pois permite descobrir novas capacidades e qualidades humanas (IAMAMOTO, 1998, p.60).

Esse ponto é que nos permite entrever um encontro com a Reflexividade impressa na obra de Giddens (2009), na medida em que, referindo-se à dualidade da estrutura, implica agentes e recursos, ressaltando que o agente, a partir do seu

conhecimento, subjetividade, intencionalidade e consciência prática, atua e monitora o ambiente social e sua atuação. Para uma maior compreensão do trabalho do agente é necessário, portanto, aprofundar-se uma análise entre as relações reproduzidas entre os atores ou coletividades, as regras e recursos próprios dos sistemas sociais e as condições que governam a reprodução desses sistemas.

Segundo Iamamoto (1998) e Yasbeck (2009b), inserido no mercado de trabalho enquanto trabalhador assalariado, o assistente social preserva certa independência no planejamento das formas de execução do seu trabalho, porém não detém todos os recursos para levar a cabo a sua atividade, conforme entende a concepção de prática. Tampouco as condições decorrentes do macro contexto social, a exemplo das políticas públicas, podem ser considerados como elementos externos ao trabalho, sendo, ao contrário, determinantes do mesmo.

Entretanto, compreende-se que, sendo uma especialização do trabalho que atua junto a indivíduos sociais, incidindo, a sua prática, na reprodução material e social da força de trabalho, preserva uma *autonomia relativa* na definição do seu modo de atuação, sendo parte dos meios e condições de sua execução pertencentes aos empregadores. Em razão do caráter contraditório das relações sociais na sociedade capitalista, enfrentando-se, no espaço institucional, interesses antagônicos, abrem-se, para o assistente social, possibilidades de responder, através de suas ações, aos interesses da classe trabalhadora, em que pese as expectativas institucionais em contrário (IAMAMOTO, 1998).

O processo reflexivo sobre a realidade cotidiana do asilo levou o Serviço Social a galgar uma outra dimensão da sua prática, que não fosse só a intervenção direta sobre os usuários. Assim é que a *Entrevistada 3* irá inscrever-se como Agente que questiona constantemente a estrutura e mobiliza esforços para modificá-la. Para cumprir esta finalidade, a entrevistada irá desafiar a própria organização do processo de trabalho do Serviço Social, ultrapassando os limites da multidisciplinaridade e buscando, através da aproximação com outras categorias profissionais, a construção de alianças – base para uma reflexividade coletiva.

Encaminha-se, assim, para um redimensionamento da atuação profissional, cuja efetivação não prescinde da desconstrução de um modo de fazer erigido para consolidar a manutenção de uma ordem estabelecida. Embora ainda desprovida de fundamentação para a interdisciplinaridade – que se inscreveria na fundamentação dos Projetos de Promoção da Saúde supracitados, já atua, a partir da consciência prática, nessa perspectiva, no início da década de 1970.

Desse modo, além da prática rotinizada cotidiana, o Serviço Social inscreve-se, através da participação da *Entrevistada 3*, no movimento coletivo interno de transformação do *Hospital X*. A comissão interna de reformulação do hospital ganha a adesão das associações de classes profissionais - destacando-se a atuação incisiva da Associação Psiquiátrica da Bahia - inscrevendo-se como um movimento em prol da melhoria das condições de assistência à saúde.

De certo modo, esse movimento interno descobre a necessária articulação com o macrocontexto social, político e econômico, que, segundo a compreensão marxiana, está dialeticamente interligado com o microcontexto. Assim é que, no jogo das forças políticas e sociais, a construção de um novo hospital, na década de 1980, é conquistada à custa da mobilização da opinião pública através de denúncias na imprensa.

Note-se que, no contexto mais amplo, a Associação Psiquiátrica da Bahia esteve mobilizada enquanto os embates davam-se em torno de modificações estruturais, sem o questionamento do papel hegemônico do hospital psiquiátrico. Quando o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental passa a aglutinar-se em torno da necessária superação do modelo asilar, esta Entidade, através de seus representantes, passa a posicionar-se como opositora ao movimento.

Antes de expressar-se no macrocontexto, este conflito configura-se no interior da psiquiatria, opondo-se os representantes da psiquiatria tradicional às ideias de Franco Baságlio, psiquiatra italiano que, segundo Rotelli (1990), propõe, a partir de suas experiências na década de 1970, novas bases teórico-práticas para uma “psiquiatria reformada”. De acordo com Amarante (1995, p.21), também a crise na

psiquiatria surge em função de “[...] uma radical mudança no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental”.

No âmbito macropolítico, as sucessivas gestões estaduais nunca envidaram grandes investimentos no campo da Saúde Mental, de modo que as melhorias na assistência no período anterior à promulgação da Lei 10.216 ocorreram sempre à custa das mobilizações aqui relatadas, sendo mais objeto de interesses – contraditórios – dos trabalhadores da área, do que a expressão de uma política definida para o setor. A partir de 2001, entretanto, as relações sociais e políticas em torno do setor tornam-se mais complexas.

Observam-se pressões em torno de interesses antagônicos. Por indução da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o governo estadual mobiliza recursos para ampliação do quantitativo de CAPS no Estado e coordena a realização do PNASH (cf. Fundamentação Teórica) – instrumento que levará os gestores de quatro hospitais psiquiátricos privados a rescindir os contratos de convênio com o SUS, pela impossibilidade de conciliar lucratividade e garantia das mínimas condições necessárias para uma assistência de qualidade.

Restam, então, os hospitais psiquiátricos estaduais. As sucessivas gestões, entretanto, eximem-se do enfrentamento do fechamento destas unidades. Ao contrário, mantêm, também, posicionamento ambivalente em relação à disputa entre os projetos asilar e antimanicomial. Deste modo, ao invés da proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico, promove-se, na Bahia, uma complementaridade entre a rede de CAPS e os hospitais psiquiátricos na prestação de assistência à Saúde Mental da população, uma vez que os novos equipamentos, sem operar uma verdadeira reorientação do modelo assistencial, não garantem a intensificação de cuidados nos momentos de crise aguda, utilizando-se do encaminhamento para internamento nos leitos hospitalares ainda existentes.

De igual modo, observa-se um movimento pendular de apoio e oposição dos gestores internos aos projetos reformistas do Serviço Social do *Hospital X*. Explica-se, portanto, os avanços e retrocessos nas ações de melhoria na

qualidade da assistência, ora empoderando o Serviço Social para a efetivação de projetos como a Ala A, Rádio da Gente e CENA – Centro de Saúde Mental de Narandiba, ora reduzindo até o espaço físico do setor. É que, estando implícito o projeto de preservação da instituição, compartilhado por representantes da psiquiatria, por gestores internos e externos e pela maioria representativa do corpo de enfermagem, as mudanças são toleradas até o ponto em que não ameaçam essa estrutura.

Estreitando-se as possibilidades de alianças transformadoras de fato no interior da instituição, o Serviço Social passa a valer-se da incorporação, ao Projeto Ético Político da categoria, do compromisso explícito com os interesses da classe trabalhadora e a necessária aproximação com outros movimentos que apontassem para esta direção. Assim, incorpora à sua intervenção uma dimensão política voltada para o macro – contexto. Ao se aproximar do MTSM, toma conhecimento de um projeto de desconstrução do papel hegemônico do hospital psiquiátrico de fora para dentro, a partir da conquista de um redimensionamento na política de saúde mental do país.

Incorporando, portanto, novas bases teórico-práticas ao seu saber / fazer profissional, advindas das construções em torno do Modelo de Atenção Psicossocial – também em coerência, com o movimento ético – político da categoria, assume explicitamente a vertente antimanicomial, que irá marcar suas ações a partir de então. Para a *Entrevistada 3*, entretanto, a constatação da impossibilidade de transformação do asilo de modo a inscrever, em sua própria estrutura, o novo modelo de fazer em saúde mental, só virá muito depois, conforme seu próprio relato, com o desmonte da experiência da Ala A.

5.1 DIMENSÕES TÉCNICO-OPERATIVA, TEÓRICO-METODOLÓGICA E ÉTICO-POLÍTICA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS DO *HOSPITAL X*

Em conexão com os objetivos propostos para este trabalho, cabe-nos uma discussão acerca das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política do trabalho das assistentes sociais do Serviço Social do *Hospital X*.

5.1.1 A dimensão técnico-operativa

Como exposto, o Serviço Social do *Hospital X*, assim como a categoria profissional, em seus primórdios, limitava a sua atuação à dimensão técnico – operativa, tendo as suas ações prescritas e avaliadas pelas autoridades institucionais – no caso em tela, os gestores /médicos. Assim é que encontramos, como primeira descrição da atividade profissional, a abordagem aos pacientes e familiares na admissão, cumprindo, além da atribuição burocrática, o papel educativo / normatizador junto à população usuária, tendo em vista o seu ajustamento às normas institucionais pré-estabelecidas. Operacionalizava, ainda, o Serviço Social de Casos, de acordo com a metodologia de origem americana. Tendo em vista o elevado número de internos à época – chegando a 1500 – em contraste com a existência de uma única assistente social, é notório que esse acompanhamento não causava impacto significativo para a população internada.

Os registros encontrados, assim como os depoimentos das duas assistentes sociais entrevistadas deixam transparecer, entretanto, que a principal demanda da instituição para o Serviço Social era a de minimizar os problemas da superlotação, viabilizando altas de pacientes que, durante décadas, foram absorvidos pelo asilo sem qualquer projeto de retorno à vida social. De acordo com a *Entrevistada 3*, essa intervenção, em função da desproporção entre o número de profissionais e internos, inicialmente organizou-se na modalidade de mutirões.

Configurava-se, assim, a viabilização da alta, não como o resultado de um acompanhamento, mas como uma intervenção pontual, em que eram acionadas as providências cabíveis para a efetivação do objetivo – o fim da permanência do indivíduo no asilo. Como também exposto, não havendo opções de tratamento extra-hospitalar, não se trabalhava nesta perspectiva. Entretanto, os relatos também deixam transparecer a incidência positiva sobre as histórias individuais dos pacientes beneficiados pela alta, ao reestabelecerem laços desfeitos pela institucionalização.

A descrição das ações do Serviço Social na década de 1960 já evidencia o investimento em busca de um instrumental técnico- operativo que pudesse

equacionar e dar mais resolutividade às demandas institucionais e, ao mesmo tempo, favorecesse os interesses dos pacientes. Infere-se que essa construção decorreu de um processo reflexivo, acerca da realidade institucional e das condições de trabalho.

Assim é que a *Entrevistada 2* relata o processo através do qual o Serviço Social inverteu o processo de trabalho estabelecido, deixando de receber as listas de pacientes determinadas pelos médicos para operacionalização das altas e, ao contrário, criando uma metodologia através da qual se podia indicar para o corpo médico quais pacientes tinham maiores condições para efetivação de altas a curto, médio e longo prazo e, assim, requerer para o mesmos, atenção diferenciada na prática médica rotinizada. Para esta finalidade, o Serviço Social utiliza-se da pesquisa. Assim, revelando um exercício de reflexão que leva em conta teoria e prática, antecipa a complementaridade entre as dimensões investigativa e interventiva que iria normatizar o exercício profissional na década de 1990.

Ademais, desenvolve o instrumento da abordagem grupal como modo de garantir a atenção a maior número de pacientes, diferenciando a abordagem de acordo com o estágio de institucionalização dos mesmos e fomentando a participação dos pacientes, através da escuta qualificada das informações sobre suas próprias histórias de vida, bem como trabalhando suas resistências e expectativas em relação à alta. Potencializando esta abordagem, o Serviço Social desenvolve um modo de realização de grupos de familiares, reconhecendo a importância do suporte psicossocial aos mesmos diante da realidade do adoecimento psíquico.

Em certo momento, ampliando o espectro de intervenção de modo a contemplar os familiares da maior parte dos internos, o Serviço Social desenvolve uma metodologia que incorpora as etapas informativa e terapêutica, organizando grupos de familiares a partir do diagnóstico dos internos – critério superado pelo Modelo de Atenção Psicossocial, mas coerente com a abordagem em Saúde Mental na época. Em torno desta experiência, realizada aos domingos para possibilitar a presença dos familiares, produz-se uma alteração no cotidiano até então imutável da instituição. Observa-se a ação do agente operando diferença no fluxo da vida contínua do asilo, mobilizando, para isso, seu conhecimento, subjetividade e intencionalidade. Esta

intervenção irá conferir notoriedade interna e externa ao Serviço Social, chegando a experiência a ser apresentada em Congresso de Psiquiatria, conforme relato da *Entrevistada 3*.

Conclui-se que a experiência do trabalho com grupos iniciada pelo Serviço Social do *Hospital X* transcende à concepção educativo / recreativa que direcionava esta abordagem para a profissão no período pré Projeto de Intenção de Ruptura (MOREIRA, 2013). Embora ainda incorpore certa perspectiva terapêutica, associa a abordagem grupal a uma perspectiva dialética que conjuga as dimensões investigativa de interventiva, resultando no planejamento e análise da intervenção, interligando suas ações numa perspectiva mais ampla.

No período posterior, a dimensão grupal faz-se presente nas diversas intervenções do Serviço Social, possibilitando a participação ativa de usuários e familiares e dando suporte a Projetos como a Rádio da Gente. O Serviço Social também incorpora a metodologia de Assembleia, originária do Projeto de Comunidade Terapêutica desenvolvido por Maxwell Jones na Inglaterra, favorecendo espaços de controle social através da participação conjunta de usuários e profissionais para discutir o cotidiano do hospital.

Ainda na década de 1970, em pleno processo de discussão endógena da categoria em busca de sua reconceituação, segundo relato da *Entrevistada 3*, o Serviço Social passa a intervir sistematicamente no enfrentamento à violação de direitos dos usuários da instituição. Tendo aumentado o quantitativo de assistentes sociais, incorpora-se à rotina do Serviço Social a reunião semanal como espaço de reflexão e construção coletiva de estratégias de intervenção. O trabalho do Serviço Social adquire um caráter coletivo, assim reconhecido no espaço institucional. Por esse modo é que tem aumentada sua autonomia relativa, na medida em que vai conseguindo, gradativamente, mobilizar os recursos institucionais em prol dos interesses dos usuários.

Buscando construir um instrumental a partir da realidade, o Serviço Social incorpora a linguagem artística e adapta experiências próprias dos meios de comunicação, implanta projetos em parcerias com outros saberes - não originários da área de

saúde, como os profissionais de comunicação e artistas - mantendo, como objetivo, a efetivação do projeto de garantia e ampliação de direitos dos usuários.

Também acompanhando o movimento da categoria profissional que, na década de 1990, conquista outros espaços de intervenção para além da “execução terminal das políticas sociais” (NETTO, 2011), o Serviço Social do *Hospital X* estende suas ações para o espaço extra – muros, representando os interesses da população usuária através da participação em importantes fóruns de discussão e deliberação sobre a Política de Saúde Mental do Estado.

Desta forma, as ações estendem-se desde a assessoria à organização política dos usuários, que vai desde a mobilização dos mesmos, nos espaços de tratamento, através dos processos reflexivos, até a organização formal de associações, incluindo a mobilização de recursos para garantia da representação de usuários em eventos deliberativos fora do Estado. Outrossim, em articulação com Entidades de Classe e do Movimento Social, obtém assento em Comissões como PNASH, Comissões organizadoras das Conferências Municipais e Estaduais e Grupo de Trabalho constituído pela Área Técnica de Saúde Mental da SESAB para discussão e elaboração de Plano Estadual de Saúde Mental.

5.1.2 A dimensão teórico-metodológica

Em relação à base teórico-metodológica, fundamentou-se, inicialmente, no positivismo / neotomismo, seguindo a ideologia da ajuda oriunda da doutrina social da Igreja Católica e pautando-se na orientação metodológica americana – sobretudo no Serviço Social de Casos desenvolvido por Mary Richmond no início do Século XX, desdobrando-se nas etapas de estudo / diagnóstico / tratamento.

No âmbito da Saúde Mental, inscreve-se na perspectiva da modernização conservadora (NETTO, 2008), que impulsiona o crescimento do número de assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos a partir de 1964 com objetivo de reforço à instrumentalização do hospital psiquiátricos enquanto aparelho repressor ligado à ditadura militar (BISNETO, 2009). Conforme ressaltam Berhing e Boschetti (2009, p.14), essa perspectiva traduziu-se, na prática profissional, em uma “leitura

burocrática da Política Social”, implicando em uma prática “de natureza descritiva e operacional”, “com certa hostilidade para com a teoria” e de “subordinação às práticas governamentais conjunturais”.

Atrelava-se, nessa perspectiva, o assim chamado “Serviço Social Psiquiátrico”, à “solução racionalizadora” gestada a partir de 1948, com a inclusão de outros profissionais nas equipes hospitalares como complementares e subordinados ao saber médico para adequação ao conceito ampliado de saúde elaborado pela ONU. De acordo com Bravo e Matos (2006), intermediando a relação entre a instituição e os pacientes / famílias, cumpria ao assistente social, na área de saúde, “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde [...]” (p.199).

Fundamentava-se, ainda, o trabalho da equipe subordinada ao médico, na perspectiva da Higiene e Profilaxia Mental difundida pela ONU, dentro da qual, o gestor do *Hospital X*, no período, reconhecia a “importância” do trabalho do Assistente Social por ser, no seu entendimento,

Na assistência psiquiátrica [...] onde o seu valor se acentua mais que em qualquer outro setor da medicina, uma vez que o doente mental, [...] tem que ser conduzido, protegido e fiscalizado, competindo esse trabalho ao assistente social (BAHIA, 1957, p.10).

Assim, de acordo com o material teórico – de origem norte americana – adotado pela assistente social pioneira para fundamentar a sua prática, compreendia-se como funções da “assistente social psiquiátrica” o auxílio na investigação clínica e epidemiológica e o trabalho educativo junto à “clientela”, ligada às agências de bem-estar, numa perspectiva de ajustamento social. (LOUIS, 1935, *apud* SANT’ANNA, 1961). Caracterizava o material teórico metodológico em que se respaldava o serviço social naquele período a desvinculação à realidade, cultura e modo de vida da população brasileira, vez que originado em outros contextos. Entretanto, tal orientação metodológica foi completamente absorvida pelas instâncias normatizadoras da profissão, estas também dominadas pela estrutura repressora do Estado ditatorial.

Assim, a normatização da profissão, na época, baseada em valores morais abstratos e numa concepção de homem a - histórica, impõe o princípio da neutralidade e a noção de desajustamento, incapacidade e desvio moral na análise dos “casos” atendidos pelo serviço social, fundamentando, em última instância, uma prática que justificava e/ou reproduzia a violência institucional.

Por outro lado, observamos que, na década de 1960, a *Entrevistada 2* introduz a metodologia de trabalho com grupos, representando uma inovação no contexto institucional. De acordo com Moreira (2013), o termo “Serviço Social de Grupo” foi criado nos Estados Unidos, na década de 1920, sendo designado como uma variação do método de “Serviço Social de Casos”, diante da emergente descoberta da abordagem grupal com instrumento pedagógico marcado por ações persuasivas e coercitivas, que influenciou os primeiros assistentes sociais brasileiros. Entretanto, embora a *Entrevistada 2* não faça menção explícita à base teórico-metodológica da sua abordagem, pode-se notar, a partir da descrição do seu trabalho, que essa intervenção já supera aquela perspectiva meramente psicologizante da “questão social” que impregnava a abordagem grupal no período pré-reconceituação, incorporando uma perspectiva investigativa e participativa (cf. Resultados, p.77 a 79).

Atrelada ao trabalho com grupos, estava, no mesmo período, o desenvolvimento da pesquisa como fundamentação para o projeto interventivo. Neste caso, a *Entrevistada 2* deixa claro que foi instrumentalizada pelo Curso de Metodologia do Ensino Superior do qual participou. Remete, pois, ao respaldo da Universidade – na qual também inseriu-se como docente - revelando, também aí, uma perspectiva de vanguarda, tendo em vista que a valorização da dimensão investigativa ainda não era uma realidade no seio da profissão na década de 1960.

De acordo com Netto (2009, p.692), “É mais ou menos consensual que o Serviço Social, no Brasil, desconheceu a pesquisa – como parte constitutiva do perfil profissional – até os fins dos anos 1960.” O autor ressalta, entretanto, que assistentes sociais, especialmente os que aliavam intervenção direta e docência – como é o caso das *Entrevistadas 2 e 3* – já associavam a pesquisa ao seu trabalho de campo.

Netto (2009) situa, ainda, que “na entrada dos anos 1970, o início dos cursos de pós – graduação [...] foram, sem dúvidas, os principais responsáveis pelo estímulo à pesquisa no Serviço Social.” (p.692). Assim, o Serviço Social atinge sua “maioridade acadêmica (GUERRA, 2009) em 1987, quando o CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ³⁹ o reconhece como área de produção de conhecimento. Na década de 1990, a dimensão investigativa é inscrita no Artigo 4º. Inciso VII da Lei 8662/93, enquanto competência socioprofissional, e incorporada às Diretrizes Curriculares (ABEPSS, 1996).

É principalmente por meio do desenvolvimento da pesquisa que se dá a inserção do pensamento marxista no Serviço Social brasileiro. Este será, pois, o referencial teórico que irá respaldar o arcabouço teórico-metodológico desenvolvido pela profissão, no Brasil, a partir da década de 1980. Por meio desse processo crítico-reflexivo é que a profissão busca resignificar suas dimensões ético- políticas e técnico- operativas – num processo ainda inacabado – que vai direcionar o trabalho profissional para uma perspectiva pedagógica num sentido emancipatório, comprometido com os interesses da classe trabalhadora e utilizando-se da problematização da realidade, numa perspectiva de totalidade, em prol da garantia e ampliação de direitos. Essa é a perspectiva que se pode apreender a partir dos relatos da *Entrevistada 3*, ensejando o projeto contra – hegemônico do Serviço Social no *Hospital X*.

A sustentação em uma leitura crítica da realidade à luz do referencial marxista permeia o discurso da *Entrevistada 3* ao descrever todo o processo empreendido pelo Serviço Social do *Hospital X* em busca da garantia e ampliação de direitos dos usuários, inicialmente buscando a transformação da instituição e, mais tarde, identificando-se com o projeto de superação do Modelo Asilar. Por outro lado, a busca de uma compreensão ampliada da problemática da saúde mental em suas dimensões sócio-histórica, político-ideológica e técnico-assistencial leva à aproximação com a constituição de um saber no campo da atenção psicossocial que irá respaldar o processo de conquista da Reforma Psiquiátrica brasileira.

³⁹ Denominado até 1971 como Conselho Nacional de Pesquisa, tendo a sigla se mantido.

O conhecimento do referencial Basagliano (1994) já se faz presente no Relatório de Análise da Pesquisa realizada pela *Entrevistada 2*, publicado em 1981. Baseia-se esse referencial, ainda, em Foucault (1997), Castel (1978), Goffman (1961), Sarraceno (2001), Desviat (1999). Entre os precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, Lobosque (2001; 2003), Amarante (1995), Tenório (2001), dentre outros. Toda essa construção teórico – metodológica remete à busca de substituição do modo de trabalho coletivo via fragmentação de processos de trabalho pelas estratégias participativas voltadas para a promoção da saúde. Tal perspectiva é que vai embasar a implementação dos projetos da Ala A e do CENA, sob coordenação da *Entrevistada 3*.

5.1.3 Dimensão ético-política

Mais uma vez, verifica-se o posicionamento inicial do Serviço Social do *Hospital X* coerente com a concepção dominante no período pré Projeto de Intenção de Ruptura (NETTO, 2011). Essa versão conservadora da profissão, apoiada nos pressupostos do positivismo e neotomismo, assumia um tratamento moralizante da “questão social”. Sem autonomia na concepção e reflexão sobre a sua prática, atendia à prescrição de uma postura de “neutralidade” diante das demandas postas à sua intervenção.

Gestadas sob a égide do Estado ditatorial, as Entidades representativas da categoria limitavam-se a reproduzir uma ideologia de ajustamento social e individualização das dificuldades decorrentes do processo de exploração do capital sobre o trabalho, atribuídos a “disfunções” dos sujeitos sociais. Os valores, nesse contexto, segundo Barroco e Terra (2012, p.44) “[...] são abstraídos de suas particularidades e determinações históricas, tornando-se referência para uma concepção de humano genérico que não se articula com o indivíduo social, em sua concretude histórica.” Assim é que o relato da experiência inicial do Serviço Social da Instituição em análise enquadra-se no perfil requerido, não ampliando sua visão das problemáticas apresentadas para além do microcontexto e das particularidades dos “casos” acompanhados.

Pode-se considerar que este se constituía no Projeto Ético Político do Serviço Social no período pré Movimento de Reconceituação, havendo sim, “[...] mesmo na modalidade conservadora e modernizadora, [...] engajamento político dos assistentes sociais para consolidar aquela vertente” (SILVA, 2012, p.32). De acordo com Netto (2009, p.27, *apud* Silva, 2012, p.31), “[...] também no Brasil, os assistentes sociais sempre participaram da política, conscientemente ou não (e ressalte-se que a omissão é, em geral, a forma mais consciente de participação política)”.

Tendo em vista também o caráter pretensamente apolítico da reprodução desse papel profissional, Barroco corrobora: “[...] O conservadorismo herdado pela profissão instituiu um *ethos* defensor de formas de vida e de sociedade fundadas na hierarquia, na ordem, na tradição e na autoridade.” (2010, p.32) Importa ressaltar que o peso sociocultural da adesão da categoria profissional, em seus primeiros quarenta anos de existência na sociedade brasileira reverbera até os dias atuais na disputa pela consolidação de um outro projeto, nominalmente colocado como posicionamento político coletivo – batizado como Projeto Ético Político Profissional.

Atitudes descritas pela *Entrevistada 3*, como de motivação pessoal, já nos anos 60 /70, revelam características ontológicas identificadas com o movimento de ruptura com o conservadorismo e construção do Projeto Ético Político de cunho emancipador e comprometido com os interesses da classe trabalhadora que atravessou as décadas seguintes. Conforme relatados no item Resultados, a partir da p.80, traduziam posicionamento de indignação diante da violação de direitos dos internos e desafio à ordem instituída no sentido da restituição desses direitos. Revelavam-se, entretanto, naquele contexto, como atitudes decorrentes de uma visão de mundo particular da *Entrevistada 3*.

Cabe ressaltar que, se a consideramos como sujeito histórico, necessariamente iremos situá-la entre os integrantes da classe trabalhadora que acessam a Universidade nos anos 1970 -período em que as relações sociais na sociedade brasileira complexificam-se (BEHRING; BOSCHETTI, 2009) – sendo parte representativa da classe trabalhadora que irá mudar o perfil das assistentes sociais brasileiras, ensejando o seu movimento de revisão. Observa-se, pois, em seu

próprio relato, à p.82, que o seu modo de postar-se no campo de trabalho será determinante na escolha pela profissão, incentivada por outra assistente social.

O apoio a essa nova postura, entretanto, não é unânime, revelando, através do conflito no interior do próprio Serviço Social, já naquele período – conforme descrito nas pgs. 82 e 83 – a coexistência de posturas representativas das duas vertentes que disputariam o projeto profissional:

“[...] Porque eu já pensava o Serviço Social um tanto quanto diferente. Havia uma certa rixa, que hoje eu entendo, somos amigas hoje, mas uma certa rixa entre eu e a chefia. Por exemplo, ela exigia que ela fosse chamada de chefe e aí eu, debochadamente, de uma forma jocosa, só chamava ela de chefinha. [...] Ela não gostava muito do meu modo de ser. Porque ela achava que o Serviço Social tinha que estar separado. Era uma equipe multidisciplinar que existia. Médico com médico, enfermeiro com enfermeiro, assistente social com assistente social... e eu transitava nestes espaços todos. [...] A chefe achava que eu dava muita ousadia aos pacientes... o Serviço Social todo, achava que eu era muito liberal, muito libertina, muito anárquica.” (Entrevistada 3)

A existência de tais divergências e contradições confirma a heterogeneidade do sujeito coletivo que constrói os projetos profissionais (NETTO, 2006). De acordo com o autor, “O corpo profissional é uma unidade não homogênea, uma unidade de diversos; nele estão presentes projetos individuais e societários diversos [...]” (*Ibid*, p.145).

Conforme exposto no capítulo anterior, p.83 /84, observa-se que a *Entrevistada 3* provocava reações da Chefia por transgredir os preceitos admitidos na época, que remontam ao Código Moral do Serviço Social, de origem europeia, e publicado no Brasil pela ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social. Tais preceitos, opondo-se à liberdade e reafirmando a defesa da ordem moral, da autoridade e da tradição, tinham o objetivo de “consolidar um conjunto de atitudes, hábitos e comportamentos propiciadores da formação de ethos social condizente com o papel profissional do assistente social.” (BARROCO, 2010, p.122). O documento recomendava que os Assistentes Sociais evitassem, “especialmente, as faltas graves contra os bons costumes... participar de atividades antissociais... se deixar imbuir por uma falsa e perigosa concepção de liberdade...” (HEYLER, 1962, p.21-24, *apud* BARROCO, 2010, p.122).

De acordo com Barroco (2010, p.124), “Os Códigos (de Ética) brasileiros de 1965 e 1975 reproduzem a base filosófica humanista cristã e a perspectiva despolitizante e acrítica em face das relações sociais que dão suporte à prática profissional.” Para a autora, tais prescrições, naquele momento, representavam um posicionamento político – ideológico - velado - de reatualização do conservadorismo, numa reação aos questionamentos à modernização conservadora da década de 1960. Desse modo, o Assistente Social, no relacionamento com os Chefes – terminologia adotada na época – deveriam “Abster-se de toda crítica infrutuosa e destrutiva da autoridade em si mesma... Combaterá inteligentemente o espírito de crítica, distinguindo a crítica maldosa da sadia[...]" (HEYLER, 1962, p.82-123, *apud* BARROCO, 2010, p.125).

No período posterior, conforme relato da *Entrevistada 3*, o Serviço Social do *Hospital X* constitui-se em sujeito coletivo, dando um significado político à sua intervenção, cada vez mais identificado com a problematização da violação de direitos que caracterizava a assistência asilar (cf. Resultados, p.34/35). Desse modo, acompanhou o caráter de coletividade na construção do Projeto Ético Político que explicitou, através do Código de Ética reformulado em 1986, a dimensão política da profissão, ao inscrever a categoria nas lutas da classe trabalhadora, destacando o compromisso com os interesses dos integrantes desta classe, identificada como usuários do Serviço Social. Conforme Barroco e Terra (2012, p.47-8), “Apoiando-se em uma nova visão histórica, buscada na tradição marxista, a nova ética se referia à superação do tratamento abstrato e a-histórico dos valores éticos”.

Fiel a essa perspectiva, o Serviço Social insere-se em Comissão que representa a mobilização dos trabalhadores do *Hospital X* pela transformação da Instituição, articulada com Entidades que representavam a organização política desses trabalhadores. Em articulação com essa comissão, potencializa a relação com os usuários, como também inscrito no Código de Ética de 1986:

“[...] começamos a introduzir os pacientes no processo pela primeira vez na vida. Isso aí já era 79, 79, 80, 81. A introduzir os usuários também, e os familiares[...] que discutiam. Queriam ir prá lá, não queriam... uns queriam sair, outros não queriam sair, mas a gente discutia muito isso. Já há uma participação efetiva.” (Entrevistada 3)

A evolução da reflexão teórico-prática para a constatação de que a única forma de transformar o Hospital seria extinguindo-o, ante a constatação da sua imutabilidade enquanto representação do Paradigma Asilar, aliado à compreensão inequívoca de que a Institucionalização encerra todas as formas de violação de direitos, desde que cassa a cidadania do sujeito identificado como doente mental, leva o Serviço Social do *Hospital X* a posicionar-se radicalmente contra o Modelo Asilar. Assim posicionado, identifica-se com o Movimento Social organizado, cuja bandeira de luta inscreve o Projeto de “Uma Sociedade sem Manicômios”. A radicalidade desta proposta explica-se pelo entendimento de que o problema da assistência no Asilo, para além da questão técnica, requer uma intervenção sociopolítica e cultural.

Embora mantenha-se inserido no âmbito da microatuação institucional, o Serviço Social, ao alinhar-se com os princípios do Movimento Antimanicomial, transpõe a sua intervenção para além da realidade da instituição, inscrevendo-se, definitivamente, no movimento de construção da Política de Saúde Mental, em âmbito local, estadual e nacional.

Deste modo, reafirma os onze Princípios Fundamentais inscritos no Código de Ética de 1993 – alinhados com o reconhecimento da liberdade, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania; defesa e aprofundamento da democracia; equidade e justiça social; eliminação de todas as formas de preconceito; garantia do pluralismo; defesa de uma nova ordem societária; articulação com outros movimentos com princípios afins; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população; oposição a toda forma de discriminação - fruto da revisão do Código anterior que teve como pano de fundo as lutas democráticas travadas no seio da sociedade brasileira. Percebe-se, deste modo, o encontro entre o Projeto Ético Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, ambos materializados nas ações do Serviço Social do *Hospital X*.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas reflexões podem ser levantadas a partir dos achados desta pesquisa. Em primeiro lugar, deve-se considerar que a disputa entre o Modelo Asilar e o Modelo de Atenção Psicossocial que atravessa e determina as relações institucionais no *Hospital X*, notadamente a partir da década de 1970, guarda relação com a disputa entre os projetos privatista e sanitaria que compõem o cenário do Setor da Saúde na sociedade brasileira desde o mesmo período (cf. Introdução), sendo observadas, também, disputas em outras áreas da assistência.

Estando, pois, atreladas ao jogo das forças políticas e econômicas, não podem ser resolvidas unicamente no âmbito da Instituição. Deste modo, o movimento do Serviço Social no espaço interinstitucional, ao problematizar a assistência, opera no sentido de minimizar os efeitos da violação de direitos dos usuários que a Instituição produz. No âmbito externo, portanto, é que é possível unir esforços com outros atores sociais em busca da superação do modelo asilar.

Neste âmbito, no entanto, observa-se uma outra contradição. É que as críticas e preocupações lançadas a partir do interior da categoria em relação ao papel e autonomia das (os) assistentes sociais na rede substitutiva aos hospitais proposta pelo Modelo de Atenção Psicossocial advêm também de uma tradição calcada no Modelo de Processo de Trabalho, estando aí embutido o receio quanto à perda da especificidade da profissão e da autonomia conquistada.

Ora, pelo exposto neste trabalho, pode-se compreender que a dimensão política desse projeto de atenção, ele mesmo construído com a participação ativa dos usuários, não deve prescindir do saber qualificado desta categoria profissional. Ademais, a atuação do Serviço Social na Rede de Serviços Substitutivos não está posta. Pelo contrário, é amplo o espaço de criação e consolidação de um fazer coerente com os pressupostos profissionais, os quais se identificam com os princípios reformistas. Sabe-se que a técnica não é despolitizada. Ao contrário, revela o posicionamento político dos atores sociais, representado em suas ações. Outrossim, a julgar pelas construções que se fizeram possíveis pela ação do

Serviço Social no interior de uma Instituição Total, aqui apresentadas, imensas possibilidades se abrem nos serviços que se gestam sob o preceito da liberdade.

Questionamentos são feitos, também, no âmbito da categoria, em nome de uma refuncionalização da Reforma Psiquiátrica, uma vez elevada à condição de política pública, pelo Estado Neoliberal, no sentido da economia de recursos públicos sem a necessária qualificação da assistência. Tal risco, de fato, inscreve-se no cenário da Política de Saúde Mental, remontando ao histórico papel das Políticas Sociais no Estado capitalista. Mais uma vez, entretanto, vislumbra-se a importante presença das (os) assistentes sociais na qualificação do debate cotidiano em torno da garantia deste direito, tendo em vista a vocação incorporada pela categoria.

Quanto à análise dos resultados desta pesquisa, é válido destacar que, tendo adotado como perspectiva de análise o Modelo da Estruturação de Giddens, foi impossível afastar-nos da Teoria Social Crítica, da qual o Serviço Social é legatário. Esta articulação permitiu-nos perceber limites e possibilidades de ambas as teorias no desvelar da realidade. O Modelo de Giddens não incorpora uma análise do macro – contexto social enquanto determinante dos movimentos e transformações que envolvem Agente e Estrutura, o que se torna possível ao buscarmos o referencial marxista.

Por outro lado, o referencial na teoria de Giddens permitiu-nos visualizar o caráter decisivo da participação dos sujeitos profissionais na efetivação – ou não – do projeto que está colocado para o coletivo, enquanto “antecipação ideal”. O olhar a partir deste modelo permite transparecer a produção de um saber profissional aliando consciência prática e discursiva, além da reflexividade individual e coletiva, que vão conformando uma identidade profissional, impressa nas ações profissionais.

Neste sentido, as construções coletivas em torno do Projeto Ético Político profissional sujeitam-se à intencionalidade dos profissionais, e suas escolhas cotidianas em torno da direção técnica e política de suas ações. Reafirma-se a premência do conhecimento crítico / reflexivo como subsídio a escolhas baseadas

menos na consciência ingênua do que na consciência crítica. A opção a partir da consciência ingênua leva parte da categoria a uma adesão formal ao Projeto Ético Político, sem posicionar-se contra o mesmo, mas também sem criar condições para a sua efetivação. Ao contrário, as escolhas baseadas em processo crítico-reflexivo leva os profissionais ao sentimento de segurança ontológica, qualquer que seja o seu posicionamento, conferindo-lhes capacidade de qualificar o debate profissional.

Por fim, reafirmamos a relevância deste estudo, fruto de um compromisso com o Serviço Social, cumprindo o papel de oferecer respaldo para o debate da categoria em torno do Projeto Ético Político e da Reforma Psiquiátrica, em tempos de apreensão quanto aos rumos da profissão no contexto neoliberal. Forçadas a redimensionar o escopo da pesquisa em função de limitação de tempo imposta pelo processo burocrático, pretende-se prosseguir, em Projeto de Doutorado, com o aprofundamento do estudo de campo. Assim, conforme projeto inicial pretende-se incorporar aos instrumentos utilizados a Observação Direta, ampliando, também, o conjunto dos sujeitos de pesquisa, com a participação de representantes dos usuários e de outros saberes profissionais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

_____. (Coord.). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/ FIOCRUZ, EAD /FIOCRUZ, 2003.

ARAUJO, Eduardo. O Mundo Vivido de Eduardo de Araujo. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BADALONI, Nicola. Gramsci: a filosofia da práxis como previsão. In: HOBBSBAWM, Eric (org.). *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991, v. X. (p. 13-128).

BAHIA, Governo do Estado. Boletim n. 25 a 30. Salvador, 1957.

_____. Boletim n.67/72, Salvador, 1961.

_____. *Boletim n.97*. Salvador, 1979.

_____. Boletim n. 100. Salvador, 1980.

_____. *Juliano Moreira: o mestre / a instituição*. Salvador, 2007.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo* (Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro, trad.). São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena; CFESS (Org.). *Código de Ética do Assistente Social Comentado*. São Paulo: Cortez, 2012.

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia; organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. – Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECK, Ulrich, GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernidade reflexiva: trabalho e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Unesp, 1997.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção à Saúde / DAPE. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE, 2004.

BRASIL, Palácio do Planalto. *Lei 8.080, 19.09.90*.

_____. Palácio do Planalto. *Lei 10.708, 31.07.03*.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. *A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal*. In: BRAVO, Maria Inês de Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Organizadoras). 3ª. Edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MAURÍLIO Castro de. *Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate*. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CALDAS, Bianca de Fátima Teixeira et al. *Loucura e situação de risco social: o Estado Democrático de Direito e a Reforma Psiquiátrica*. In: UFMG / FUMEC. *IV Simpósio de Saúde Coletiva e Saúde Mental – Contra os excessos de teoria ou de prática: “uma interlo(u)cação”*. Anais. Belo Horizonte, MG, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.5, n.2, Rio de Janeiro, 2000, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Acesso em: 18 maio.2013.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. *Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família*. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, 2010, p.803-813.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*; tradução de Iraci D. Poletti, 9.ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2010.

CFESS. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais*. Brasília (DF), 2013 (reimpressão).

_____. *Resolução CFESS no. 383, de 29.03.1999*. In: Conselho Federal de Serviço Social. *Legislação e Resoluções sobre o trabalho do assistente social*. Brasília: CFESS, 2011.

_____. Resolução CFESS no. 533, de 29.09.2008. Acesso em: 17 jun.2014 às 20:55hs.

_____. Resolução CFESS no. 569, de 25.03.2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 26 maio.2013.

_____. Resolução CFESS n.594, de 21.01.11. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 26.05.2013, às 17:20hs.

CNE / CES. Resolução n. 15, de 13.03.02. Disponível em <<http://www.cfess.org.br>>, Acesso em 26.05.13.

COELHO, Marilene. *Imediatividade na Prática Profissional do Assistente Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

COSTA, Jurandir F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3.ed.rev. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Erotildes Maria; VENÂNCIO, Ana Teresa. *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia - Te Corá, 1997.

DELGADO, Hito Pilar. *Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité*. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal. 2010.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. *O saber profissional e o poder institucional*. São Paulo: Cortez, 1987.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRANCO Basaglia. *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 1994.

FREIDSON, E. The medical division of labor. (capítulo 2) & The formal characteristics of a profession. In: *Profession of medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company, 1970, p.47-84.

GIDDENS, Anthony. *A Constituição da Sociedade*. 3.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

_____. Admirável mundo novo: o novo contexto da política. In: MILIBAND, David. *Reinventando a esquerda*. São Paulo: Ed. Unesp, 1997.

_____. *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta, 1998.

_____. Risco, confiança e reflexividade. In: BECK, U.; GIDDENS, A. & LASH, S. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1997.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GUERRA, Iolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. A instrumentalidade do serviço social. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: *Serviço Social e Sociedade*, n.91, Ano XXVIII, São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As Dimensões Ético – Políticas e Teórico – Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

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

_____. E Carvalho, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo, Celats / Cortez, 1982.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *A Prática Psiquiátrica na Bahia: estudo histórico do Asilo São João de Deus / Hospital Juliano Moreira*. Tese de Doutorado aprovada em 27 de julho de 2001, Curso de Doutorado de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – MS. Rio de Janeiro, 2001.

JODELET, Denise. O Movimento de Retorno ao Sujeito e a abordagem das representações sociais. In: *Revista Sociedade e Estado*. V. 24, n.3, Brasília Sept./Dec., 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-9922009000300004>>. Acesso em: 19 maio.2013.

KOIKE, Maria Marieta. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

KUENZER, Acácia Zeneida. A educação profissional nos anos 2000: a dimensão subordinada das políticas de exclusão. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 27, n. 96 – Especial, p.877-910, out 2006. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em 19 maio 2013..

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Garamond, Rio de Janeiro, 2003.

_____. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOPES, M. A. R. (Coord). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Revista dos Tribunais, São Paulo, 1996.

MACHADO, Graziela Scheffer. O trabalho do Serviço Social no CAPS. In: Revista Textos e Contextos. Porto Alegre, v. 8, n.2, p.241-254, jul / dez 2009.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério e MURICY, Kátia. *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil* Edições Graal, Rio de Janeiro, 1978.

MANIFESTO DE BAURÚ, 1987. Disponível em: <www.capufpfileswordpress.com/2007/12/manifesto-de-baurudoc>. Acesso em: 02 nov.2011.

MARTINS, Gilberto de Andrade. *Estudo de Caso: Uma Estratégia de Pesquisa*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATOS, Maurílio Castro de. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005 (3 reimpressão, 2010).

_____. (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MS – Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília-DF, 2004.

_____. – SAS - *Portaria 106*. DOU 11.02.2000.

_____. – SAS - *Portaria 224*. DOU 30.01.1992.

_____. – SAS - *Portaria 251*. DOU 31.01.2002.

_____. – SAS – *Portaria 3.088*. DOU 23.12.2011.

_____. – SAS - *Portaria 336*. DOU 19.02.2002.

_____. – SNAS - *Portaria 189*. DOU 11.12.1991.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. *O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica*. São Paulo: Cortez, 2013.

NÉSPOLI, José Henrique Singolano. *Gramsci e a interpretação da sociedade civil na política contemporânea*. S/D. Disponível em <<http://www.historia.uff.br/estadoepoder/7snepl/docs/049.pdf>>. Acesso em: 01 ago.2014.

NETO, Rivadavia C. D. de Alvarenga; BARBOSA, Ricardo R.; CENDRÓN, Beatriz Valadares. A construção de metodologia de pesquisa qualitativa com vistas à apreensão da realidade organizacional brasileira: estudos de casos múltiplos para proposição de modelagem conceitual integrativa. In: *Inf. & Soc.: Est*, João Pessoa, v.16, n.2, p.63-78, jul./dez.2006.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Introdução ao Método da Teoria Social. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araujo de. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 609 – 623, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a15v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 jun.2014.

OZAÍ DA SILVA, Antônio. Anotações sobre a modernidade na obra de Anthony Giddens. *Revista Espaço Acadêmico* – n.47; abril de 2005 – Mensal. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/047/47pol.htm>>. Acesso em: 09 jun.2014.

RAMALHO, Cláudia Souza. Paradigmas: Uma visão da Loucura Através das Diferenças. In: *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia - Te Corá, 1997.

RENILA. *Carta de Princípios*. 2004. Disponível em: <<https://blogdarenila.blogspot.com/2009/01/carta-de-principios.html>>. Acesso em: 02 nov.2011.

RODRIGUES, Mavi Pacheco. Serviço Social e Reforma Psiquiátrica em tempos pós – modernos. In: *Revista Praia Vermelha*, n.6. Primeiro semestre, 2002, p.92-121.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Maria Fernanda. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SABÓIA, Maria Laertina de. *Formação e treinamento da equipe psiquiátrica: papel do assistente social*. Debates Sociais. Rio de Janeiro: CBCISS, n. 22, 1976.

SANT'ANNA, I. Z. Uma contribuição à conceituação do Serviço Social Psiquiátrico e de sua eventual planificação. *In*: BAHIA, Governo do Estado. Boletim n.67 /72, Salvador, 1961.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. *Na prática a teoria é outra: mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no serviço social*. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

SARACENO, Benedetto. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá /Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA, Marcela Mary José da. *A Materialização do Projeto Ético Político do Serviço Social*. Campinas, SP: Papel Social, 2012.

SILVA, Marcus Vinicius Oliveira. Loucura, Instituição e Sociedade. Fragmento de Dissertação de Mestrado. *Do pré-psiquiátrico ao pós-psicanalítico: cursos e percursos da trajetória da cultura psicológica na Bahia*. Salvador, 1995, 40-53. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 1995.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8 (1): 119-132, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipação>>. Acesso em: 17 jun.2014.

SOUZA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Pesquisa Etnográfica: Evolução e Contribuição para a Enfermagem. *In*: ESCOLA ANA NERY, *Revista de Enfermagem*, março de 2012, Vol. 12 [1]: p.150-5.

SILVA, Aline P.; BARROS, Carolyne R.; NOGUEIRA, Maria Luíza M.; BARROS, Vanessa A. "Conte-me sua história": reflexões sobre o método de História de Vida. *In*: Belo Horizonte, MG. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. *Mosaico: estudos em psicologia*. 2007, vol.1, n.1, p.25-35.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O Projeto Ético Político do Serviço Social. *In*: CFESS / ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, 2009.

YASBECK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: CFESS / ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, 2009a.

_____. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS / ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, 2009b.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: Planejamento e Método*. 4.ed. Bookman, 2010.