

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Liz Barddal Feligueria

AS FORMAS DE RECEPÇÃO NO AMBULATÓRIO GERAL DO IPUB/UFRJ E A
PARTICIPAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Rio de Janeiro

2016

Liz Barddal Feligueira

AS FORMAS DE RECEPÇÃO NO AMBULATÓRIO GERAL DO IPUB/UFRJ E A
PARTICIPAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Felipe Rangel de Souza Machado

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

F482f Filigueira, Liz Barddal
As formas de recepção no ambulatório geral do
IPUB/UFRJ e a participação do assistente social /
Liz Barddal Filigueira. - Rio de Janeiro, 2016.
118 f.

Orientadora: Felipe Rangel de Souza Machado

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2016.

1. Saúde Mental. 2. Ambulatório Hospitalar.
3. Serviço Social.
I. Machado, Felipe Rangel de Souza.
II. Título.

CDD 362.2

Liz Barddal Feligueira

AS FORMAS DE RECEPÇÃO NO AMBULATÓRIO GERAL DO IPUB/UFRJ E A
PARTICIPAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/03/2016

BANCA EXAMINADORA

Dr. José Augusto Vaz Sampaio Bisneto - Escola de Serviço Social – UFRJ

Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho – FIOCRUZ / EPSJV

*Dedico este trabalho aos amores de minh`alma:
Ligia, Alexis e Lara.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todos aqueles que contribuíram com a produção deste trabalho e possibilitaram seu término, sem danos maiores a minha saúde mental.

Ao IPUB por ter me possibilitado os três meses de licença que foram fundamentais ao término deste estudo.

À Maria Cecília Carvalho e José Bisneto por suas imensas contribuições feitas em minha qualificação e por possibilitarem os avanços para minha defesa.

Ao meu Orientador, Felipe Machado, por possibilitar minha autonomia de trabalho. Autonomia esta, fundamental a uma assistente social.

À todos que abriram seus corações, mentes e almas, ao Grupo de Recepção e Encaminhamento do IPUB, na esperança que aqueles estranhos pudessem ajudá-los.

À todos que participando direta ou indiretamente sofreram mentalmente de alguma forma, ao longo deste processo produtivo.

À equipe de serviço social do IPUB pelo incentivo e, principalmente, pela paciência com minhas ausências e mau humor.

À Vanessa amiga de luta por uma atenção em saúde mental realmente digna e democrática.

À Priscila por nosso pacto de sermos família, eterna e incondicionalmente.

Ao Alexis por seu amor, luz que ilumina a escuridão do meu ser e a Lara por ser a alegria de minha alma.

Aos meus sogros que me apoiaram desde o começo desta loucura.

A meus pais que me fizeram acreditar que sempre podemos ser melhores. Deixo meu eterno agradecimento a minha mãe, força motriz deste trabalho, que mesmo encarcerada em seu corpo, sob uma mente com Alzheimer, comemorou em seu último momento de lucidez, minha aprovação no mestrado.

*“Às vezes eu falo com a vida,
às vezes é ela quem diz
qual a paz que eu não quero conservar
para tentar ser feliz”.*

(Marcelo Yuka)

RESUMO

A presente dissertação tem por tema o estudo dos discursos sobre as formas de recepção aos usuários em sofrimento mental que procuram atendimento no ambulatório geral de adultos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, ressaltando a participação do profissional de serviço social nesta prática. Para a execução da pesquisa, foram elencadas doze publicações científicas, entre monografias, artigos, e livros que versam sobre as práticas cotidianas de atendimento e ensino no ambulatório em questão. A análise do material foi realizada através dos pressupostos da Análise de Discurso e procurou-se verificar as condições históricas de produção dos diferentes discursos, bem como se estes dialogam com as reflexões produzidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, ligado à saúde mental, e pelo Movimento de Reconceituação, intrínseco à categoria do serviço social. O período estudado abarca desde a década de 1970, momento de surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica e de renovação do serviço social até 2014.

Palavras-Chave: Recepção em saúde mental. Ambulatório de saúde mental. Serviço social em saúde mental.

RESUMEN

La presente disertación tiene por tema de estudio de los discursos sobre las formas de recepción del usuario en sufrimiento mental que busca atendimento en el ambulatorio general de adultos del Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, con énfasis en la participación del trabajador social en esta recepción. Para el desarrollo de la investigación fueron estudiadas doce publicaciones científicas, entre monografías, artículos e libros que tocaban sobre las prácticas cotidianas de atendimento y enseñanza en el ambulatorio ya mencionado. El análisis de los datos se realizó de acuerdo con los presupuestos de Análisis del Discurso y se buscó verificar las condiciones históricas y de producción de los distintos discursos, así como si estos dialogaban con las reflexiones producidas por el Movimiento de la Reforma Siquiátrica vinculados a la salud mental y el Movimiento de Reconceptualización intrínseco a la categoría del trabajo social. El periodo estudiado comprende la década de 1970, momento de surgimiento del Movimiento de la Reforma Siquiátrica y de la renovación del trabajo social hasta el año de 2014.

Palabras clave: Recepción en salud mental, Ambulatorio de salud mental. Trabajo social en salud mental.

ABSTRACT

This work aims to study the discourses about different users in mental distress reception, who seek care in general outpatient adults from the Psychiatry Institute of the Federal University of Rio de Janeiro, IPUB / UFRJ, highlighting the participation of the social service staff in this practice. For the implementation of the research, twelve scientific publications were listed, including monographs, articles and books that deal with the daily practices of care and education at this specific outpatient clinic. The analysis of the material was done having in mind the assumptions of Discourse Analysis and it was sought ways to verify the historical conditions of production of the different discourses, as well as if they dialogue with the reflections produced by the movement of the Psychiatric Reform, linked to mental health, and the Movement of Reconceptualization, which is part of the social service. The studied period covers from the 1970s, which involves the emergence of the Psychiatric Reform Movement and that one of the renewal of the social service up to 2014.

Key words: mental health reception; mental health clinic; social work in mental health

LISTA DE SIGLAS

AI5	Ato Institucional nº. 5
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAD	Centros de Atenção Diária
CAIS	Centro de Atividades Integradas em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CDA	Centro de Doença de Alzheimer
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CNRP	Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica
COI	Clínica de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPAP-GBM	Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos - estado da Guanabara
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
CNSS	Conselho Nacional de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ESF	Equipes Saúde da Família
GAE	Grupo de Avaliação e Encaminhamento
GRE	Grupo de Recepção e Encaminhamento
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPUB	Instituto de Psiquiatria
JBP	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização

PNHAH	Programa Nacional de Humanização Hospitalar
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRH	Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar
R3	Residente em psiquiatria do terceiro ano
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMES	Secretaria de Assistência Médico-Social
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SISREG	Sistema de Regulação de vagas
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – BREVE HISTÓRICO DAS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE MENTAL, NO AMBULATÓRIO E NO ACOLHIMENTO	16
1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	16
1.2 AMBULATÓRIO	22
1.3 ACOLHIMENTO.....	31
CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL.....	39
2.1 SERVIÇO SOCIAL: DE SUA EMERSÃO À CONTEMPORANEIDADE	39
2.2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	53
CAPÍTULO III – <i>CORPUS</i> E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	58
3.1 <i>CORPUS</i>	58
3.2. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	62
CAPÍTULO IV – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	69
4.1 ANO 1975	69
4.2 ANO 1977	73
4.3 ANO 1978	76
4.4 ANO 1979	78
4.5 ANO 1980	79
4.6 ANO 1981	81
4.7 ANO 1983	83
4.8 ANO 1995	85
4.9 ANO 2000	86
4.10 ANO 2008	89
4.11 ANO 2014	91
4.12 ANO 2015	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	102
ANEXO A – Documentos.....	111
ANEXO B - <i>Corpus</i>.....	113

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS; WONCA, 2009), 154 milhões de pessoas sofrem de depressão, 25 milhões de esquizofrenia e cerca de 877 mil pessoas morrem devido ao suicídio a cada ano no mundo. Estima-se que, em 2030, a depressão torne-se a segunda maior causa de morte e incapacidade mundial, estando atrás somente da aids. A OMS alerta ainda, que “em países de alto rendimento a depressão tornar-se-á no fator de maior contributo para a carga de doença” (IDEM, p. 27).

O caso brasileiro apresenta dados importantes que evidenciam a relevância desta discussão. De acordo com dados do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2015), 221.719 pessoas tiveram afastamento de sua atividade laboral em 2014 em razão de sofrimentos mentais. Isso significa um montante de 8% do total das causas de afastamento laboral, dentro de uma gama de 26 classificações de doenças. Importante frisar que a Previdência Social somente viabiliza o benefício para afastamento laboral por doença para aqueles segurados que fazem tratamento em local onde possa ser fornecido laudo médico para a perícia previdenciária.

Tais pessoas têm, assim, a produção de sua existência marcada por uma doença que as incapacita temporariamente ou definitivamente para seu trabalho, sendo portanto, seu tratamento fundamental para o exercício do direito a um auxílio financeiro no momento de sua dificuldade laborativa. Acreditamos que as formas como a população - inserida ou não no mercado formal de trabalho - é acolhida inicialmente em sua procura por atendimento influencia em seu processo de existência e de garantias de direitos legais, como o previdenciário.

Dessa forma, a presente dissertação busca analisar as modificações nas formas de recepção aos usuários em sofrimento mental, que procuram tratamento no ambulatório geral de adultos de uma unidade pública universitária federal, especializada em saúde mental, no município do Rio de Janeiro, destacando as transformações na forma de participação do profissional de serviço social nesta prática. O estudo compreende o período de práticas realizadas entre a década de 1970 e 2014, o qual é marcado por intensas modificações, tanto na saúde mental, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, como no serviço social, com o Movimento de Reconceituação.

O estudo se propõe então, a analisar a produção científica que versa sobre o ambulatório de adultos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), buscando compreender como se conformaram suas práticas históricas de

recepção. Acreditamos que a reflexão, acerca das formas de recepção aos usuários em sofrimento mental, deve permear a práxis de todos os profissionais que se pretendem comprometidos com uma mudança de paradigmas na saúde mental, como preza o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Ressalta-se que, por ser um hospital escola, o IPUB atua não apenas na assistência, mas também no ensino, na pesquisa e na extensão. Assim, entendemos que tal reflexão deve se dar em todos esses campos de atuação, que recebem os mais variados profissionais em formação. Neste sentido, este trabalho se debruçará, especificamente, sobre a inserção do profissional de serviço social nessas formas de atendimento. Problematizaremos como as transformações ocorridas nas formas de recepção do IPUB, inscrevem-se no cerne das mudanças sociais que aconteceram no país, principalmente naquelas fomentadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

A motivação para a realização deste estudo surge a partir de minha inserção como profissional de serviço social do IPUB, atuante desde 2004, que após oito anos de intervenção nas enfermarias da unidade, a partir de janeiro de 2013 inicia trabalho no ambulatório de adultos, concomitantemente a coordenação do setor de serviço social. Assim com a mudança de setor de trabalho, emergiram novos questionamentos e novas reflexões sobre como o movimento histórico da realidade se rebate em meu cotidiano profissional.

Em março de 2013, foi reformulada a recepção aos que procuram tratamento no ambulatório geral de adultos do IPUB. Esta mudança, foi inspirada a partir da experiência realizada pelo Centro de Doença de Alzheimer (CDA), setor do IPUB que atende idosos com quadro de demência e Alzheimer. Neste, a equipe de acolhimento compunha-se por uma assistente social e uma enfermeira.

Foi apresentada então, uma proposta de projeto piloto para mudança da então chamada “triagem” do ambulatório geral. Este projeto voltava-se para a composição de equipe de acolhimento multidisciplinar, na tentativa de superação do modelo anterior de atendimento. Neste o residente em psiquiatria do terceiro ano (R3), com a participação em alguns turnos, de alunos do segundo ano do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica, avaliavam se o usuário atendido apresentava ou não, perfil para atendimento no IPUB.

Para me aproximar da prática cotidiana, a qual a instituição buscava transformar - a triagem - entre janeiro e fevereiro de 2013, participei de alguns atendimentos feitos ainda pelos R3. Desta forma, nos atendimentos em conjunto, realizados com alguns residentes médicos, percebi a dificuldade dos mesmos em interagir com a rede, em trabalhar com

questões ditas “sociais” (dificuldades financeiras, violência urbana e doméstica, conflitos familiares e etc.) e sua crença de que o IPUB seria a melhor opção para a maioria dos usuários.

O ano de 2013, como será visto ao longo desta dissertação, apresentou diversas alterações na recepção aos usuários. Estas transformações estimularam nossa reflexão sobre as várias configurações deste atendimento ao longo da história da unidade e o questionamento sobre a caracterização do atendimento de recepção como procedimento de “triagem” de usuários, termo amplamente aceito na instituição. Embora a análise realizada nesta dissertação seja limitada às concepções sobre a recepção realizada no ambulatório do IPUB, ela fornece elementos históricos e conceituais que permitem refletir sobre tais concepções para além deste locus específico, permite pensar o próprio SUS.

Desta forma, a presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo faremos uma breve descrição do histórico de transformações na atenção aos usuários em sofrimento mental a partir da década de 1970, identificando e comentando alguns momentos que consideramos primordiais. Além disso, discutiremos as modificações ocorridas entre o surgimento e a contemporaneidade do dispositivo de atendimento ambulatorial em saúde mental no Brasil, bem como, abordaremos a discussão sobre o acolhimento como instrumento de viabilização de direitos à saúde e acesso pelo usuário.

No capítulo dois nos aproximaremos da emergência histórica do serviço social enquanto profissão, a partir da década de 1930 no Brasil, ressaltando seus principais momentos de mudanças e busca de legitimação. Especificamente para o presente trabalho, também faremos uma breve síntese sobre a inserção do profissional de serviço social no campo da saúde mental, na qual o IPUB aparece como instituição presente, desde seus primórdios.

O terceiro capítulo apresentará como foi realizado o procedimento de pesquisa para composição do *corpus*, além de buscar aproximar o leitor dos conceitos da Análise de Discurso, que serão utilizados para a análise do material escolhido, dando assim, suporte teórico-metodológico a este estudo.

No capítulo quatro faremos a descrição dos doze documentos elencados para a composição do *corpus*, sendo apresentados separadamente, por ano de publicação, assim como, sua análise de acordo com os pressupostos da Análise de Discurso. Ressaltaremos, ao longo da análise, as configurações históricas que permeiam as produções, as variadas composições de atendimento nos diferentes períodos e como é designado o procedimento de recepção aos usuários que buscam atendimento no ambulatório do IPUB.

Nas considerações finais, enfatizaremos as transformações no atendimento de recepção ambulatorial no IPUB, ressaltando como o serviço social modificou-se ao longo do

período estudado, bem como refletiremos sobre o papel da universidade e de seu dispositivo ambulatorial.

CAPÍTULO I – BREVE HISTÓRICO DAS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE MENTAL, NO AMBULATÓRIO E NO ACOLHIMENTO

O presente capítulo tem por objetivo apontar os principais momentos do processo histórico de transformações na atenção aos usuários em sofrimento mental, a partir da década de 1970, no Brasil; as modificações ocorridas no dispositivo de atendimento ambulatorial especializado, bem como trazer a discussão sobre o acolhimento como prática em saúde, que possa tornar-se ferramenta de garantia de direitos e acesso aqueles em sofrimento mental.

Vale ressaltar, que entendemos o processo histórico não de forma uniforme e linear, mas composto de contradições, de avanços e retrocessos. Não pretendemos realizar uma apresentação pormenorizada dos inúmeros acontecimentos ocorridos ao longo destes quarenta e quatro anos, mas sobretudo apontar aqueles, que em nossa avaliação, seriam marcos para a reflexão e viabilização de mudanças nas práticas instituídas em saúde mental e na cultura sobre a loucura no país.

Por outro lado, não podemos pensar as transformações ocorridas dentro de um campo tão vasto como a saúde mental, somente nos voltando para as reflexões e ações ocorridas intrinsecamente a ela. É preciso refletir como o movimento da realidade, em seus vários momentos históricos, se torna determinante para que os sujeitos, sejam os trabalhadores em saúde, sejam aqueles que procuram cuidado para si ou para seu familiar, (re)pensem o já estabelecido e o já instaurado por diversas instituições.

1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

As primeiras experiências mundiais de “reformas psiquiátricas” despontam no pós Segunda Guerra, com a crítica ao modelo asilar vigente e sua violência às pessoas em sofrimento mental.

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas do campo de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! (AMARANTE, 2007, p. 40)

Assim, no âmbito internacional, já tínhamos uma intensa discussão sobre as práticas realizadas na saúde mental como propostas de tratamento que se baseavam, em sua maioria, na exclusão e enclausuramento dos ditos “loucos”, pelas práticas sociais da época.

Com o acúmulo de mudanças, ocorridas mundialmente, nas duas décadas posteriores ao segundo pós-guerra, temos nos anos 1960 a emersão do debate, na saúde mental, que se volta para a necessidade de transformações “na assistência e a incorporação de propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária – expandindo serviços intermediários; e as comunidades terapêuticas – buscando a humanização dos hospitais” (BORGES; BAPTISTA; 2008, p. 456).

O final dos anos 1960 se torna um marco de manifestações sociais no mundo, momento em que se questionam as formas das sociedades então vigentes. As manifestações de maio de 1968 na França são expressão desta ebulição social. Já no contexto brasileiro, em dezembro do mesmo ano, era promulgado o Ato Institucional nº. 5 (AI5), pelo presidente/general Costa e Silva. O AI5 torna-se uma das mais duras formas “legais” de violação de direitos e cerceamento às liberdades.

O governo autoritário, que toma o poder em 1964 no Brasil, tem como principal estratégia de dominação a coerção pela violência. Neste período, as políticas sociais são profundamente marcadas pela centralização de ações e pela mercantilização da atenção. Com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1966, a ditadura cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este, como órgão governamental sem a participação dos beneficiários, estabelece convênios, para assistência em saúde mental à população formalmente inscrita no mundo do trabalho, com a iniciativa privada.

Neste contexto, temos uma ampliação da assistência através de financiamento público a instituições privadas, nas quais uma das principais ações é o asilamento dos sujeitos, como nos aponta o aumento de internações entre 1965 (na ordem 35 mil pessoas internadas) e 1970 (com um total de 90 mil), perfazendo um aumento de mais de 150% (RESENDE, 2007).

A ditadura militar, através da contratação de serviços em saúde mental do mercado, mesmo ampliando o contingente de segurados pelo INPS em relação aos IAPs, ainda divide o cuidado em saúde mental para duas categorias: para os trabalhadores formalmente inscritos na previdência social e para as demais pessoas em sofrimento, à margem do sistema previdenciário. Temos assim na época, como nos aponta Delgado (2008), a assistência psiquiátrica pública dividida em hospitais colônias e clínicas particulares psiquiátricas, ambas circunscritas no modelo asilar.

Esse contexto histórico, no qual as principais práticas eram voltadas para o cerceamento das liberdades, não foi imposto sem resistências por parte da população. Com respeito às práticas voltadas para aqueles em sofrimento mental “a ditadura militar, a não democracia, o interesse mercantil dos industriais da loucura, forjaram o cenário favorável ao

surgimento de múltiplos focos de movimentos sociais em torno dos maus tratos aos usuários de instituições psiquiátricas manicomiais” (PITTA, 2011, p. 4582-4583).

Ao mesmo tempo, no cenário internacional, temos uma contestação dos modelos psiquiátricos então vigentes, com mudanças nas formas de entender e cuidar daqueles em sofrimento mental. Desta forma, questiona-se o modelo hospitalocêntrico com suas formas de exclusão e encarceramento da “loucura”. Um dos movimentos mais importantes e que tiveram grande influência, sobre aqueles que tentaram romper com o já instituído, em termos do que era considerado tratamento no Brasil, foi o iniciado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, com o fechamento do hospital psiquiátrico em Trieste, na Itália.

Seria redutor ou errado dizer que a linha iniciada por Basaglia tenha sido a única a informar os movimentos de transformação da prática psiquiátrica no Brasil, mas pode-se afirmar sem sombra de dúvida que tem sido a mais importante para aqueles que se empenham na verdadeira transformação da instituição psiquiátrica, a exemplo dos Movimentos de Trabalhadores em Saúde Mental em suas mais variadas cores e momentos de suas trajetórias (ROTELLI ; AMARANTE, 1992, p. 48).

No final da década de 1970, temos no cenário nacional intensa mobilização social pela redemocratização do país. Os movimentos populares na saúde, inscritos no bojo da Reforma Sanitária, lutavam pelo acesso à saúde pública universal. Concomitante a este, o Movimento da Reforma Psiquiátrica inicia sua crítica ao modelo hospitalocêntrico, buscando resgatar a cidadania dos sujeitos em sofrimento mental e a territorialização de seu atendimento.

Expressão desta luta apresenta-se no surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) em 1978, como força motriz da crítica às práticas vigentes na saúde mental. Como nos aponta Amarante (1996, p. 15), “de forma distinta das propostas anteriores, predominantes na década de 60, que objetivavam transformações de caráter exclusivamente técnico, o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico”.

No início dos anos 1980, o modelo então instituído pela previdência entra em crise. Conforme leitura realizada por Pitta (2011), com o aumento de instituições conveniadas e da rede privada, o número de leitos psiquiátricos, concentrados principalmente na região sudeste, salta de 30 mil em 1970, para 98 mil em 1982.

Na década de 1980 os movimentos sociais ganham força em busca de mudanças na *res publica*. Assim, conforme Tenório (2002), com as eleições de 1982 para governador e a vitória da oposição ao então regime militar, vários estados tiveram em seus quadros de gestão, dos serviços e das políticas públicas, protagonistas do movimento sanitário. Contudo, apesar das formulações oficiais diagnosticarem a prevalência do modelo asilar, as ações não conseguiram mudanças significativas (LEAL *apud* TENÓRIO, 2002). As ações voltaram-se para a humanização do asilo e para a criação de ambulatórios, que “não tiveram impacto

significativo sobre a qualidade do atendimento, e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar” (DELGADO, 1992, p. 50).

Após o estabelecimento da Nova República, em 1985, vemos o acúmulo de forças dos movimentos sociais. Ainda em 1985 foi realizado, em São Paulo, o I Congresso do MTSM. Este, segundo Pitta (2011, p. 4583), foi “organizado sem participação do movimento social, que ensinou a todos que o processo de democratização em curso no país determinava que não mais poderia ser assim”. Já no ano de 1987, foi realizado no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo (BRASIL, 2005). Este ano foi marcado ainda, pelo adensamento da participação social, pela qual

usuários e familiares juntam-se aos trabalhadores, dispostos a implicar toda a sociedade no questionamento da segregação da loucura. Sob o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, cria-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, claramente inspirado no modelo italiano que, com sua ênfase nos direitos e cidadania do louco, traduzia aquilo que era desejado, também, por grande parte dos brasileiros naquele momento (RAMMINGER, 2014, p. 40).

Expressão da capacidade de mobilização popular e luta por mudanças sociais, a chamada “Constituição Cidadã”, promulgada em 1988, apresenta em seu texto diversas reivindicações do movimento mais amplo da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este possui como diretrizes, segundo seu artigo 198 (BRASIL, 2013a, p. 41), a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Posteriormente, as legislações que vão buscar implementar o SUS, Lei 8.080 e 8.142, ambas de 1990, apontam as diretrizes que devem balizar o novo sistema público de saúde brasileira.

Assim, percebemos como a Constituição Federal, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado, e as legislações pertinentes ao SUS, são expressões também daqueles que lutaram pelas transformações nas práticas manicomiais. Delgado (2011) reafirma que foram os princípios do SUS os balizadores da Reforma Psiquiátrica, sendo a universalidade de atendimento, a “equanimidade” (p. 4704), a descentralização, a integralidade e o controle social, fundamentais para nortear as ações e o cuidado em saúde mental.

Representante do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Congresso Nacional, o deputado Paulo Delgado, em 1989, apresenta o Projeto de Lei n. 3.657. Com este, as lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica inserem-se também na arena de disputa do legislativo. O Projeto era constituído, por três artigos nos quais:

o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a

comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 36).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, pela primeira vez na história política nacional, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, que conforma-se em órgão responsável pela formulação e implementação da política de saúde mental (BORGES; BAPTISTA, 2008). Em novembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 189, a qual cria no arcabouço normativo a possibilidade de remuneração e incentivo a novos procedimentos de atenção à saúde mental, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em janeiro de 1992, mesmo ano das mobilizações nacionais que culminaram com o impeachment do então presidente Fernando Collor de Mello, é instaurada a Portaria 224, pelo Ministério da Saúde, que aperfeiçoa a regulamentação dos CAPS e NAPS, dividindo os serviços em ambulatoriais e hospitalares. Neste mesmo ano, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com grande participação popular, na qual 20% dos delegados eram usuários e familiares. Sendo seu relatório final “adotado como diretriz para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil” (PITTA, 2011, p. 4586).

Um dos frutos das propostas realizadas pela II Conferência foi a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP), instituída pela Resolução 093, do Conselho Nacional de Saúde, em 1993. A Comissão tinha como objetivo “assessorar o Conselho, em ações de análise, planejamento e fiscalização no âmbito da saúde mental, reforma psiquiátrica e direitos dos usuários” (BRASIL, 1994, p. 2). O CNRP foi extinto em 1998, já no primeiro mandato do então presidente Fernando Henrique Cardoso.

Assim, na década de 1990, observamos avanços na promulgação de legislação circunscrita a vários estados brasileiros, que no rastro do Projeto de Lei Paulo Delgado propõem a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral no território. Todavia, não temos efetivamente um processo contínuo de implantação de serviços especializados no território, como os CAPS, mas ainda um intenso financiamento público aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Na avaliação de Rodrigues e Leite (2001), a Reforma Psiquiátrica, na década de 1990, avança no Brasil circunscrita a um

contexto de ofensiva neoliberal, de redução de serviços, e, particularmente na área de Saúde Mental, de redução de leitos psiquiátricos em um número superior à criação de serviços psiquiátricos comunitários alternativos ao asilamento. Podemos acrescentar a isso um outro dado: o baixo potencial de cobertura assistencial da maioria dos serviços alternativos à internação, em especial os hospitais-dia, ainda restritos a atenção a uma clientela de nosologia mais leve e de prognóstico mais favorável.

O ano de 2000 é marcado pelas Portarias 106 e 1220, que instituíram os Serviços Residenciais Terapêuticos, que se conformaram em importantes dispositivos para a desinstitucionalização daqueles em sofrimento mental que “residiam” em hospitais psiquiátricos por diversos motivos como, por exemplo, pela cronicidade da doença e pela falta de suporte social.

Em 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, é homologada pelo presidente Fernando Henrique, a Lei 10.216, que apesar de apresentar modificações no Projeto inicialmente proposto, se institui como instrumento legal, trazendo visibilidade ao redirecionamento da atenção em saúde mental. A partir da Lei 10.216, são emitidos diversos dispositivos legais na área de saúde mental. A Lei 10.216 e as legislações fomentadas por ela, dão “corpo legal” aos preceitos e a luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de “proposta alternativa” e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Mais do que isso, a influência do seu ideário vem-se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde (BEZERRA JÚNIOR, 2007, p. 243).

Em 2002, a Portaria 251 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria. As Portarias 336 e 189, de 2002, “deram existência institucional” aos CAPs (PITTA, 2011, p. 4586) e, através de mudanças no financiamento, contribuíram para a ampliação destes dispositivos em território nacional (COSTA et al., 2011).

Em 2003, a Lei 10.708 cria o Programa De Volta Pra Casa, no qual é instituído auxílio-reabilitação psicossocial para usuários egressos de internações de no mínimo dois anos. Como dispositivo legal para a redução progressiva de leitos hospitalares, temos em 2004 a Portaria 52, que institui o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH).

Segundo Schechtman e Alves (2014, p. 53) a partir de 2005 a concentração de esforços foca-se “na ampliação e consolidação da rede de serviços comunitários, na realização de encontros e seminários dos diversos serviços, na ampliação de programas de capacitação, e no fomento a pesquisas e estudos da nova rede de cuidados”.

Em 2008, é regulamentada a Portaria 154, do Ministério da Saúde, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes dos NASFs devem ser compostas por profissionais de diversas áreas de formação, trabalhar em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF), na perspectiva de compartilhamento de “práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado” (Art. 2º, BRASIL, 2008). A referida Portaria recomenda ainda, em seu ART. 4º, parágrafo 2º, que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde

mental (IDEM). Desta forma, as unidades básicas de saúde compõem-se na base territorial do atendimento à saúde da população como um todo.

Tendo a atenção básica como um dos componentes, em 2010, entra em vigor a Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e em 2011, é instituída a Portaria 3.088, referente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta apoiada na Lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária, como reivindica a Reforma Psiquiátrica.

Os preceitos da Reforma estão presentes nas legislações mais recentes e na ampliação da rede de atendimento através da criação de CAPS e equipes de Matriciamento na atenção básica. Sendo assim,

o sucesso do movimento da Reforma pode ser medido em parte pelo fato de que ninguém mais resiste abertamente ao ideário antimanicomial. Mesmo os defensores dos hospitais psiquiátricos que tentam reverter os dispositivos legais e as articulações políticas que sustentam o novo cenário psiquiátrico no país afirmam estar de acordo com as diretrizes gerais do movimento transformador da assistência, centrando suas críticas e reivindicações no que apresentam como insuficiências ou inconsistências do novo modelo assistencial (BEZERRA JÚNIOR, 2007, p. 244)

As normas instituídas reforçam a importância do tratamento no território onde os usuários têm suas existências organizadas e seus laços sociais estabelecidos. Contudo, ainda se mostra um grande desafio à Reforma Psiquiátrica brasileira e a todos que lutam por mudanças no paradigma da loucura, a efetivação de uma rede territorializada que acolha as diversas demandas dos sujeitos em sofrimento mental.

1.2 AMBULATÓRIO

O contexto histórico de nascimento dos primeiros ambulatórios, início do século XX, é marcado pela extrema desigualdade social, pela migração, e pelo preconceito étnico, lembrando que a abolição da escravatura tinha ocorrido oficialmente há praticamente trinta anos (tempo ínfimo para haver transformações nas práticas de instituições e na cultura de um país). O sofrimento mental, era visto como problema moral, pois não se encaixaria em uma normalidade ética socialmente esperada, e a higiene mental e a eugenia, apresentavam-se como pensamento dominante (LOUGON, 2006).

Até o final da primeira década do século XX, a assistência psiquiátrica era basicamente realizada em instituições fechadas superlotadas, como o Hospício Nacional de Alienados. Em 1916, Ernane Lopes em conferência proferida no Congresso de Medicina Social em Tucumán - Argentina, “defende, pela primeira vez na história da psiquiatria da

América do Sul, a necessidade de assistir certos psicopatas curáveis sem os internar em manicômios propriamente ditos” (LOUGON, 2006, p. 74).

Com a crítica ao modelo de serviço fechado, germinam propostas que buscavam a reformulação e ampliação da assistência. Assim, o primeiro ambulatório especializado em atendimento psiquiátrico no Brasil foi criado no Serviço de Profilaxia Mental de Engenho de Dentro, por Gustavo Riedel, em 1918 (LOPES, 1960, SANTOS, 2007). Este ambulatório, ligado à Colônia do Engenho de Dentro, teria como objetivos, nas palavras de seu fundador:

a tríplice finalidade de realizar a prevenção das doenças mentais, pelos métodos mais modernos, pôr em prática paralelamente os mais úteis objetivos eugênicos e, como pretexto, prestar ótima assistência médica a grande parte da população pobre dos subúrbios (RIEDEL, apud LOUGON, 2006, p. 75).

Em 1922, o mesmo Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que tinha por preceitos a profilaxia e a eugenia. Ao longo dos anos 1920, outros ambulatórios foram criados, ainda com uma perspectiva de eugenia, orientada pela LBHM (LOUGON, 2006 e SANTOS, 2007). Desta forma, os ambulatórios buscavam tratar principalmente negros, imigrantes e pobres (SANTOS, 2007). Conforme Severo e Dimenstein (2011), a psiquiatria, à época, estando mais próximo à comunidade, atuaria em uma perspectiva de vigília, de normalização social, no controle de imigrantes e de matrimônios, com o intuito de impedir uma deterioração hereditária.

A partir da década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), houve a construção e a ampliação de ambulatórios de higiene mental (SILVA FILHO, 2000). Até a criação da SNDM, em todo território nacional haviam quatro ambulatórios psiquiátricos (PAULIN; TURATO, 2004). Estes, na década de 1960, totalizam dezessete para o território nacional e funcionam na lógica de seleção de clientela para hospitais psiquiátricos (RESENDE, 2007).

Com a assunção da ditadura militar em 1964, observamos as mudanças ocorridas na atenção à saúde como um todo e principalmente, na saúde mental, a partir da criação em 1966, do INPS. As ações deste período vão marcar de forma indelével a organização e a forma de prestar assistência aqueles em sofrimento mental. Assim, institui-se no território nacional uma política de saúde mental voltada para a privatização da assistência, cabendo ao Estado comprar serviços de instituições privadas, sendo o principal tratamento a internação.

Em 1968, foi formada a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, do então estado da Guanabara, (CPAP-GBM). Segundo seu relatório, publicado em 1971, o panorama da assistência psiquiátrica era marcado por um “setor ambulatorial totalmente deturpado,

principalmente como encaminhador de laudos para internação, e o hospital se consagrando como o grande e único agente terapêutico eficaz” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 250).

Com a repercussão do relatório da CPAP, a Secretaria de Assistência Médica do INPS convida a maioria de seus membros para a realização de um estudo, com o objetivo de reformular a assistência psiquiátrica nacional. Em 1973, após dois anos de trabalho, é aprovado o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica da Previdência. Este, segundo PAULIN e TURATO (2004), tendo suas raízes nos estudos do CPAP, consagraria os princípios da psiquiatria comunitária brasileira.

Desta forma, o Manual priorizava uma assistência psiquiátrica desenvolvida na comunidade, com uso de recursos ambulatoriais e objetivando realizar o tratamento próximo às famílias (SANTOS, 2007, PAULIN; TURATO, 2004). Contudo, o preconizado pelo Manual não foi totalmente implementado nas práticas de assistência psiquiátricas em âmbito nacional. Conforme aponta Luiz Cerqueira, em texto de 1984, o Manual

foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados (apud PAULIN; TURATO, 2004, p. 251).

Ainda na década de 1970, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), através do Decreto n. 66.623, que apresentava como objetivos o planejamento, a coordenação e a fiscalização dos serviços de assistência e reabilitação de “psicopatas e os de higiene mental” (GUIMARÃES, 2010, p. 277). Percebe-se que o pensamento higienista, embora historicamente associado ao início do século XX, permanecia presente nas propostas de políticas públicas no campo da saúde mental.

Com o intuito de estabelecer normas legais, que priorizassem o tratamento ambulatorial e a reversão do montante crescente de internações de longa permanência, em 1974, a DINSAM aprova a Portaria n. 32. Esta foi uma proposta de reformulação da atenção psiquiátrica, a partir da reedição de textos anteriores, na qual, novamente, não houve mudanças nas práticas já constituídas (SANTOS, 2007).

Em 1977, o Ministério da Saúde, lança o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM). Com o objetivo de qualificar médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento ambulatorial de saúde mental em centros de saúde e unidades básicas, o PISAM busca instaurar uma política de saúde mental preventiva. Conforme ressalta Amarante (1995), apesar de ter sido mais bem implantado nos estados do Norte e Nordeste, seus resultados

apresentaram pouco impacto nos problemas de saúde mental, não atingindo os egressos de internações e tampouco àqueles que têm uma maior cronicidade da doença.

Em pouco tempo, o PISAM é desativado, sendo duramente criticado pelo setor privado e por segmentos do MS ligados a este e/ou à psiquiatria biológica (PAULIN; TURATO, 2004, AMARANTE, 1995). Conforme afirma Goulart (2006), tanto a Portaria 32, de 1974, quanto o PISAM, de 1977, apontavam a necessidade de racionalização das ações e de trabalho preventivo. Contudo, não conseguiram concretizar mudanças na atenção em saúde mental nacional, principalmente, na reversão do grande número de internações.

No período de 1970 a 1980, observa-se o aumento do número de consultas ambulatoriais de psiquiatria na ordem de 902,12%, sendo o índice de cobertura populacional por mil habitantes para o período, também aumentado em 163,10% (CRUZ FILHO apud MONTEIRO, 2010). Quase 60% dos serviços apresentavam-se reunidos na região sudeste, que concentrava a “maior parte dos recursos previdenciários, conseguidos nos embates políticos legítimos ou pouco transparentes” (MONTEIRO, 2010, p 31).

No final dos anos 1970, com a mobilização do Movimento da Reforma Psiquiátrica, e sua luta pela transformação na assistência ao cidadão em sofrimento mental, o ambulatório surge como possibilidade de concretização de dispositivo de atenção em saúde mental, onde o tratamento possa ser realizado fora de instituições fechadas. Assim, o ambulatório era visto, à época, como “primeiro passo da Reforma Psiquiátrica” (YASUI; COSTA–ROSA, 2008, p. 31) e “um dos dispositivos da Reforma” (SANTOS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2009, p. 314), pois deveria ser um serviço extra hospitalar e contar com equipe multiprofissional. Esperava-se que o ambulatório fosse um local humanizado, que acolhesse os usuários, na expectativa da diminuição e racionalização da internação (SANTOS, 2007).

Em 1980, após a VII Conferência Nacional de Saúde, o Estado apresenta, como proposta, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Como nos aponta Santos (2007) e Amarante (1995), este preconizava a criação de serviços integrados e regionalizados, bem como a participação da comunidade. Contudo, o PREV-SAÚDE por apresentar princípios considerados estatizantes e democratizantes, recebe muitas críticas dos segmentos ligados à ditadura, não sendo, obviamente, implantado (AMARANTE, 1995).

As propostas do PREV-SAÚDE eram tão ambiciosas em suas metas que a oposição criada pelas entidades privadas, bem como por parte de instituições públicas, principalmente ligadas à Previdência Social, levaram a modificações substanciais da proposta inicial, a qual no final se restringiu a uma reordenação no setor público prestador de serviços de saúde, não fazendo qualquer menção ao setor privado e definindo como áreas de abrangência as localidades de maior carência e grupos sociais mais desprotegidos, perdendo completamente o propósito inicial (TANACA; RESENBURG, 1990, p. 61)

Um ano após, em 1981, o Estado cria através do decreto 86.329, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que, segundo Tanaca e Resemburg (1990), elabora uma contraproposta ao PREV-SAÚDE através do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito de Previdência Social. Com o Plano e suas Ações Integradas de Saúde (AIS), o Estado brasileiro passa a investir no sistema de atendimento, priorizando a expansão da rede ambulatorial, além da reforma dos hospitais.

Conforme Tenório (2002), na década de 1980, observou-se iniciativas que se dividiam entre a criação de ambulatórios como alternativa às internações e a tentativa de moralização, humanização e racionalização dos hospitais psiquiátricos. Em um contexto de luta pela redemocratização do país, crise da Previdência, advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica e denúncias às práticas existentes em saúde mental - como violências em hospitais e óbitos suspeitos – assistiu-se a expansão do número de ambulatórios tanto como resposta e tentativa de alteração da atenção em saúde mental no país, quanto também como instrumento de controle social.

Constata-se que os ambulatórios psiquiátricos, ainda que como possibilidade de humanização e modernização, também sutilmente, ampliavam, viabilizavam e aproximavam especialmente o autoritário e o repressivo controle estatal, na sua vertente técnica, privatista e assistencialista, da população civil e dos conflitos gerados pelas insatisfações e inadequações sociais crescentes naqueles anos. (MONTEIRO, 2010, p. 30-31)

Ao contrário das expectativas daqueles que defendiam os preceitos da Reforma Psiquiátrica, o dispositivo ambulatorial tornou-se, em sua prática cotidiana, um serviço burocratizado, em que o tratamento era baseado em consultas curtas e muito espaçadas, com repetição de receitas médicas, pouca resolutividade e sem considerar as especificidades da população, que apresentava dificuldades de aderir a um tratamento com hora marcada (TENÓRIO, 2007). Por outro lado, atraiu novos usuários, aumentando o consumo de psicotrópicos, acabando por cronificar a população usuária de seus serviços (SEVERO, 2009). Como aponta Silva Filho (2000, p. 17), o ambulatório

[...] não reduziu as internações, tendo aumentado o número de leitos contratados e de internações produzidas [...] Podemos dizer que, ao contrário, serviu de meio de acumulação capitalista tanto para a indústria farmacêutica quanto para o setor privado contratado, ampliando o controle social e atualizando o mandato político-ideológico da psiquiatria sobre a desordem pública.

Temos assim, nos anos 1980, um dispositivo em saúde mental que, mais uma vez, tinha um caráter curativo, com o discurso médico prevalecendo aos demais membros da equipe. Assim, “os psiquiatras faziam as consultas e a triagem, com objetivo diagnóstico,

selecionando quem seria medicalizado e quem seria encaminhado à psicoterapia ou à internação em hospital psiquiátrico” (SANTOS, 2007, p. 66).

Na prática, o tratamento ofertado pelos ambulatorios não conseguiu romper com o ciclo crise–internação–alta. Apresentando-se como “uma tentativa iatrogênica de reformular o sistema psiquiátrico” (SANTOS, 2007, p. 64), pois conforme Yasui e Costa-Rosa (2008), ao aumentar o acesso às consultas psiquiátricas, base do atendimento ambulatorial, produziu, concomitantemente, a ampliação das internações, tornando-se instrumento para a internação psiquiátrica, o que vinha de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

A atenção em saúde mental, no cotidiano do usuário em sofrimento mental à época, aparece assim, como mais uma expressão da desigualdade social e da dicotomia entre as classes sociais na sociedade capitalista. Enquanto havia uma assistência pobre para os pobres, que em grande parte encontravam o enclausuramento como principal resposta a seu sofrimento, para os da elite, mesmo podendo apresentar sofrimentos similares, haviam mecanismos variados de tratamento, para além da internação. Nas palavras de Bezerra Júnior:

uma análise crítica da distribuição social da oferta dos serviços de saúde mental revelará que existe uma desigualdade no que tange ao tipo de tratamento oferecido aos membros das diversas camadas sociais. Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as “consultas” de cinco minutos em ambulatorios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento (1987, p. 137).

Mesmo com o aumento de dispositivos ambulatoriais, este processo não trouxe mudanças reais na lógica da atenção em saúde mental baseada na internação como principal resposta. Como nos apontam os dados referentes às verbas públicas, gastas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com serviços psiquiátricos contratados em 1985, já no início da Nova República, 81,96% destinavam-se às internações, e somente 4%, à assistência ambulatorial (TENÓRIO, 2002).

Alvo de muitas críticas, o processo de aumento do número de ambulatorios no Brasil, na década de 1980, foi descrito na literatura como um processo de “ambulatorização” (TENÓRIO, 2001, SILVA FILHO, 2000). Sendo assim, a “ambulatorização não questionava os efeitos negativos do manicômio: a cronificação, a estigmatização do sujeito internado, a hierarquização entre membros da equipe e o imperativo do saber médico” (SANTOS, 2007, p. 67).

A partir dos questionamentos às práticas então instituídas na assistência em saúde mental, entre elas, as inscritas nos ambulatorios, com os processo de “ambulatorização”,

surtem novas experiências que buscam estabelecer serviços renovados e que possam concretizar, em suas ações, os preceitos da Reforma Psiquiátrica. No ano de 1987, surge o primeiro CAPS, em São Paulo, nomeado Luiz Cerqueira.

O CAPS Luiz Cerqueira e os CAPS que nele se inspiraram partem da constatação de que a especificidade clínica da clientela-alvo, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de vida gerada pela doença e às possibilidades de expressão subjetiva do psicótico grave, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal (TENÓRIO, 2002, p. 39).

Com a Portaria 224, de 1992, o atendimento em saúde mental é dividido em hospitalar e ambulatorial, sendo os CAPS e NAPS incluídos na categoria de atendimento ambulatorial. A Portaria caracteriza como atendimento ambulatorial as atividades desenvolvidas em unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ficando a hierarquização e regionalização a cargo do órgão gestor local (BRASIL, 1992).

Para os ambulatórios especializados, tal Portaria afirma que a equipe multiprofissional deverá ser composta de diferentes profissionais, como psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros. A referida Portaria não estabelece composição mínima das equipes, que terão sua formação a cargo também da gestão local. Contudo, afirma que o serviço ambulatorial deverá oferecer atendimento individual e grupal, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

Aproximadamente dois meses após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, o Ministério da Saúde publica a Portaria 336, que em seu primeiro artigo, parágrafo segundo, define o CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002). Assim, o CAPS busca superar as limitações do ambulatório de saúde mental, sendo um dispositivo vinculado à rede territorial. Segundo Tenório (2007, p. 18), “o modelo dos CAPS e da atenção psicossocial surgiu como proposta de superação não apenas do recurso indiscriminado à internação, mas também das limitações do ambulatório, que ficou então, condenado a um certo ‘ostracismo’ no âmbito da Reforma”.

Este “ostracismo” do ambulatório, repercute na norma legal, pois não aparece sendo abordado especificamente em mais nenhuma legislação após a Portaria 224, de 1992. Mesmo estando inserido em uma política de saúde mental, baseada em princípios da Reforma Psiquiátrica e perfazendo o total de 862 unidades em território nacional, segundo pesquisa da Coordenação de Saúde Mental, de dezembro de 2006 (BRASIL, 2007).

O Relatório de Gestão de 2003-2006 (BRASIL, 2007), referente à saúde mental no SUS é o último relatório, a explicitar em seu texto, aspectos do ambulatório especializado em saúde mental. No documento, o Ministério da Saúde aponta o ambulatório como um dos

dispositivos da rede de atenção de base comunitária em construção, sendo apresentado juntamente como os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e Culturas, as Equipes Matriciais, e os hospitais-dias, que deverão ser superados, transformando-se em CAPS.

Neste Relatório, o ambulatório é caracterizado como dispositivo que, apesar de ser responsável por inúmeras consultas de psiquiatria e psicologia, apresenta crises frequentes de funcionamento, longas listas de espera, pouca articulação com a rede e baixa resolutividade. O Ministério da Saúde afirma ainda, a necessidade de aprofundar a discussão sobre estes dispositivos, que necessitam de melhor articulação com os CAPS, a atenção básica e o território, para a formulação de novas diretrizes de funcionamento, visto que estão sob as diretrizes ainda da Portaria 224/92.

Entretanto, o mesmo documento discorre sobre a necessidade de municípios maiores terem ambulatórios, visto que

possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território (BRASIL, 2007, p. 19).

No Relatório de Gestão 2007-2010, publicado em janeiro de 2011, o ambulatório não mais aparece como dispositivo da Rede de Atenção de Base Comunitária, somente os CAPS, as Residências Terapêuticas e os NASF. O ambulatório somente é citado no capítulo 11, quando do relato dos resultados do programa de avaliação de CAPS, de 2008/09. Assim, afirma que os CAPS, cumprindo sua missão de atender a população mais grave, encaminha um grande fluxo de pessoas consideradas menos graves a ambulatórios (BRASIL, 2011a).

Cinco meses após a publicação do referido relatório, foi editado o Decreto 7508, que regulamenta a Lei 8080/90, dispondo sobre a organização do SUS. O artigo 10º faz referência a ambulatórios especializados, que terão como porta de entrada os serviços de atenção primária, urgência e emergência, psicossociais e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011b). Como legislação que contempla o SUS em sua totalidade, não especifica os tipos de especialidades ambulatoriais.

Atualmente o ambulatório não está incluído como ponto de atenção nas diretrizes do Ministério da Saúde presentes na Portaria 3088 de 2011 (BRASIL, 2011c). O ambulatório sequer é citado nesta legislação para qualquer fim. Tampouco o ambulatório de saúde mental aparece como dispositivo de atenção nos Cadernos de Atenção Básica n. 34, referentes a saúde mental (BRASIL, 2013c). Neste, os dispositivos da atual Política de Saúde Mental brasileira são caracterizados como substitutivos ao modelo manicomial.

Sendo assim, inicialmente ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, apresentando-se como dispositivo a ser pensado para além do manicômio, os ambulatórios de saúde mental situam-se atualmente aquém da legislação mais atual. Permanecendo em um limbo legal, no qual sua última normatização remete a 1992, há vinte e três anos, anterior até mesmo a Lei máxima da saúde mental a 10.216, de 2001.

Excluído das normas legais, o ambulatório de saúde mental também não se apresenta presente nas atuais estatísticas oficiais. Desta forma, não encontramos em nossa pesquisa, qualquer tipo de levantamento sobre os ambulatórios especializados em saúde mental no Brasil referente ao ano de 2014. Como afirmado anteriormente, tanto os dados divulgados pelo MS, através da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011d), anterior a RAPS, como o último de outubro de 2015 (BRASIL, 2015) não abarcam o dispositivo ambulatorial como constituinte de sua publicação.

A partir de nossa experiência com a rede de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro, podemos afirmar que atualmente, após o encerramento das atividades do ambulatório do Instituto Municipal Philippe Pinel, em 2014, contamos com cinco ambulatórios de unidades especializadas em saúde mental no município do Rio de Janeiro¹. Destes, somente o ambulatório do IPUB, por ser ligado uma instituição universitária federal, não possui como critério de exclusão para atendimento, a região de moradia do usuário, ou seja, realiza o acompanhamento do usuário independentemente de sua área de residência, os demais somente tratam usuários adscritos a seus territórios.

Torna-se necessário que os dispositivos ambulatoriais existentes sejam pensados em suas ações cotidianas de atenção em saúde, de ensino e como espaço de pesquisa. Afinal, ainda são responsáveis pelo acompanhamento de milhares de usuários que tem suas vidas, e de sua rede social de apoio, marcadas pelo sofrimento mental; por ser cenário de prática de profissionais, que necessitam de uma formação crítica para o fortalecimento dos preceitos da Reforma, e ainda, por se apresentarem como local potencial de estudo sobre saúde mental.

Como cenário de prática de diversos alunos, o ambulatório de saúde mental contribui para a formação de profissionais que terão sua atuação, seja na rede pública ou privada de saúde, influenciada pelas práticas exercidas e conceitos transmitidos neste dispositivo. Devemos refletir se o dispositivo ambulatorial contribui para uma formação que vá ao encontro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a necessidade de formação de

¹ Ambulatórios de saúde mental ligados as seguintes unidades: IPUB/UFRJ, Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), Hospital Municipal Jurandyr Manfredine, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Instituto Nise da Silveira.

profissionais críticos e competentes que pensem no sofrimento mental para além de sintomas a serem classificados.

O esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante. Isto implica não apenas o entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos, como também a possibilidade de autorreflexão, de reavaliação constante do impacto que o trabalho cotidiano nas atividades assistenciais exerce sobre a própria subjetividade - única forma de combater os insidiosos “manicômios mentais”, muito mais resistentes à mudança justamente por não serem objetivos, e sim enraizados em padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas (BEZERRA JÚNIOR, 2007 p. 246).

Contudo, não acreditamos que o ambulatório de saúde mental, atualmente, seja um dispositivo imprescindível na rede de atendimento. A concentração de profissionais especializados neste, poderia ter maior potencialidade de ações em saúde, se estivessem distribuídos pela rede de atenção psicossocial, com interação direta com os demais profissionais, não necessariamente especializados em saúde mental, e trabalhando no território de existência da população usuária. Assim, os profissionais poderiam exercer suas atividades de atendimento, ensino e pesquisa diretamente em unidades de saúde da rede, seja em CAPS, em Centros Municipais de Saúde ou em equipes de matriciamento (NASF).

1.3 ACOLHIMENTO

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, garante o acesso universal e igualitário à ações e serviços que promovam, protejam e recuperam a saúde. A Lei nº 8.080, de 1990, em seu artigo 7º, afirma que o SUS deve obedecer aos princípios de universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade de assistência, direito a informação sobre os serviços, participação da comunidade, entre outros (BRASIL, 1990). As legislações pertinentes a área da saúde, corroboram para uma mudança de paradigma de atenção, no qual o sistema de saúde público nacional deve atender todo e qualquer cidadão, com ações voltadas para um cuidado integral.

Com todo o ganho concretizado através das lutas, tanto do Movimento da Reforma Sanitária como da Reforma Psiquiátrica, tivemos o acúmulo de crítica às formas estabelecidas de atenção àqueles em sofrimento que buscam atendimento em unidades de saúde. Ou seja, apesar do ganho democrático para o país, da garantia por lei de um sistema público de saúde, que se pretende universal, começou-se a questionar como eram as práticas que permeavam o

atendimento ao cidadão nas unidades de saúde.

A população, principal interessada em uma atenção em saúde de qualidade, insatisfeita com os serviços prestados, buscou estratégias que poderiam estar a seu alcance para garantir seu direito à saúde. Uma dessas estratégias era a busca por instâncias as quais pudessem ter seus questionamentos ouvidos, como as ouvidorias, Ministério Público, meios de comunicação, entre outros. Vemos como o apelo dos usuários aparece como justificativa para o lançamento, em 2001, do Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH).

O Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil (BRASIL, 2001, p. 9).

No cerne da transformação de “cultura no atendimento de saúde”, como afirmado pelo PNHAH, está a relação usuário-serviço que deve basear-se na concretização de um efetivo sistema público de saúde, que busque a universalização de acesso e integralidade das ações. Ou seja, os serviços para corroborarem com os preceitos legais devem ter suas práticas permeadas por ações que afirmem os direitos de acesso, respeito a autonomia e integralidade.

Mediante o entendimento da necessidade de acolher os usuários, os serviços têm configurado espaços variados, que mesmo auto intitulando-se de acolhimento, podem mostrar-se díspares.

A ideia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer, ao falar do acolhimento, esta longa trajetória, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer sobre “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que, algumas destas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos (BRASIL, 2010, p. 13).

A reflexão sobre o acolhimento, tradicionalmente, era restrita à preocupação com a dimensão espacial (ambiente confortável e recepção administrativa) e/ou com procedimentos de triagem/encaminhamento para serviços especializados (BRASIL, 2010). Contudo, são vários os autores que buscam analisar as formas de acolhimento em saúde, a partir de uma perspectiva voltada para o interesse do usuário, não somente do serviço, e com base nos preceitos constitucionais.

Assim, para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento seria uma diretriz do modelo tecno-assistencial, orientada pelos princípios do SUS, que propondo a reorganização do serviço, trabalharia para a garantia do acesso universal, atendimento humanizado e

resolubilidade. Carvalho e Campos (2000), caracterizam o acolhimento como um arranjo tecnológico, que a partir da escuta do usuário, em uma primeira atenção, objetiva solucionar seus problemas mais simples e/ou encaminhá-lo com a perspectiva de garantia de acesso.

Para Abbês e Massaro (2004, p. 21), o acolhimento se distinguiria por ser

um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Para Silva; Welzbacher; Eggers (2011), o acolhimento seria um dispositivo que contribui para a viabilização do SUS, visto que, constrói uma relação de compromisso e confiança entre os envolvidos nos serviços de atenção à saúde. Andrade, Sousa e Quinderé (2013), afirmam que o acolhimento pode facilitar o acesso da população aos serviços, com a oferta de assistência adequada, podendo ser, também, um dispositivo que interroge as práticas cotidianas.

Com a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, temos o acolhimento apresentado como uma de suas “diretrizes de maior relevância ética/estética/política” (BRASIL, 2010, p.6). A PNH, também denominada de HumanizaSUS, tem como objetivo “pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (BRASIL, 2013, p. 1).

Como diretrizes a PNH aponta, juntamente com o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. O acolhimento é definido na PNH como o reconhecimento da legitimidade e singularidade da solicitação de saúde do usuário, sendo estabelecido de forma coletiva, com o objetivo da construção de confiança, compromisso e vínculo nas relações serviços/equipes/trabalhadores e usuários, não esquecendo sua rede sócio afetiva, e necessitando, para sua efetivação, de uma escuta qualificada (BRASIL, 2013c).

Desta forma, como prática realizada no cotidiano dos serviços, o acolhimento deve ser pensado como relação entre usuários e profissionais, em uma perspectiva de acesso a direitos de saúde, nos quais o usuário deve ter respeitados sua autonomia e história de vida. Para tanto, torna-se necessário “qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 345). No acolhimento torna-se necessário que os profissionais possam se reconhecer como “protagonistas da produção do seu cotidiano” (MERHY, 2004, p. 3-4). Afinal, o acolhimento

é uma prática que se dá na interação entre pessoas, que por sua complexidade, deve ser cotidianamente construída, tanto individual, como coletivamente.

Os profissionais devem ter claro, que suas ações cotidianas não devem ser baseadas em boa vontade e assistencialismo. Não é um favor ao usuário que é realizado no acolhimento, mas sim a viabilização de um direito que influenciará diretamente em sua existência. O estabelecimento de vínculos entre aquele que procura ajuda em um serviço, com a perspectiva de encontrar profissionais habilitados a escutarem seu sofrimento, e a equipe, pode propiciar uma mudança na trajetória de vida do usuário e sua rede de suporte social.

Um acolhimento realizado de forma ética, na perspectiva de corresponsabilização pelos passos seguintes que seguirá o usuário, mesmo que não se deem na mesma instituição, mas que o serviço possa ser reconhecido como mais um a ser acionado na falta da efetivação do tratamento, acreditamos que poderá influenciar também em possíveis agravamentos que levem, em situações extremas, por exemplo a internação. Como nos aponta a experiência de V. G. Netto (2007, p. 40):

o que muitas vezes vivenciamos no cotidiano dos serviços de emergência e de internações por onde passamos, foram internações que poderiam ter sido evitadas caso os serviços de acompanhamento ambulatorial não tivessem consultas tão espaçadas, e dispositivos de acolhimento aos pacientes de primeira vez inexistentes.

O atendimento realizado nos espaços que recepcionam aqueles em sofrimento, pode propiciar que o usuário possa ter seu tratamento viabilizado e sinta-se fortalecido para lutar por sua existência, ou mesmo que se sinta extremamente negligenciado, pelo desrespeito a sua história de vida e a não efetivação de um tratamento de qualidade. O que contribui tanto individualmente para com o agravamento das condições de vida do usuário, quanto coletivamente, para o enfraquecimento da luta por instituições públicas realmente democráticas.

Desta forma, acreditamos que ter saúde, ou seja, ter condições de existência, que não sejam marcadas predominantemente por sofrimentos físicos ou mentais, tendo acesso a todo aparato construído pela humanidade voltado para a manutenção da vida, apresenta-se como uma das condições básicas para que os seres sociais possam tornar-se sujeitos de sua história. Como afirma Marx e Engels, em *A ideologia Alemã*,

somos obrigados a começar pela constatação de um primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, ou seja, o de que todos os homens devem ter condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo beber, comer, morar, vestir-se e algumas outras coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material; e isso mesmo constitui um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história que se deve, ainda hoje como há milhares de anos, preencher dia a dia, hora a hora, simplesmente para manter os homens com vida (MARX; ENGELS, 1998, p. 210).

O acolhimento pensado como primeira forma de viabilização de atos de cuidado, apresenta-se como momento essencial para o usuário, em que possa expressar suas necessidades de saúde. Torna-se espaço privilegiado com potencial para a reflexão não só de sintomas, mas sobretudo de condições sociais da produção deste sofrimento. No pensamento de Merhy (2004 p. 4), o acolhimento faz parte do território das necessidades de saúde, pertence “ao que é vital e nuclear para definir o campo da saúde como um território no qual se realizam atos de cuidado, ético-politicamente comprometidos com o enfrentamento das necessidades e com a promessa da produção de vida”.

No momento em que o serviço de saúde busca refletir sobre a relação de seus profissionais com os usuários e trabalhar em uma perspectiva de acolhimento, abre a possibilidade de mudança de suas ações, que por vezes poderiam ser caracterizadas por simples repetições automáticas de práticas já instituídas (como por exemplo, o atendimento burocrático, que se limita a dar informações pré-estabelecidas, ignorando a complexidade que abarca a demanda de cada usuário).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), precisamos entender o acolhimento como uma mudança nas formas de organização dos serviços, de forma que o atendimento seja voltado para os usuários, baseado nos princípios de acessibilidade universal, no qual todos que procuram os serviços devem ser atendidos; de reorganização do processo de trabalho, com o deslocamento do eixo central da figura médica para a da equipe multiprofissional de acolhimento e de qualificação da relação trabalhador-usuário.

Como nos aponta Mângia et al. (2002), no tocante a reorganização do serviço, a implantação do acolhimento tende a gerar um fluxo dinâmico tanto intrínseco à instituição, como em sua articulação com demais recursos da comunidade. O acolhimento, por partir do pressuposto da responsabilização por soluções às necessidades da população, deve buscar recursos alternativos também em outras áreas, que podem influenciar diretamente no processo de saúde, como nos âmbitos socioeconômico, da assistência social, político e cultural.

A prática do acolhimento evidencia que os serviços não têm que dispor de todos os recursos necessários para cada caso, mas devem desenvolver a possibilidade de agenciar recursos e soluções mais adequados às situações. Promovendo a entrada no circuito de outras instituições e/ou construindo redes de suporte no território, a fim de que o usuário/familiar obtenha respostas mais favoráveis (MÂNGIA et al., 2002, p. 18).

O acolhimento como atendimento que propõe a responsabilização dos profissionais pela escuta e “respostas” às demandas, que podem ser extremamente amplas e complexas, deve ser compreendido como um mecanismo fundamental de criação e garantia de direitos na saúde, não deve ser reduzido, portanto, a uma triagem. Entendemos que as formas como os

usuários são atendidos nos serviços de saúde, refletem a lógica implícita a que este serviço se inscreve. Ou seja, se o cidadão é acolhido como sujeito em sofrimento que necessita ser ouvido em toda a sua complexidade, ou se é “triado” a partir de seus sintomas pontuais, que preenchem ou não critérios de acesso à instituição. Conforme asseverou Oliveira, “acolher não se confunde com triar”. Para a autora,

a ideia não é dividir ou classificar os sintomas das pessoas como tal ou qual distúrbio para rapidamente indicar algum tratamento. Acolher significa receber bem, com atenção tempo e disponibilidade para que seja possível escutar e valorizar as particularidades de cada situação. A função da escuta na recepção não deve estar interessada unicamente em “selar a sorte do paciente”, encaixando-o num diagnóstico que invariavelmente já vem acompanhado de uma série de prescrições terapêuticas. Acolher significa promover condições para aquele que sofre fale de seu mal-estar a fim de possibilitar uma avaliação consistente e coerente com aquilo que foi transmitido, muitas vezes também pelos familiares (OLIVEIRA, 2000, p. 34).

O momento da recepção dos usuários nos serviços, apresenta-se como um espaço potencial de construção de vínculos, afirmação de direitos e fortalecimento do SUS. O ato de receber o usuário e sua rede de suporte social (que pode ser composta por familiares ou aqueles que lhes oferecem cuidado, como vizinhos, membros de um mesmo credo religioso e etc.), em seu primeiro atendimento e oferecer-lhe um local aonde pode livremente falar de seus sofrimentos, já se apresenta como espaço de tratamento.

No tocante ao sofrimento mental, principal foco deste estudo, o primeiro atendimento àquele que procura um serviço de saúde, com a perspectiva de minorar/curar seu sofrimento, pode tornar-se crucial para sua existência. Pessoas que sofrem de algo que as atormenta, podendo ou não apresentar sintomas físicos, tem sua existência marcada também pelo preconceito de uma sociedade, que em grande parte, ainda não entende que aquele que padece de um sofrimento mental necessita de cuidado.

Desta forma, tristezas profundas, choros constantes, falta de motivação para atividades de rotina, medos que limitam atividades cotidianas, e em casos mais extremos tentativas de suicídio, por exemplo, podem ser percebidas no senso comum como problemas individuais de falta de caráter, covardia, entre tantos outros estereótipos de culpabilização do sujeito que sofre. É de suma importância que o acolhimento possa trabalhar na perspectiva de reflexão com o usuário para além dos preconceitos sociais e não que se torne mais um dispositivo que o marque como somente portador de algum diagnóstico específico.

É necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão simultaneamente a experiência subjetiva singular e o contexto social histórico em que a experiência emerge, pois por mais que o sofrimento individual abarque uma dimensão biológica, ele só adquire existência para o sujeito como uma experiência vivida na relação com outros homens, mediada pelo conjunto de dispositivos que a sociedade lhe oferece (BEZERRA JÚNIOR, 1992, p. 115).

O momento de procura de uma unidade de saúde, por alguém que tenha sua existência marcada por algo que não consegue controlar e lhe traz angústia, tristeza, visões ou mesmo escuta de sons não compartilhados pelas demais pessoas, é o momento que este usuário precisa se sentir confortável e confiante para expor seus pensamentos a uma equipe de profissionais com os quais nunca teve contato, na esperança, ou desconfiança, de que possam lhe trazer respostas a seus questionamentos. Aquele que sofre mentalmente, antes mesmo de chegar a uma unidade de saúde, precisa por vezes enfrentar os pré-julgamentos de familiares e amigos, que podem não entender a delicadeza do estado de alguém que procura vencer seus próprios preconceitos, ou se dar conta que não consegue sozinho lidar com seu sofrimento.

O momento em que uma pessoa decide recorrer a um serviço psiquiátrico é aquele em que ela se convence de que seus próprios recursos, ou recursos de que dispunha até então não estão sendo suficientes para ajudá-la a lidar com seu sofrimento. Isto exige urgência de acolhimento, mesmo que não se trate de uma emergência psiquiátrica. Dizer a uma pessoa em momento tão delicado que ela não poderá ser ouvida por ninguém antes de dois meses é desconsiderar o motor primeiro de todo tratamento: o sofrimento que produz demanda de ajuda (TENÓRIO, 2001, p. 92).

Por vezes os usuários, ou sua rede de suporte social, por não encontrarem acesso aos serviços, datas muitas distantes de recepção ou mesmo por acreditarem que encontrarão um atendimento diferente do qual se inseriram, buscam melhores condições de atendimento em outras unidades. Isto pode torna-se uma peregrinação aos serviços da rede, na busca de algum em que se sintam realmente acolhidos. O momento do acolhimento pode ser expressão “às vezes dramática do sofrimento daqueles que procuram os serviços psiquiátricos e das dificuldades inerentes a própria clínica do psíquico, conjugados com a materialização também dramática da falta de recursos e da desarticulação da rede” (TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 2000, p. 8).

O espaço do acolhimento, em uma unidade de saúde mental, pode também apresentar um grande potencial para a reflexão, na equipe e junto aos usuários, sobre as contradições entre capital e trabalho na sociedade. Queremos destacar que o momento que o usuário conta seu sofrimento e está aberto para a troca de saberes com a equipe profissional, propicia que possa ser pensado como suas condições materiais de vida tem real influência no que poderia ser caracterizados como sintomas psiquiátricos.

Pessoas que tem sua condição material de vida marcada pela exploração de sua mão de obra, na qual não se reconhece no fruto de seu trabalho, sendo este percebido como única maneira de manter sua existência, e de sua família, podem também desenvolver formas de resistência. Nos questionamos o quanto ansiedade, angústia, tristeza profunda, agressividade, falta de motivação, medos que limitam a existência, entre outros que são desencadeados nas

mais variadas condições laborais, também não são uma forma de “estratégia subjetiva” de resistência da população, para afastar-se de uma condição que a aprisiona. Desta forma, o acolhimento pode oferecer aos trabalhadores um momento em que reflitam sobre sua condição de exploração e como suas mentes e corpos reagem a isto.

Trabalhar na perspectiva do acolhimento no país não se mostra algo simples. Principalmente, se pensarmos nas práticas cotidianas de recepção, nas mais variadas situações que se apresentam a uma equipe de acolhimento em saúde mental. É preciso ter sempre claro que o usuário que traz sua problemática tem crenças, visões de mundo, uma inserção político, econômica e social que pode influenciar em seu entendimento. Por vezes seu estar no mundo é algo que lhe traz um estranhamento, seja em relação ao seu trabalho, a cobranças familiares ou mesmo quanto a sua sexualidade. Por acreditar que é diferente do que o socialmente aceito procura um serviço especializado para entender ou conseguir lidar com sua existência.

Diante das dificuldades de trabalhar com a complexidade humana, temos serviços em que prevalecem o distanciamento e a burocracia na relação usuário/equipe. Assim, “os processos de ‘anestesiamento’ de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento” (BRASIL, 2008, p. 12).

Contudo, se buscamos o fortalecimento de instituições que pretendem-se produtoras de saúde e que contribuam para uma mudança de paradigma e de cultura, para com aqueles que possam ser diferentes, mais precisam ser cuidados, é necessário que realmente nos corresponsabilizemos como profissionais de saúde, para a busca de ampliar nossas ferramentas de atendimento, na tentativa que aqueles em sofrimento mental possam sentir-se sujeitos de direitos e começar a questionar-se sobre que sociedade é essa que nos gera tanto sofrimento.

CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL

O presente capítulo aborda o serviço social e encontra-se dividido em duas partes. A primeira apresenta a emergência histórica do serviço social, partindo de uma, das duas principais teses sobre sua gênese; a ampliação de seu mercado de trabalho, a partir das condições sócio-históricas que legitimam sua atuação; bem como, tenta explicitar o movimento histórico, em que a categoria repensa suas práticas e busca modificá-las de formas distintas.

Posteriormente, focamos na especificidade da inserção histórica do serviço social nas práticas de atenção à saúde mental. Acreditamos que para a compreensão das formas como o serviço social inscreve-se nas práticas instituídas na recepção aos usuários da saúde mental, apresente-se como fundamental a aproximação com a gênese do movimento histórico da categoria profissional.

Não temos como objetivo deste capítulo relatar de forma ampla os acontecimentos históricos que perpassam ou tangenciam a inserção social do serviço social. Tal discussão pode ser melhor vista nos trabalhos de Netto (1996 e 2001) e Iamamoto (1998). Neste momento, buscamos apenas esboçar os principais movimentos históricos, inscritos na categoria profissional, que repercutirão em processos de mudanças propiciadores de renovações ou rupturas do/com o até então estabelecido para a prática e o ensino do serviço social.

2.1 SERVIÇO SOCIAL: DE SUA EMERGÊNCIA À CONTEMPORANEIDADE

A história do serviço social apresenta-se marcada pela influência de vários pensamentos e vertentes (do pensamento doutrinário conservador ao materialismo histórico, por exemplo), que marcam esta profissão de modo indelével. Assim, mesmo a sua gênese não é consensual, pois enquanto categoria profissional historicamente inscrita ela foi pensada de diferentes formas nos diversos contextos em que se insere.

Conforme nos aponta Montaño (1998), o surgimento do serviço social como profissão foi interpretado, principalmente, a partir de duas teses, que se apresentando opostas, foram desenvolvidas em diferentes contextos espaço-temporais. Para o autor, a primeira tese parte de uma perspectiva endogenista, que busca explicitar a gênese do serviço social a partir da evolução, da organização e da profissionalização das formas de ajuda e filantropia. A perspectiva endogenista marcará a profissão, sobretudo, até a década de 1970, sendo seus expoentes: Ezequiel Ander-Egg, Balbina Ottoni Vieira, José Lucena Dantas, entre outros.

Com a segunda tese temos a partir dos anos 1980, uma perspectiva histórico-crítica, que através de uma nova forma de análise, compreende a origem do serviço social como um subproduto do contexto histórico, marcado pelas respostas a questão social² no capitalismo monopolista. Marilda Iamamoto, Vicente de Paula Faleiros e José Paulo Netto são alguns de seus principais expoentes.

A partir da retomada das duas principais perspectivas que marcaram o pensamento dos teóricos da profissão sobre suas origens, optamos por basear nossa análise pela que entende o serviço social como inscrito na dinâmica mais ampla da sociedade, ou seja, a perspectiva denominada histórico-crítica. Assim, concordamos com Netto (1996, p. 69-70), ao afirmar que “a profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à ‘evolução da ajuda’, à ‘racionalização da filantropia’ nem à ‘organização da caridade’; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica”.

O serviço social emerge como categoria a partir das condições sócio-históricas instauradas com o capitalismo monopolista. Este altera significativamente a dinâmica da sociedade ao repor em níveis econômico-social e histórico-político distintos suas contradições intrínsecas, baseadas na exploração e alienação de classe. O aparelho estatal, no capitalismo monopolista, além de preservar as condições de produção, com suas funções econômicas, necessita legitimar-se socialmente através de suas funções políticas, nas quais “as sequelas da ‘questão social’ tornam-se [...] objeto de uma intervenção contínua e sistemática” (NETTO, 1996, p. 25).

No capitalismo monopolista, com as tensões repostas pelos conflitos inerentes, temos o Estado permeável às reivindicações e demandas das classes subalternas, também como forma de controle social. No enfrentamento às expressões da questão social, as políticas sociais conformam-se em mecanismos de intervenção, nos quais o Estado buscando manter a dominação, concomitantemente, responde a reais demandas da massa de explorados, ou seja, as políticas sociais apresentam-se como instrumento para sobrevivência e dominação, mantendo a contradição fundamental entre capital e trabalho.

Essa percepção também está presente no pensamento de Cecília Donnangelo, autora fundamental para o campo da saúde coletiva, que entendia que a simples oferta de políticas sociais não é suficiente para alterar as relações de produção, ao contrário, esta autora tinha

² Questão Social entendida nos termos de Iamamoto (2000, p. 27) como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

clareza de que as políticas sociais “podem mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital”. A autora alertava, entretanto, que as chamadas políticas sociais nem sempre correspondem “estritamente aos interesses dominantes, mas apenas que manipuladas dentro de certos limites, elas não ameaçam a estrutura de poder e, como tal, adquirem sua potencialidade de utilização no processo político” (DONNANGELO, 1976, p. 45).

Nesta linha de raciocínio, é possível inferir que o Estado ao viabilizar políticas sociais, transforma as demandas em instrumentos para a obtenção de consenso e sobretudo como forma de preservação e controle da força de trabalho. As políticas sociais servem tanto para socializar os custos de manutenção e reprodução da força de trabalho, quanto para “enquadrar” e controlar também àqueles não inseridos diretamente em formas de trabalho regulamentados. Assim, as orientações das políticas sociais se dão na medida do interesse capitalista e adequadas ao desenvolvimento monopolista.

Com a instauração de políticas sociais pelo Estado abre-se um espaço institucionalizado marcado pelas tensões e conflitos de classe. Desta forma, temos a criação de um novo espaço sócio-ocupacional que demanda agentes executores das diferentes políticas sociais. O serviço social, bem como outras profissões, tem sua inserção na divisão sócio-técnica do trabalho legitimada pela sociedade burguesa no capitalismo monopolista, que cria condições para a conformação de seu mercado formal de trabalho.

O serviço social emerge como profissão, no Brasil, inscrito no contexto histórico-social da primeira metade do século XX, o qual é marcado por mudanças no controle do poder estatal através da chamada Revolução de 1930, cujo grande representante foi Getúlio Vargas. Neste contexto histórico social, muitas eram as demandas colocadas ao poder estatal, visto que este se colocava, na figura de Getúlio Vargas, como principal e imprescindível mediador dos mais variados interesses.

A primeira Escola de Serviço Social data de 1936, sendo fundada em São Paulo pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), entidade cujas atividades “se orientarão para a formação técnica especializada de quadros para a ação social e a difusão da doutrina social da Igreja” (IAMAMOTO, 1998, p. 173). Como primeira iniciativa do governo federal para a formação de assistentes sociais, é criado, no Rio de Janeiro em 1940, o curso de Preparação em Trabalho Social, ligado a Escola de Enfermagem Ana Nery.

Segundo Castro (apud IAMAMOTO, 1998, p. 226), a fase entre 1930 e 1941 é marcada pela influência europeia no serviço social. Este era caracterizado como

idealista e confessional, rico em princípios filosóficos e pobre em habilidades técnicas (...) tutelar em sua forma, porém carente de conteúdo promocional, preocupado mais com a racionalização de assistência social (...) Inseguro no ensino,

pela má adequação à realidade brasileira pois é ainda uma transmissão de conhecimentos importados (...). Surgido para a instauração de uma ordem social, mas à margem de atuação e participação nas reformas sociais que se processavam no país (...) e que teria difundido no Brasil um entendimento distorcido do Serviço Social: assistencial, caritativo, missionário, beneficente, etc.

Sobretudo, no tocante as sequelas da questão social, que a partir de 1930 receberão um novo tratamento, irão surgir as primeiras iniciativas estatais de mediação e controle, não se conformando apenas na forma de repressão, porém não se abstendo dela. A partir de 1930, temos uma gama de políticas públicas que vão ter por objetivo, principalmente, o controle e a “domesticação” do proletariado, já que este se conformava como engrenagem principal para o funcionamento da industrialização e modernização tão almejada pelos detentores do poder político (Nunes, 1999).

Nesta linha de raciocínio, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), como forma de cooptação dos trabalhadores, sendo o primeiro relativo à categoria dos marítimos em 1933. A ditadura de Vargas organizou em Institutos as categorias profissionais mais representativas na sociedade, entre 1933 e 1939 foram criados sete IAPs. Com a criação das grandes instituições na área previdenciária e posteriormente na assistência social, temos a absorção de grande parte dos profissionais formados pelas Escolas de serviço social.

No Estado Novo, a partir de 1937, surgiram as primeiras instituições públicas de assistência social. Com a política de manipulação das massas populares a partir da imagem de “pai dos pobres”, Getúlio Vargas, através do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) instituído em 1938, foi um grande incentivador da criação de instituições de assistência conveniadas com o Estado. Como órgão consultivo do governo e de entidades privadas e tendo como função ainda, estudar problemas referentes ao serviço social, o CNSS, segundo Yamamoto (1998, p. 250), “caracterizou-se mais pela manipulação de verbas e subvenções, como mecanismo de clientelismo político. Sua importância se revela apenas como marco da preocupação do Estado em relação à centralização e organização das obras assistenciais públicas e privadas”.

Desta forma, o governo não era responsável pela implementação dos programas de assistência, mas apoiava e financiava estas iniciativas privadas, principalmente as da Igreja. É então a partir de 1942, que temos reconhecido como órgão de colaboração com o Estado a primeira grande instituição pública de assistência social no Brasil, a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Esta se apresentará como grande empregador de assistentes sociais, até sua extinção em 1995.

Com a ampliação do mercado de trabalho do serviço social, através das iniciativas do

Estado, ou diretamente vinculadas a ele, temos sua profissionalização ligada ao processo que seus agentes, “ainda que desenvolvendo uma autorrepresentação e um discurso centrados na autonomia dos seus valores e da sua vontade” (NETTO, 1996, p. 69), transformam-se em assalariados, através da venda de sua força de trabalho às instituições que controlam e organizam seu agir profissional.

Com as transformações em seu espaço de atuação, o serviço social, que anteriormente a 1940 possuía como influência o pensamento conservador europeu, passa, a partir de então, a receber a influência da sociologia conservadora norte-americana (IAMAMOTO, 1992). Segunda a referida autora (1998), o Congresso Interamericano de Serviço Social, realizado nos Estados Unidos em 1941, é o marco da incorporação do pensamento norte-americano no ensino do serviço social. A partir deste, inicia-se um intercâmbio entre as Escolas brasileiras e norte-americanas de serviço social, que repercutirá diretamente em seus currículos.

Com a produção teórica das assistentes sociais, que interagem e divulgam a produção americana, observamos uma alteração de discurso relativo a população atendida, no qual “o explícito julgamento moral é substituído por um julgamento moral que se insinua através de uma análise de cunho *psicológico*” (IAMAMOTO, 1998, p. 229) (grifo no original). A metodologia e técnicas predominantes neste momento tinham inspiração no Serviço Social de Casos Individuais, através da divulgação de Nadir Kfourri (que realizou estudos nos Estados Unidos) das ideias de Gordon Hamilton e Porte Lee (IAMAMOTO, 1998; TRINDADE, 2001). Conforme afirma Trindade (2001), G. Hamilton desenvolve a proposta de Serviço Social de Caso tendo por referência a psicologia, e como arcabouço operacional, a obra de Mary Richmond. O chamado Serviço Social de Caso é desenvolvido por Mary Richmond, nos EUA, onde publica *Diagnóstico Social*, em 1917, e *O que é Serviço Social de Casos* em 1922.

Na obra de Richmond o Serviço Social de Caso seria operacionalizado através das fases de estudo, diagnóstico e tratamento. Inicialmente no estudo de caso busca-se investigar, através de entrevistas, visitas domiciliares, reuniões entre outros instrumentos, os fatores “internos aos indivíduos e externos ao ambiente em que ele vive”, para a elaboração de um “Histórico do Caso”, que produza um “diagnóstico, isto é, um parecer profissional sobre a situação psicossocial do cliente, para que seja viabilizado o tratamento” (TRINDADE, 2001, p. 11).

Assim, como nos aponta Iamamoto (1998), o Serviço Social de Caso no Brasil, importa um instrumental, ao qual não há nenhuma análise crítica sobre a transposição deste, em uma realidade diferente como a brasileira, realizando uma intervenção baseada na identificação de problemas que deverão ser tratados individualmente, com a perspectiva de reintegração a uma situação normal.

Após a Segunda Guerra, outras abordagens norte-americanas influenciam a intervenção profissional no Brasil: o Serviço Social de Grupos e de Comunidade. Estes já aparecem nos debates do II Congresso Pan-Americano de Serviço Social, realizado no Rio de Janeiro, em 1949. Neste, mesmo reafirmando o Serviço Social de Casos Individuais como fundamental, os métodos de Serviço Social de Grupo e de Comunidade aparecem com importância.

O Serviço Social de Grupo pretende fortalecer os indivíduos, proporcionando um autodesenvolvimento e ajustamento às normas e valores sociais vigentes, através da convivência grupal. A partir de 1950, com a chegada do trabalho de Gisela Konopka, assistente social e psicanalista Norte-americana, o serviço Social de Grupo tem maior divulgação. Contudo será na década de 1960 que ocorrerá sua consolidação, quando articulado ao desenvolvimento de comunidade (TRINDADE, 2001).

No contexto nacional, a partir de 1946, não temos mais uma ditadura e sim uma ordem democrática – que segundo Santos (1987), se apresenta de forma limitada –, na qual os sucessores do Estado Novo organizam a economia de acordo com os preceitos desenvolvimentistas, abrindo o país ao capital externo. Não rompendo com as fórmulas proferidas por Getúlio Vargas, o populismo continuou a ser um dos principais mecanismos de manipulação popular, agora, porém, atrelado à ideologia desenvolvimentista que pregava a articulação entre crescimento econômico e justiça social.

A partir de 1950, com o desenvolvimento do intercâmbio entre países da América Latina e os Estados Unidos, as práticas de Organização de Comunidade, da década anterior, voltam-se para o Desenvolvimento de Comunidade. Conforme Iamamoto (1998), o Desenvolvimento de Comunidade penetra no país por meio de programas e seminários, que são patrocinados por organismos internacionais. Principalmente, com o discurso da educação de adultos como forma de modernização do meio rural, as técnicas de Desenvolvimento de Comunidade alcançam rápida difusão, e se conformam em elemento importante tanto para política assistencial do Estado, como para a intervenção do serviço social.

Quando o Serviço Social passa a atuar nos processos de desenvolvimento de comunidade é possível identificar mudanças no seu eixo de intervenção profissional: de uma prática restrita a atendimentos individuais e grupais centrados na promoção da tríade “ordem, moral e higiene”, a profissão volta-se também para o desenvolvimento de práticas cujo objetivo se expande para a promoção da harmonia social na relação Estado/Sociedade, através de uma abordagem mais coletiva (TRINDADE, 2001, p. 13).

O serviço social incorpora como matriz de análise da sociedade e como projeto norteador de ação a noção de comunidade, tendo como princípio a solidariedade nas relações sociais e agregando a filosofia social humanista cristã. Não há questionamento sobre a ordem

social estabelecida, sendo a intervenção do serviço social voltada para a reorientação de práticas e condutas cotidianas de seus “clientes” (NETTO, 1996), com um discurso essencialmente doutrinário.

Mesmo incorporando procedimentos de intervenção importados dos Estados Unidos, cada vez mais racionalizados, a ação permanece permeada no reformismo conservador e na filosofia aristotélico-tomista. Assim, como afirma Iamamoto (1992), este arranjo teórico-doutrinário-operativo atualiza as marcas de origem da profissão, sem alterar seu caráter missionário, ao mesmo tempo que atende às exigências de tecnificação solicitadas pela modernização do Estado e da sociedade.

Contudo, segunda a mesma autora (1998), na passagem da década de 1950 para a seguinte, são registradas as primeiras manifestações públicas do serviço social que se opõe a manutenção do *status quo*. Estes posicionamentos aparecem, sobretudo, entre aqueles profissionais que possuem sua intervenção ligada ao Desenvolvimento de Comunidade, “que se lançam na busca de alternativas à proposta oficial, veiculada através de organismos internacionais, na tentativa de adequação de diretrizes e métodos de atuação comunitária às peculiaridades da conjuntura nacional” (p. 360). Tais posicionamentos refluem após o regime instaurado em 1964.

Os últimos anos de democracia relativa (Santos, 1987), início dos anos 60, expressam um crescente tensionamento da sociedade brasileira, a intensa mobilização das forças democráticas vinculadas às classes subalternas colocavam em questão, tanto o capitalismo sem reformas, quanto à exclusão das massas populares dos espaços de decisão. Neste período há uma ampla mobilização das camadas trabalhadoras urbanas e rurais, porém, segundo Netto (2001), antes de termos no cenário nacional lutas populares que colocassem, a priori, em xeque a sociedade capitalista, o que realmente ocorria eram lutas que questionavam a modalidade específica de capitalismo vigente no país; e que não necessariamente se conformariam em um quadro pré-revolucionário.

No tocante a profissão, temos a década de 1960 como o marco de acentuadas transformações.

No decorrer desses anos, a profissão sofrerá suas mais acentuadas transformações, “modernizando-se” tanto o agente como o corpo teórico, métodos e técnicas por ele utilizados. Há, também, um significativo alargamento das funções exercidas por assistentes sociais, em direção a tarefas, por exemplo, de coordenação e planejamento, que evidenciam uma evolução no status técnico da profissão. Assumem relevo e aplicação mais intensiva os métodos de serviço social de Grupo e, especialmente, Comunidade, a partir dos quais os agentes poderão exigir uma nova caracterização de suas funções (IAMAMOTO, 1998, p. 339-340).

A partir das mudanças instauradas no país pela ditadura militar, o mercado de trabalho

do serviço social é redimensionado, consolidando-se nacionalmente. Através da “racionalização” operada pelo Estado, sob a égide do grande capital, há uma reformulação organizacional e funcional nas estruturais estatais, que empregam em grande parte os assistentes sociais. Conforme Netto (2001), houve não somente uma complexificação e burocratização das instituições, mas também, uma diferenciação e especialização das atividades exercidas pelo serviço social, aumentando a demanda de profissionais.

Sobretudo no final dos anos 1960, a partir do crescimento industrial circunscrito aos anos do “milagre econômico”, tendo como pano de fundo a necessidade de controle do trabalhador, as grandes e médias empresas, monopolistas e estatais, absorvem em seus quadros profissionais assistentes sociais. Com as modificações sociais e seus rebatimentos no mercado de trabalho, “exige-se um assistente social ele mesmo ‘moderno’ - com um desempenho onde traços ‘tradicionais’ são deslocados e substituídos por procedimentos ‘racionais” (NETTO, 2001, p. 123).

Neste contexto histórico marcado pela repressão e autoritarismo, os assistentes sociais circunscrevem suas discussões e críticas a sua própria intervenção, não buscando, em sua maioria, o questionamento mais do *status quo*. Iamamoto (1992), esclarece que a categoria se centra, progressivamente, em discussões sobre objeto, objetivos, métodos e procedimentos de intervenção, com ênfase sobre a metodologia, os quais seriam os elementos que supostamente aferem um perfil peculiar à profissão.

Assim, na conjuntura marcada pela ditadura, principia um processo de mudanças que marca a erosão do chamado Serviço Social “tradicional”. Este entendido como:

a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada dos profissionais, parametrada por uma ética liberal-burguesa e cuja teleologia consiste na correção – desde um ponto de vista claramente funcionalista – de resultados psicossociais considerados negativos ou indesejáveis, sobre o substrato de uma concepção (aberta ou velada) idealista e/ou mecanicista da dinâmica social, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida como um dado factual ineliminável (NETTO, 2001, p. 117-118).

A partir de meados dos anos 1960, teremos explicitado o movimento de mudanças no serviço social, que conformaram sua renovação, não só no Brasil, como na América Latina, nomeado de Movimento de Reconceituação. Em solo nacional, segundo análise de Netto (2001), podemos diferenciar três momentos de elaboração profissional que partem das seguintes perspectivas nomeadas pelo autor de modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura.

A primeira perspectiva, modernizadora, tem início na segunda metade dos anos 1960, traz como principal órgão dinamizador o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de

Serviços Sociais (CBCISS), que organiza uma série de “seminários de teorização” da categoria. Destes, os realizados em Araxá, em 1967, e Teresópolis, em 1970, tem seus documentos como marcos importantes deste momento de formulação profissional.

A perspectiva modernizadora parte do esforço de tentar adequar o serviço social às exigências do desenvolvimento capitalista postas no cenário ditatorial, tendo como temática central as formas de intervenção, dinamização e integração da profissão no processo de desenvolvimento. Este entendido como algo contínuo, a ser alcançado a partir da etapa de subdesenvolvimento. Sem questionar a ordem sociopolítica estabelecida, esta perspectiva busca legitimar o papel e os procedimentos da profissão, através dos aportes teórico-metodológicos do estrutural-funcionalismo norte-americano.

Sua influência na categoria profissional decaiu a partir de meados dos anos 1970, quando a vertente de reatualização do conservadorismo ganha força. Esta, tem como principais divulgadoras instituições universitárias no Rio de Janeiro e em São Paulo, e como principal expoente a tese de livre-docência, divulgada em 1978, de Ana Augusta Almeida³.

Recuperando a herança tradicional e conservadora do serviço social, a perspectiva de reatualização do conservadorismo a repõe sob uma base teórico-metodológica que se pretende intelectualmente mais sofisticada, com inspiração fenomenológica. O serviço social é visto como uma intervenção com base na ajuda psicossocial, na qual suas ações, de forte viés psicologizante, são centradas na dinâmica individual. Para tanto, nesta perspectiva, há uma exigência e valorização da produção de conhecimentos teóricos que possam fundar a prática profissional.

A perspectiva de intenção de ruptura tem seu espraiamento em meados da década de 1980, na conjuntura marcada pela crise da ditadura e abertura política, e busca resgatar criticamente tendências que no pré-1964 questionavam o *status quo*. Suas elaborações são realizadas, principalmente, por docentes e profissionais formados aproximadamente entre 1963 e 1968, ou seja, entre o início da ditadura e o AI5. Possui como marco inicial a experiência nomeada como “Método Belo Horizonte”, realizada entre 1972 e 1975, pelo núcleo docente da Escola de Serviço Social da Universidade Católica daquela localidade, que permaneceu como formulação isolada por alguns anos.

Esta perspectiva, ao contrário das anteriores, busca questionar a sociedade e romper com as práticas “tradicionais” do serviço social, havendo uma recusa e um enfrentamento do conservadorismo profissional. Para tanto, recorre a tradição marxista, contudo esta

³ Intitulada: Possibilidades e limites da teoria do Serviço Social.

aproximação se circunscreve no “*campo da ação* por meio do militantismo político-partidário e no campo da teoria pela vulgarização marxista e de rudimentos do estruturalismo marxista althusseriano, numa relação utilitária e pragmática com o conhecimento, tendo em vista a ação profissional imediata” (IAMAMOTO, 2000, p. 223-224, grifos no original).

Não podemos deixar de ressaltar, como nos aponta Netto (2001), que este processo de renovação não se deu de forma uniforme e hegemônica na categoria. Muitos profissionais, docentes, organismos e instituições tiveram seus posicionamentos teóricos, políticos e profissionais alterados ao longo do processo, o que modificou a perspectiva que originalmente lhes orientava as ações. Com esta dinâmica de mudanças, as perspectivas não se apresentaram como totalmente “puras”, houve o entrecruzamento e mesclagem de concepções ideológicas, teóricas e proposições profissionais.

Todas estas alterações no espaço acadêmico e profissional do serviço social devem, necessariamente, ser pensadas a partir dos contextos sociopolíticos que se inseriram, do acúmulo profissional que houve no momento anterior à ditadura e da sua inscrição em instâncias profissionais e acadêmicas.

Todas as profundas mudanças na sociedade, advindas no período ditatorial, criaram as condições históricas que, pela primeira vez no serviço social, possibilitaram a gestação de um novo perfil profissional influenciado por outro projeto societário, ligado aos interesses da classe trabalhadora e não somente aos da elite dominante. No período de transição democrática, a categoria profissional amadurece intelectualmente sua interlocução com a tradição marxista, havendo uma análise crítica desta aproximação, “transformando-se em autocrítica da história das formulações teóricas oriundas das primeiras aproximações do Serviço Social ao marxismo” (IAMAMOTO, 2000, p. 205).

No processo em que ocorrem intensas mobilizações sociais, a crise da ditadura, e sua posterior queda, o serviço social desponta com novas formas de reconhecer-se como profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, constituindo um novo projeto profissional que reorientará a profissão e sua formação. Data de 1986, a criação de um novo Código de Ética, elaborado pelas vanguardas profissionais que buscam consolidar a superação da hegemonia do conservadorismo até então presente na profissão.

Na transição das décadas de 1980 a 1990, se configura a estrutura fundamental do projeto ético-político do serviço social, que por ter um caráter aberto, não rígido, apresenta-se também como processo em ininterrupto desdobramento (NETTO, 2006). O projeto ético-político do serviço social encontra-se vinculado a um projeto societário que busca a superação da ordem social vigente, baseada na exploração/dominação de classes.

A partir da esquematização realizada por Netto (2006), podemos afirmar que o projeto ético-político do serviço social tem como valor central o reconhecimento da liberdade, com o compromisso com a emancipação e autonomia humana. Na dimensão política, seu posicionamento se faz a favor da equidade e justiça social, declarando-se radicalmente democrático. Democratização esta, pensada como socialização tanto da participação política, como da riqueza produzida socialmente.

No tocante especificamente à profissão, o projeto prioriza a competência profissional, através de uma formação acadêmica crítica e sólida, que possibilite a análise concreta da realidade social e o aperfeiçoamento intelectual constante. A qualidade dos serviços prestados aos usuários deve ser um compromisso profissional, bem como, a articulação com os demais segmentos de outras categorias, que possuam propostas semelhantes, e com movimentos que perpassem pela luta dos trabalhadores. No processo de construção do projeto ético político, o Código de 1986, apesar do avanço que expressou, não abordou, conforme o mesmo autor, de forma suficientemente clara as dimensões éticas e profissionais, necessitando ser revisto. Esta revisão resultou em um novo Código de Ética, instituído em 1993, que incorpora o acúmulo teórico e o debate ético da categoria.

Na segunda metade da década de 1990, o projeto ético-político conquista a hegemonia na categoria profissional (NETTO, 2006), concomitantemente temos no cenário nacional, o processo de ocupação das instâncias de poder no Estado brasileiro pela doutrina neoliberal. O final do século XX apresenta mudanças no contexto histórico, em que as forças dominantes precisam rever seus padrões de exploração. Estando em mais uma das crises cíclicas do capitalismo, a burguesia apresenta novas formas de garantir seu padrão de dominação, o que implicará em transformações no mundo do trabalho, que atingem diretamente o serviço social, seja como trabalhador assalariado, ou como profissional que trabalha diretamente com políticas sociais.

Segundo Harvey (2008), com a neoliberalização do capitalismo nas últimas décadas os recursos destinados às políticas sociais são reduzidos e invoca-se o indivíduo como único responsável pelo seu bem-estar. Desta forma, temos um desmonte das políticas públicas já estabelecidas e um fomento às políticas sociais de caráter pontual, focalizado e voltado para o extrato mais empobrecido da sociedade, além do estímulo às ações da “sociedade civil” que buscariam minorar os sofrimentos sociais através de seu voluntarismo.

Este processo de desresponsabilização do Estado pela garantia de direitos sociais, a precarização e desregulamentação de direitos trabalhistas, bem como a refilantropização⁴ da prestação da assistência, repercute no cotidiano profissional de diferentes formas. Como nos aponta IAMAMOTO (2000), com a pauperização crescente, há um aumento da demanda da população por serviços assistenciais, que encontra instituições com verbas e recursos cada vez mais reduzidos, resultando em atendimentos mais seletivos e não universais. Desta forma, o profissional do serviço social “por estar inserido na ponta final da prestação dos serviços, vê-se, institucionalmente, cada vez mais compelido a exercer a função de um *juiz rigoroso da pobreza*, técnica e burocraticamente conduzida, como uma aparente alternativa à cultura do arbítrio e do favor” (IDEM, p. 161, grifos no original).

Com a tomada do poder executivo por um ex-metalúrgico, a partir de 2003, percebemos não a ruptura com o então instituído, mas uma continuidade com as formas de dominação de classe, que permanece até a atualidade. Desta forma, presenciamos o que Coelho (2012), nos aponta como o transformismo⁵ do governo do Partido dos Trabalhadores. Este, coadunando do chamado pensamento pós-moderno, não trabalha mais com a possibilidade de ultrapassagem da sociedade capitalista.

Organizar a classe como sujeito político independente deixou de ser um objetivo de seus projetos políticos. Não se pode mais atribuir à esquerda a condição de intelectual orgânico da classe trabalhadora se a tarefa essencial de realizar a organização política desta classe por meio do “espírito de cisão” foi recusada por ela. Por outro lado, com seu novo projeto político, a esquerda colocou-se no terreno da concepção burguesa de mundo, isto é, passou a atuar, na prática, como intelectual, ou elemento ativo, da classe dominante (COELHO, 2012, p. 302).

Como no pensamento pós-moderno teríamos chegado ao um “novo mundo”, “ao fim da história” (MARTINS, 2009, p. 67), não haveria motivo para pensar em emancipação humana, racionalidade ou mesmo em universalidade. Caracterizariam esse “novo mundo” quatro teses principais, segundo Martins (2009): uma nova ordem social pós-tradicional, uma globalização intensificadora, uma sociedade civil ativa e um novo Estado democrático. Assim, temos o ideário de “humanização do capitalismo” e da extinção da possibilidade de alternativa a esta forma de sociedade baseada no antagonismo de classes.

⁴ Refilantropização pela qual “grandes corporações econômicas passam a se preocupar e a intervir na questão social dentro de uma perspectiva de ‘filantropia empresarial’” (IAMAMOTO, 2000, p. 43).

⁵ Coelho (2012, p. 301), com base nos textos de Gramsci, afirma que “transformismo pode ser definido, [...] sinteticamente, como 1) absorção, em caráter individual ou ‘de grupo’ e obtida por diferentes ‘métodos’, de intelectuais [...] das classes subalternas pelas classes dominantes. Nele estão implicados: 2) a modificação ‘molecular’ dos grupos dirigentes, sua ampliação e 3) a produção da desorganização política das classes subalternas”.

O serviço social, como categoria inscrita na dinâmica da sociedade capitalista, não fica isento da impregnação do pensamento pós-moderno. Conforme nos esclarece Iamamoto (2014), o debate profissional tem sido permeado tanto por um movimento de ruptura teórica e política com o conservadorismo, como por um “revigoração de uma reação (neo)conservadora aberta e/ou disfarçada em aparências que a dissimulam, [...] apoiada no lastro da produção pós-moderna e sua negação da sociedade de classes” (p. 612).

O campo de atuação do serviço social é marcado pela tensão entre as formas de manutenção da dominação da classe trabalhadora e a busca de mecanismos de resistência e ruptura, que possam vir a contribuir para a superação da sociedade de classes. O cotidiano da profissão está circunscrito em um duplo movimento, no qual ao viabilizar direitos, participa tanto das respostas institucionalizadas às expressões da “questão social”, que visam a manutenção do *status quo*, como da garantia de reais necessidades e interesses da população.

Para a maioria da categoria profissional, que trabalha à luz do projeto ético político, torna-se essencial compreender as novas dinâmicas das expressões da “questão social” na atualidade, em uma dupla perspectiva, para decifrar as várias formas de produção e reprodução das desigualdades sociais, bem como, para possibilitar a projeção de formas de resistência que visem a superação do antagonismo de classe (IAMAMOTO, 2014).

Contudo, o serviço social como trabalhador assalariado, tem suas condições materiais de vida também submetidas à dinâmica social que o modo capitalista rege. Desta forma, as transformações no mundo do trabalho sob o domínio do capital, atingem diretamente a formação e o mercado de trabalho dos assistentes sociais.

Em um contexto recessivo, os assistentes sociais também sofrem a desregulamentação do trabalho formal, a perda do acesso aos direitos trabalhistas e do salário indireto, os rebaixamentos salariais. Cresce o *trabalho precário, temporário, a contratação por projetos*, que geram: *insegurança da vida dos profissionais* mediante a ausência de horizonte de largo prazo de emprego e a perda de direitos. A ameaça de desemprego e a experiência do desemprego temporário afetam diretamente a sobrevivência material e social do assistente social, que depende da venda de sua força de trabalho para a obtenção de meios de vida, como qualquer trabalhador assalariado (IAMAMOTO, 2014, p. 632-633).

No tocante a formação profissional, como não poderia deixar de ser na ordem capitalista, a educação superior também virou fonte de lucro para o grande capital. Desta forma, a autora supracitada aponta que, nas últimas décadas, houve um aumento do ensino de serviço social em instituições privadas, em especial do ensino à distância, o que implicou na qualidade da formação, com um aligeiramento teórico, tendo maior ênfase o treinamento para a intervenção do que o estímulo a pesquisa científica.

A este quadro decorre a formação de profissionais que se submetem mais facilmente

às solicitações do mercado, havendo um processo profissional de “politização à direita” (IDEM, p. 629). Aumenta-se o número de formados que chegam ao mercado de trabalho, porém sem o crescimento deste em ritmo que acompanhe a formação de novos profissionais, desdobrando-se na criação de um “exército assistencial de reserva” (IBIDEM, p. 630). Atualmente, ainda segundo Iamamoto (2014), o Brasil é o país que possui o segundo maior quadro de profissionais no mundo, com 135 mil assistentes sociais ativos, estando atrás somente dos EUA.

Contudo, se os desafios são muitos, torna-se cada vez mais imprescindível buscar a análise crítica da realidade social, baseada em conhecimentos teórico-metodológicos profundos, bem como ter uma intervenção pautada na garantia da universalização de direitos, nos quais os usuários possam ser coparticipantes das políticas. Este é o desafio a ser enfrentado ao se trabalhar na perspectiva do projeto ético-político o que, segundo Raichelis (2011, p. 427-428), exigiria do assistente social a capacidade de realização de “um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais”. Para tanto, o profissional deveria romper com a limitação, que muitas vezes são orientações das próprias instituições, de apenas realizar um trabalho burocrático e rotineiro, nas palavras de Raichelis, de “simples reiteração do instituído”. Esta autora é precisa ao afirmar que a superação dessa situação pressupõe

o assistente social como intelectual capaz de realizar a apreensão crítica da realidade e do trabalho no contexto dos interesses sociais e da correlação de forças políticas que o tensionam; a construção de estratégias coletivas e de alianças políticas que possam reforçar direitos nas diferentes áreas de atuação (Saúde, Previdência, Assistência Social, Judiciário, organizações empresariais, ONGs etc.), na perspectiva de ampliar o protagonismo das classes subalternas na esfera pública (IDEM).

Em tempos de pessimismos e conformismos, a uma ordem que se mantém da dominação de muitos por poucos, acreditamos que a reflexão crítica sobre o fazer profissional cotidiano, deve superar a imediatividade da prática, no desvendamento de mecanismos de exploração, para a transformação de intervenções que não se limitem à respostas prontas aos usuários, mas que se caracterizem pela viabilização de direitos e reflexões, em que os mesmos possam se tornar sujeitos de sua história e não meros espectadores.

2.2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Na literatura concernente à inscrição do serviço social brasileiro na saúde mental, temos a criação das Clínicas de Orientação Infantil e Juvenil, a partir da década de 1940, como marco inicial de atuação. As Clínicas e Centros de Orientação para a infância e para a juventude foram propostas pelos higienistas americanos e brasileiros e baseavam-se no modelo das Child Guidance Clinics dos EUA, tinham como objetivo o “diagnóstico e tratamento de ‘crianças-problema’ e implementação da educação higiênica nas escolas e na família” (VASCONCELOS, 2000, p. 183). Conforme pesquisa coordenada pelo mesmo autor, os primeiros serviços voltados especificamente para a atenção à saúde mental que incorporaram em seus quadros o serviço social, principalmente no Rio de Janeiro, foram o Centro de Orientação Juvenil (COJ) e a Clínica de Orientação Infantil (COI).

O COJ encontrava-se vinculado ao Departamento Nacional da Criança (DNCR), que era órgão “supremo” de coordenação de todas as atividades relativas à proteção à maternidade, à infância e à adolescência no Brasil (BRASIL, 1940). Segundo Jacó-Vilela et al (2009), o COJ foi fundado em 1946, como a primeira clínica pública da América Latina voltada para a orientação de jovens. A atuação do serviço social na equipe multidisciplinar do COJ (que contava, também, com psiquiatras e psicólogos) iniciou em setembro de 1947, com sua primeira profissional tendo recém terminado seu curso de especialização em Serviço Social Psiquiátrico nos EUA (VASCONCELOS, 2000).

A COI foi fundada em 1953 no IPUB, com o objetivo de oferecer uma assistência sistemática às crianças de um a doze anos, que anteriormente eram atendidas juntamente com adultos no ambulatório geral da instituição (MONTEIRO; OLIVEIRA; CAETANO, 1980). Jacó-Vilela (2009) nos aponta que a COI nasceu sob a influência das ideias da higiene mental e ao longo de sua existência, até 1982, foi maciçamente influenciada pela psicanálise. A incorporação do serviço social ocorreu em novembro do mesmo ano. De sua criação. Na época do início das atividades do serviço social no setor, a responsável pelo trabalho encontrava-se no último ano de graduação em serviço social, não sendo uma profissional regularmente formada. Conforme Santos (1998, p. 29), a direção da COI “não fazia questão de uma profissional com experiência, preferia mesmo uma profissional nova e que a sua formação fosse obtida juntamente com a equipe”.

O trabalho desenvolvido pelo serviço social na COI influenciou diretamente o corpo discente que o frequentava, disseminando seu ideário, posteriormente, por outros setores da unidade, os quais receberam aquelas assistentes sociais que com a formação, vieram a fazer

parte do quadro de profissionais da instituição. O COJ, segundo Vasconcelos (2000), influenciou gerações de assistentes sociais, se tornando referência teórica e prática, principalmente pela sensação de valorização profissional, visto o trabalho em equipes multidisciplinares e pela sistematização e divulgação dos trabalhos do serviço social publicados pelo DNCr.

O serviço social, em seus primórdios, recebia o ideário da higiene mental diretamente através de seus currículos na graduação. Através da disponibilização da relação de disciplinas dos primeiros cursos de serviço social, em São Paulo e no Rio de Janeiro, feita pelo autor supracitado, percebemos matérias inscritas nas grades curriculares das primeiras escolas de serviço social, que abordavam diretamente o tema da higiene mental. Assim, por exemplo, no currículo da Escola de serviço social do Rio de Janeiro, datado de 1940, temos no primeiro ano de formação a disciplina de higiene mental.

Como nos aponta Bisneto (2001), as primeiras três décadas de atuação do serviço social no Brasil, são marcadas pelo número pequeno de profissionais incorporadas à saúde mental, seja em clínicas ou hospitais psiquiátricos, devido ao número reduzido destes até a década de 1960. É a partir do período ditatorial, e as transformações que ocorrem na atenção à saúde sob sua égide, que teremos uma ampliação dos quadros de assistentes sociais inseridas na área de saúde mental. É por meio de instrumentos legais que os órgãos governamentais inserem o serviço social na rede de atendimento pública e privada conveniada que presta assistência em saúde mental à população.

Ainda conforme Bisneto (2011), o serviço social é inscrito formalmente na assistência à saúde mental pelos governos ditatoriais, principalmente, na tentativa de estabelecer mais um mecanismo de controle da população, atuando nas contradições no sistema manicomial.

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O serviço social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender os “necessitados” (BISNETO, 2011, p. 25).

Mais precisamente com o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica da Previdência, de 1973, que teremos a exigência legal para a regulamentação de equipes multiprofissionais atuando em hospitais psiquiátricos, nas quais o assistente social é um dos profissionais que deve estar inserido. Em 1974, com a Portaria 8, da Secretaria de Assistência Médico-Social (SAMES) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), temos o

financiamento dos hospitais conveniados ao INPS diretamente condicionado a classificação hospitalar feita pelo INAMPS. Desta forma, para o pagamento da diária hospitalar integral era necessário, entre outras exigências, a instituição possuir um profissional de serviço social para cada cem pacientes (BISNETO, 2013).

Inseridas em instituições psiquiátricas por força de norma legal, os assistentes sociais têm suas condições de vida e de trabalho marcadas pela lógica de exploração da sociedade capitalista. Assim, como força de trabalho contratada por instituições privadas conveniadas ao INPS que buscavam, muitas vezes, somente responder a um quesito legal para funcionarem, os assistentes sociais possuíam salários ruins, contratação temporária, trabalhando poucas horas, sem ter nenhum projeto de atuação organizado e continuado com os usuários (MELO; BASTOS; SILVA apud SILVA; SILVA, 2007).

Em contraposição a estas condições de trabalho precárias, a expectativa do MPAS seria que o profissional de serviço social fosse aquele que intermedia a relação meio (ambiente ou familiar) – paciente - instituição, como podemos perceber através da definição de trabalho registrada no documento *Assistência Psiquiátrica na Previdência Social*, de 1975.

O assistente social psiquiátrico tem, entre outras funções: interpretação do paciente para o meio ambiente e para a instituição (em caso de internação) e vice-versa; preparação da alta; seguimento de egressos; serviço social de casos; serviço social de grupos; colaboração em pesquisas médicas; participação em programas comunitários e de saúde mental.

O assistente social será o elo entre o paciente e sua família e entre o hospital e a comunidade da qual faz parte, devendo conhecer as tensões que influem nas vidas envolvidas, bem como as características de comportamento, do pessoal e do grupo (apud GONÇALVES, 1983, p. 48).

Ainda na década de 1970, concomitante as modificações de seu mercado de trabalho na área de saúde mental, o serviço social passava pelas mudanças oriundas do Movimento de Reconceituação da categoria. Conforme Bisneto (2011), as novas teorias advindas das vertentes do Movimento de Reconceituação tiveram dificuldades em espriarem-se na prática profissional em saúde mental, encontrando dificuldades de operacionalização, seja do marxismo da intenção de ruptura, seja dos conteúdos psicossociais e da psicanálise da perspectiva modernizadora e da reatualização do conservadorismo.

A partir dos anos 1980 e o Movimento da Reforma Psiquiátrica, as instituições manicomiais são questionadas por profissionais, familiares e usuários, estes preceitos vão ao encontro da perspectiva do serviço social que busca uma análise crítica da sociedade: a intenção de ruptura. Assim, temos por parte das assistentes sociais da saúde mental, alguns questionamentos sobre as formas de atuação do serviço social em saúde mental até então

vigente, como por exemplo no Curso de Especialização de Serviço Social em Saúde Mental e no Livro *Saúde Mental e Trabalho Social*, de Gonçalves (1983).

O Curso de Especialização de Serviço Social em Saúde Mental do IPUB, iniciado em 1975, começa a ser questionado a partir da década de 1980, por seu caráter fragmentado de ensino e pelas contradições de sua prática, sendo extinto em 1982. Já o único livro publicado sobre serviço social e saúde mental até 2000, *Saúde Mental e Trabalho Social*, traz a crítica às contradições da prática profissional em uma instituição psiquiátrica, utilizando uma perspectiva “dialética materialista como instrumental analítico básico” (GONÇALVES, 1983, p. 53).

Com as transformações ocorridas na atenção à saúde mental com a expansão dos serviços alternativos, como os CAPS, os NAPS, os Centros de Atenção Diária (CAD), os Centro de Atividades Integradas em Saúde (CAIS) nos anos 1990, o mercado de trabalho do serviço social se expande novamente (BISNETO, 2013). A Portaria 224, de 1992 regulamenta o serviço social como profissional da equipe técnica em saúde mental para todos os dispositivos. Desta forma, além dos dispositivos já citados, as unidades básicas, os centros de saúde, os ambulatórios, os serviços hospitalares, como os hospitais dias, os serviços de urgência psiquiátrica e os leitos psiquiátricos em hospital-geral, e os hospitais especializados devem ter como membro da equipe o profissional de serviço social (BRASIL, 1992).

A partir da década de 1990, temos também, como exposto na seção precedente, o ideário neoliberal conduzindo as políticas sociais o que, por consequência, repercute diretamente nas condições de existências dos usuários em sofrimento mental e do profissional de serviço social atuante na área. Este quadro não tem se alterado até a atualidade, ao contrário, as condições sociais de vida e de trabalho que envolvem os inscritos de alguma forma na saúde mental, tem ficado cada vez mais difíceis.

Os usuários atendidos pelo serviço social, em sua maioria, lutam diariamente por sua sobrevivência que é permeada pelo desemprego, violência urbana, dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação e habitação, entre outras questões da sociedade capitalista, que por si só já são elementos com potencial “enlouquecedor” grande. Para com aqueles que o seu estar no mundo ainda perpassa uma tristeza extrema, pensamentos pejorativos sobre si, com ideias suicidas ou mesmo com visões ou audição de vozes, o trabalho do serviço social na perspectiva do projeto ético-político e da Reforma Psiquiátrica, torna-se um desafio a ser encarado criticamente. Inserido nas práticas cotidianas em saúde mental, o profissional do serviço social deve ser capaz de contribuir criticamente para com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, assim “não deve ser apenas o profissional do ‘cuidado’, da ‘atenção’, mas o

técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo” (BISNETO, 2011, p. 61).

Principalmente aos profissionais ligados às recepções dos serviços de saúde mental, nas quais o acolhimento é proposto como forma de garantia de acesso, ao usuário que procura um serviço, é de suma importância que não se deixem envolver pelos ideários que individualizam os usuários não os vendo como sujeitos inscritos em e relações sociais amplas. Nas palavras de BISNETO (2013, p. 185), “acolher’ é poder dar uma resposta profissional às demandas do portador de transtornos mentais, que no projeto ético-político do serviço social se situa na viabilização de direitos sociais”.

Desta forma, o profissional de serviço social deve estar atento para que sua prática cotidiana reafirme direitos e desconstrua possíveis noções da loucura baseadas em preconceitos de qualquer espécie ou de padronizações de condutas ou sintomas, nos quais a complexidade das histórias de vida dos usuários é apagada por uma visão restrita à comportamentos tipificados ou sinais previamente rotulados.

CAPÍTULO III – *CORPUS* E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 *CORPUS*

Para empreender a pesquisa, realizamos um estudo histórico e documental, de caráter qualitativo. Nosso objeto de estudo – as formas de recepção no ambulatório geral de adultos do IPUB e a participação do assistente social - se trata de prática realizada em uma instituição universitária federal, determinantemente voltada para a assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Como nosso período de estudo compreende as práticas realizadas a partir da década de 1970, foram buscados nos repositórios eletrônicos *base minerva*, *scielo*, *bireme*, *google acadêmico* e *Domínio Público*, artigos, monografias, dissertações e teses que versavam sobre práticas de recepção e acolhimento em ambulatórios de saúde mental/ psiquiatria. Para tal, utilizamos os seguintes descritores: acolhimento, triagem e recepção em saúde mental/psiquiatria; ambulatório de saúde mental/psiquiatria e serviço social em saúde mental/psiquiatria, buscando dentre esses aqueles que aludiam as práticas no IPUB. Embora a pesquisa inicial tenha se dado em meio eletrônico, os documentos utilizados para a composição do *corpus* desta pesquisa (anexo A), foram principalmente encontrados na Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho, pertencente ao IPUB.

Entendemos que outros recortes ou temáticas poderiam enriquecer ainda mais esta dissertação, no entanto, a necessidade de cumprimento do prazo para a realização do curso de mestrado acabou restringindo outros possíveis olhares e análises. Sendo assim, dos doze textos de produção científica que conformam a seleção documental para o *corpus* deste trabalho, dez foram reproduzidos através do acervo da citada biblioteca, uma monografia de Especialização em Clínica Psicanalítica, do IPUB, foi gentilmente cedida pela própria autora, e o documento mais recente, produzido pela atual equipe de recepção do ambulatório do IPUB, encontra-se disponível no site da instituição.

Para melhor realizarmos a seleção do corpus, empreendemos também, busca manual nos Jornais Brasileiros de Psiquiatria (JBP), constituintes do acervo da Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho.

O JBP caracteriza-se por ser um periódico do IPUB, para a divulgação de produção científica referente à psiquiatria desde 1952. O acervo consultado em 2014, foi referente ao período iniciado em 1970 e tendo o último exemplar datado de junho de 2014, compondo cento e quatro unidades ao todo, visto a multiplicidade de exemplares referentes ao mesmo

ano de compilação. Desta forma, foram analisados quarenta e quatro exemplares que compreendem do volume 20, datado de 1970, ao volume 63, datado de 2014. Excetuando os anos de 1970 e 1971, nos quais houve compilação de único volume, número 20, para a produção referente aos dois anos, nos demais houve a compilação de quatro ou seis unidades do JBP, por ano de publicação.

Nos quarenta e quatro volumes foram pesquisados ora nos sumários, quando haviam, ora na primeira página de cada artigo, textos que poderiam versar sobre práticas ambulatoriais no IPUB, bem como sobre triagem, recepção, porta de entrada ou acolhimento no mesmo. Após a pesquisa, encontramos o artigo de Zapata e Lencarelli Filho, de 1985, que aborda a triagem na Clínica infantil, e o de Laks e Marinho, que versa sobre o ambulatório de psiquiatria geriátrica, de 1996. Assim, não encontramos no JBP nenhum artigo que abordasse, especificamente, as práticas de rotina do ambulatório geral de adultos do IPUB a seus usuários, somente relatos pontuais de pesquisas e experiências sobre utilização de medicamentos e psicoterapia.

Outra forma de divulgação científica do IPUB é o *Cadernos IPUB*, periódico criado em 1995, com o intuito de publicar a produção dos cursos de especialização e extensão desta instituição, posteriormente divulgando “a produção de pesquisadores, docentes e alunos envolvidos no trabalho universitário em Psiquiatria, Saúde Mental e áreas afins em nível nacional e internacional” (IPUB, 2016). Neste encontramos uma gama maior de textos referentes às práticas ambulatoriais no IPUB.

Para analisar a inserção histórica do serviço social no dispositivo ambulatorial do IPUB, pesquisamos as produções sobre o tema, inscritas em *Serviço Social: Trabalhos*; coletânea de trabalhos científicos, em treze volumes, organizada pela equipe de serviço social do IPUB, entre 1979 e 1981; e nas seguintes revistas científicas: *Revista Praia Vermelha* (Escola de Serviço Social/UFRJ), *Em Pauta* (Faculdade de Serviço Social/UERJ) e *Revista Serviço Social e Sociedade* (Cortês Editora).

Assim, a seleção documental para o *corpus* desta pesquisa compôs-se por: uma monografia do Curso de Especialização em Psiquiatria, de 1975, um artigo da *Revista de Psiquiatria*, de 1977, um Trabalho de Conclusão de Curso que agrega alunos de diferentes especializações do IPUB (serviço social em saúde mental, psicologia clínica e em psiquiatria), de 1978, dois artigos do *Serviço Social: Trabalhos*, de 1979 e 1980, uma monografia do Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social em Assistência Psiquiátrica, de 1981, um livro de autoria do serviço social, de 1983, dois artigos pertencentes aos *Cadernos IPUB*, de 1995 e 2000, duas monografias do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica, de 2008 e 2014

e o livro virtual *Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Gestão 2010-2014*, de 2015, sobre a atual gestão do IPUB.

Ressaltamos que sete dos textos inicialmente selecionados para compor o referido corpus, foram excluídos da análise. A monografia de Ferreira e Fraga, referente ao Curso de Especialização em Saúde Mental, de 1994, cujo título é *Triagem: critérios de diagnóstico e encaminhamento no ambulatório do IPUB – a diversidade de olhares*, apesar de ser referenciada por Sergio Levcovitz, em seu artigo no *Cadernos do IPUB*, de 1998, não foi disponibilizada em repositórios virtuais, tampouco encontra-se no acervo da Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho.

O texto *Grupo de Recepção: a qualificação do dispositivo de porta de entrada na rede de saúde mental*, de Gomes Netto, datado de 2007, é referente as formas de recepção realizadas no PAM Alberto Borgeth. Como nossa pesquisa restringe-se ao ambulatório do IPUB, optamos por excluir a referida monografia do corpus. Já os textos de Silva Filho e Levcovitz, *Perspectivas da assistência psiquiátrica no Brasil: o ambulatório como um dispositivo terapêutico*, de 1984, e *A função do analista para além do “há na lista”: transferências com a instituição e na instituição de saúde mental*, de Kushnir, 2014, apesar de versarem sobre o ambulatório do IPUB, não abordam as práticas de recepção.

Não utilizaremos na análise os textos *A qualificação dos atendimentos ambulatoriais: a experiência da psicanálise com os grupos de recepção*, de Martello e Moreira, 1999, e *Recepção e triagem no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ: a presença de enfermeiro psiquiátrico na equipe interdisciplinar*, de Grivet, 2000, por se tratar de textos centrados em outras práticas profissionais, que não a do serviço social e se tratarem de relatos referentes ao mesmo período apresentado no texto de Oliveira (2000), analisado nesta dissertação.

Optamos também por não analisar o texto de Levcovitz (1998), *Ambulatório e a pedagogia de novas práticas*, por se tratar de documento referente à mudanças gerais ocorridas no ambulatório do IPUB, no período sob a coordenação do autor, não se centrando especificamente na recepção. O autor afirma que “fugiria ao âmbito desta breve exposição uma descrição pormenorizada das rotinas deste programa de recepção (LEVCOVITZ, 1998, p. 211). Assim, preferimos analisar o discurso de Oliveira (2000), *A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ*, que como co-coordenadora do Programa de Recepção do Ambulatório do IPUB relata especificamente a recepção, realizada no período de coordenação de Levcovitz, com maior riqueza de detalhes.

Além do texto de Ferreira e Fraga, citado e atualmente não disponibilizado, verificamos também que Oliveira (2000), faz referência a um texto preparatório para o I Seminário de Grupo de Recepção do IPUB, de autoria de Tenório, em 1996 (*Um ano de Grupo de Recepção: uma mudança conceitual?*), o qual, segundo a autora, estaria arquivado na Biblioteca do IPUB, porém não foi encontrado no acervo da mesma. Na referência, Oliveira informa que haveria na referida biblioteca uma pasta relativa aos trabalhos produzidos pelo Grupo de Recepção do IPUB, contudo, atualmente, não há nenhuma pasta com tais informações arquivada no acervo consultado.

Cabe salientar que além da produção científica acerca da temática estudada, também foram selecionadas as legislações pertinentes ao tema que compreendem o período a partir da década de 1970 para que possamos balizar a política e a produção científica. Quanto às legislações previamente selecionadas, não faremos sua análise específica, mas procuraremos ao longo da análise do *corpus* verificar se os autores/sujeitos do discurso a utilizam como referência, relacionando as práticas explicitadas em cada contexto com a legislação pertinente à época. Observaremos também, se ao longo dos textos há alguma correlação com as mudanças proferidas a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

O *corpus* será composto por recortes da seleção documental, previamente descrita. Recortes, que segundo Orlandi (1984, p. 14), são unidades discursivas e “por unidade discursiva entendemos fragmentos correlacionados de linguagem-e-situação. Assim, um recorte é um fragmento da situação discursiva”. Tais recortes são, então, unidades discursivas pertinentes a explicitação das formas de atendimento aos usuários que procuram atendimento no IPUB pela primeira vez, ao longo dos vários contextos sócio históricos entre 1970 e 2014.

Procuraremos resgatar nos variados textos, as condições de produção dos discursos, que perpassam a utilização dos termos triagem, recepção e acolhimento, bem como quais profissionais estão envolvidos nestas práticas, seja diretamente como sujeitos do discurso ou como responsáveis pelo atendimento.

Para a composição e clareza do corpus, os recortes selecionados estarão disponíveis para consulta no anexo B. Estes foram codificados seguindo a ordem dos seguintes fatores: ano de divulgação do documento e o fragmento correspondente. Sendo apresentadas como pode ser visto no exemplo do quadro abaixo:

SISTEMA DE CODIFICAÇÃO		
R	75	1
Identificação do código	Ano de divulgação do documento	Numeração do recorte

Ou seja, para exemplo da codificação, o código R75.1 corresponde ao primeiro recorte, do texto de 1975, no caso:

diante da perspectiva de nos vermos isolados das decisões a serem tomadas, apesar de haveremos contribuído concreta e objetivamente para uma efetiva modificação no ensino e assistência do Instituto de Psiquiatria, vimo-nos na contingência de encaminharmos nossas propostas independente das solicitações.

A análise será realizada através do materialismo histórico e os pressupostos da Análise de Discurso, visto que esta trabalha a linguagem, o sujeito e as condições de produção. Ou seja, a Análise de Discurso propõe entendermos o texto em sua relação com sua exterioridade (ORLANDI, 2006), com as condições sócio históricas, nas quais este discurso está inserido e foi produzido. Discurso este, que perpassa discursos anteriores, e é fruto de ideias e pensamentos que não são neutros diante das relações sociais que atravessam a existência humana em sociedade. Para melhor elucidar o leitor deste trabalho, passaremos a seguir a uma breve aproximação com os pressupostos da Análise de Discurso que serão utilizados para o estudo documental.

3.2. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O contexto histórico do final dos anos 1960⁶ na França, marca a emersão da Análise de Discurso como campo do saber que busca o arcabouço teórico da linguística, da psicanálise e do marxismo para trabalhar a linguagem, o sujeito e as condições históricas dos discursos. Conforme Orlandi (2006, p. 13), a linguística traz a compreensão de “que a língua não é transparente; ela tem sua ordem marcada por uma sua materialidade que lhe é própria”, o marxismo apresenta a materialidade da história, na qual “o homem faz a história, mas ela não lhe é transparente” e a psicanálise expõe a opacidade do sujeito que “não é transparente nem para si mesmo”.

Segundo Florêncio et al. (2009), é o filósofo francês Michel Pêcheux que inaugura, em 1969 na França, a Análise de Discurso com a proposta de “contribuir para o avanço dos estudos na perspectiva do materialismo histórico, do efeito das relações de classe sobre o que se pode chamar as ‘práticas linguísticas’” (PÊCHEUX apud FLORÊNCIO et al., 2009, p. 24). No Brasil, segundo as mesmas autoras, é somente a partir da década de 1980, que a Análise de Discurso se institucionaliza, sendo fundamental para sua consolidação, os estudos de Eni Orlandi.

⁶ Previamente esboçado no início da seção 1.1, do primeiro capítulo desta dissertação.

A Análise de Discurso entende a língua inscrita em sua materialidade histórica, na qual os enunciadores e destinatários, são sujeitos do discurso, marcados pelas relações sociais que envolvem sua forma de existir, sua inserção no mundo, ou seja, o lugar discursivo tem determinação histórica, “o sujeito é sempre o sujeito de seu tempo e de sua sociabilidade” (FLORÊNCIO et al., 2009, p. 43). Sua forma de expressão se dá marcada por seu contexto histórico e sua inserção social, porém o discurso não somente representa uma época e seus antagonismos, mas também possíveis continuidades e rupturas com discursos anteriores e posteriores. A linguagem representa um processo complexo, no qual antagonismos e contradições sociais podem ser refletidos.

A língua portanto, é social e histórica. Significados existem para mim apenas em minhas relações com outras pessoas. E essas outras pessoas existem em relacionamentos sociais concretos, estruturados. Essas relações sociais são em si dinâmicas, envolvem lutas por dominação e resistência, equilíbrios mutáveis de força e poder. Significados, por conseguinte, são também históricos, estão imersos em um processo de “vir-a-ser” histórico, no qual os relacionamentos não são fixos e no qual passado e presente se interligam em nossa orientação para o futuro (MCNALLY, 1999, p. 47).

Por outro lado, como nos aponta Bakhtin (2006), o discurso de sujeitos pertencentes a classes que são historicamente antagônicas na sociedade, estão inseridos em uma mesma língua. Nas palavras do autor (p. 37): “classe social e comunidade semiótica não se confundem. Pelo segundo termo entendemos a comunidade que utiliza um único e mesmo código ideológico de comunicação. Assim, classes sociais diferentes servem-se de uma só e mesma língua”.

O discurso, como espaço que reflete contradições sociais, será tratado nesta dissertação nos termos de Pêcheux (apud ORLANDI, 2006), não somente como transmissão de informação, de uma mensagem entre autor e leitor, mas sobretudo, como efeito de sentidos entre locutores. Nas palavras do autor, o sentido “não pertence à própria palavra, não é dado em sua relação com a ‘literalidade do significante’; ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas” (PECHEUX apud FLORÊNCIO et al., 2009, p. 22). Ou ainda, nas palavras de Orlandi (2009, p. 60): “o que se diz não resulta só da intenção de um indivíduo em informar um outro, mas da relação de sentidos estabelecida por eles num contexto social e histórico”.

Desta forma, a Análise de Discurso desnaturaliza a biunivocidade, pela qual a relação significante–significado se daria da mesma forma, sempre que um termo aparecesse (PÊCHEUX, 1997). Não há uma relação unívoca entre palavra e coisa, na qual os termos somente podem significar de uma maneira. Os sentidos não são transparentes, palavras não

“falam por si”, mas representam determinado lugar, de onde se fala, a posição enunciativa, na qual os sujeitos do discurso apesar de terem intenção pré-definida ao se comunicarem, esta comunicação é marcada pela polissemia, ou seja, por sentidos múltiplos que revestem os atos de linguagem (ORLANDI, 2006).

Em sua intenção de comunicação, os sujeitos têm a ilusão que a escolha de suas palavras, o emprego de determinados vocábulos e não outros, estaria representando diretamente e claramente a realidade através de seu pensamento. Esta impressão, que o pensamento produz diretamente a realidade, é denominada por Orlandi (2001, p. 35) como “ilusão referencial”. Este mecanismo, pelo qual o sujeito não percebe que há outros sentidos possíveis em seu dizer é nomeado por Orlandi (2006) de esquecimento enunciativo e por Pêcheux (1997) de esquecimento n. 2.

Outro ponto fundamental para a Análise de Discurso, remete a desmistificação da ilusão da autonomia plena dos sujeitos, pela qual estes teriam originalidade em seu dizer, produzindo seu discurso a partir de suas próprias ideias e pensamentos, que não seriam “influenciados” pelas condições sociais e materiais de vida, ou mesmo por outros discursos. Acreditamos que “por mais individuais que pareçam as escolhas do sujeito, elas são sociais” (FLORÊNCIO et al., 2009, p.51). O mecanismo que faz com que o sujeito acredite ser a origem de seu dizer é definido por Orlandi (2006) como esquecimento ideológico e por Pêcheux (1997) como esquecimento n. 1.

Quando nascemos os discursos já estão em processo e nós é que entramos nesse processo. Eles não se originam em nós. Isso não significa que não haja singularidade na maneira como a língua e a história nos afetam. Mas não somos o início delas. [...] As ilusões não são “defeitos”, são uma necessidade para que a linguagem funcione nos sujeitos e na produção de sentidos. Os sujeitos “esquecem” que já foi dito - e este não é um esquecimento voluntário – para, ao se identificarem com o que dizem, se constituírem em sujeitos (ORLANDI, 2001, p. 35).

Como dito anteriormente, o discurso é entendido pela a Análise de Discurso como “lugar onde se produzem os sentidos” (FLORÊNCIO et al., 2009, p. 63). Sendo assim, em uma sociedade marcada pelo antagonismo entre classes, podemos afirmar que as palavras não são neutras (MCNALLY, 1999), a língua não é um código ou sistema ideologicamente neutro (ORLANDI, 2009), tampouco o sujeito do discurso é independente na produção dos sentidos de seu dizer (FLORÊNCIO et al., 2009).

O sujeito tem em seu discurso uma prática do “seu fazer histórico-discursivo” (FLORÊNCIO et al., 2009, p. 42), sendo o texto um “objeto linguístico-histórico” (ORLANDI, 2006, p. 22). Desta forma, “pensar o texto em seu funcionamento é pensá-lo em relação as suas condições de produção, é ligá-lo a sua exterioridade” (IDEM, p. 16). Para esta

autora (2009), as condições de produção envolvem tanto o enunciador e o destinatário, como a situação sócio histórica em que se insere o discurso. As condições de produção, no que se refere à situação, podem ser em sentido estrito e amplo (FLORENCIO et al., 2009) ou estrito e lato (ORLANDI, 2006).

As condições em sentido estrito, estão ligadas diretamente a imediaticidade do texto, ou seja, as circunstâncias que envolvem a enunciação do discurso. Em sentido amplo ou lato, são caracterizadas o contexto histórico-social e ideológico no qual se inscreve o texto, seus autores e leitores. Ressaltamos que apesar da Análise de Discurso realizar esta separação entre totalidade histórica e pontualidade do texto, entre macro e microssituações, para fins metodológicos, há o entendimento de que não há esta dicotomia na prática. Na realidade as condições de produção se dão através de um processo conjunto, no qual as situações imediatas inscrevem-se em um contexto amplo de determinações sociais.

Para elucidar ao leitor o contexto social no qual emerge o objeto de estudo, é necessário expor o que ao nosso olhar, seriam as condições de sua produção. Retomando Florêncio et al. (2009) e Orlandi (2006), as condições de produção em sentido amplo ou lato estariam ligadas às formas de dominação em uma sociedade capitalista. Nas formações sócio-históricas em que a exploração de classes prevalece, poderemos refletir como a percepção do que é loucura e, principalmente, como os considerados loucos são “tratados”, pode tornar-se uma estratégia de dominação. Por outro lado, temos também formas de resistência ao instituído, como o ideário do Movimento de Reforma Psiquiátrica, que vem modificar o contexto sócio histórico das condições de produção em sentido amplo.

Em sentido estrito, as condições de produção do discurso perpassam os variados momentos do processo histórico de transformações na atenção aos sujeitos em sofrimento mental a partir da década de 1970, especificamente quanto às práticas ambulatoriais no IPUB, sendo este processo não unívoco e linear, mas atravessado de contradições, de avanços e retrocessos, como visto no primeiro capítulo desta dissertação.

Quanto as condições de produção que envolvem os sujeitos, a Análise de Discurso nos aponta que todo discurso é presidido por formações imaginárias, ou seja, as imagens que o enunciador/destinatário tem de si, do outro (destinatário/enunciador), bem como do objeto do discurso (ORLANDI, 2006). Nesta projeção, da imagem que o sujeito faz, está inscrita a capacidade do locutor “antecipar” mentalmente a possível resposta de seu interlocutor, colocando-se na posição do destinatário. Este mecanismo de antecipação (IDEM), em nosso entendimento, faz parte da capacidade teleológica do ser humano na qual há “a construção, na consciência, do resultado provável de uma determinada ação” (LESSA, 1999, p. 3).

Na formação imaginária, além da antecipação como fator importante para se estabelecerem as condições de produção do discurso temos também, as chamadas relações de força (ORLANDI, 2006), que perpassam o sujeito. Desta forma, o sujeito do discurso ocupa um lugar social a partir do qual se comunica e aquele marca o seu dizer. “Como nossa sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são relações de força, sustentadas no poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na ‘comunicação’” (ORLANDI, 2001, p. 39-40). Assim, na presente dissertação entendemos que as condições de produção dos discursos são marcadas pelo lugar social que ocupa seu enunciador, se é o de aluno ou aquele de representante do corpo de funcionários, por exemplo.

As condições de produção analisadas neste trabalho se darão inscritas no bojo de uma sociedade capitalista, na qual os antagonismos de classe atravessam as condições de existência dos sujeitos do discurso. Para tanto, a Análise de Discurso denomina de formação ideológica a conjuntura histórica determinada pelo estado de luta de classes (PÊCHEUX, 1997), que materializada no discurso, produz a sustentação deste, gerando sentidos que buscam ocultar conflitos e transparecer a imagem de ausência de contradição de classes (FLORÊNCIO et al., 2009). Desta forma, Análise de Discurso busca “mostrar o funcionamento dos textos, observando sua articulação com as formações ideológicas” (ORLANDI, 2009, p. 61).

Como projeção das formações ideológicas na linguagem, teremos as formações discursivas que “determinam o que pode e deve ser dito” (PÊCHEUX, 1997, p. 166) em determinada conjuntura sócio histórica. O que pode e deve ser dito conforma o dizer, palavras podem ter sentidos variados, semelhantes ou mesmo contrastantes, referentes às posições sustentadas pelos que as utilizam, posições essas, que são inscritas nas formações ideológicas.

Desta forma, não são as palavras em sua literalidade, que darão significado ao discurso, mas seus sentidos, que dependerão da formação discursiva que se inserem. Nas palavras de ORLANDI (2006, p. 17):

se uma proposição, uma palavra, uma expressão se constitui pela sua inserção em uma formação discursiva e não em outra, ela não terá um sentido que lhe seria próprio, vinculado a sua literalidade, mas o sentido da sua inscrição na formação discursiva. Do mesmo modo, palavras, expressões e proposições literalmente diferentes podem, no interior de uma mesma formação discursiva dada, ter o mesmo sentido.

Em uma tentativa de melhor esclarecer o leitor deste trabalho, que não necessariamente tem alguma aproximação com a Análise de Discurso, nos remeteremos a exemplos de termos extraídos deste estudo, que poderão ter seus sentidos variados, conforme as formações discursivas de seus sujeitos. Assim, os termos triagem e acolhimento em saúde

mental, por exemplo, podem ter seus efeitos de sentido aproximados, em determinada formação discursiva que pensa o dispositivo de porta de entrada como “ritual” de entrada em uma instituição.

Em outra formação discursiva, os mesmos termos, triagem e acolhimento, podem ter efeitos de sentido totalmente opostos. Nesta formação discursiva, triagem volta-se para a perspectiva do controle de acesso a uma instituição, com seu efeito de sentido aproximado ao de barreira, no qual se escolheria qual o usuário seria melhor para aquela. Já acolhimento, teria seu efeito de sentido aproximado ao de acesso, no qual procura-se a garantia do direito de acesso a dispositivos que visem as necessidades do usuário, inclusive em outras áreas para além da saúde, como assistência, previdência, educação, entre outras que possam estar afetando sua saúde mental.

As formações discursivas são determinadas pelo interdiscursivo ou memória discursiva, outro conceito importante para a Análise de Discurso, que será trabalhado nesta dissertação. Com o interdiscurso temos a noção de que o dizer de agora é influenciado por discursos anteriores, historicamente determinados por condições de produção outras. Segundo Florêncio et al. (2009), o interdiscurso é o já dito, o pré-construído, o que é falado anteriormente em outro lugar, utilizado pelo enunciador para compor e sustentar seu discurso, em um movimento de ressignificação. Desta forma, para o presente trabalho, utilizaremos o discurso que permeia a Reforma Psiquiátrica, bem como aqueles que surgem das variadas vertentes do Movimento de Reconceitualização do serviço social, como possíveis memórias discursivas, que permeiam a produção dos discursos a serem analisados no corpus.

Importante ressaltar, que “todo dizer se acompanha de uma dizer já dito e esquecido que o constitui em sua memória (ORLANDI, 2006, p. 22). O já dito, retomado no discurso, possibilita a criação de novos dizeres, já que estes não se originam especificamente naquele momento, com o pensamento do enunciador, como nos aponta a noção de esquecimento ideológico. O já dito que pode ser retomado através da consulta aos arquivos de uma instituição, representando seu discurso documental, é chamado pela Análise de Discurso de memória de arquivo (IDEM). Desta forma, os dez documentos, encontrados na biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho, que compõe esta dissertação, fazem parte da memória de arquivo do IPUB.

A realização da análise discursiva se fará através da descrição de cada documento, doze ao todo, a partir dos pressupostos da análise de discurso, relatando quais são suas condições de produção em sentido lato e estrito, quem são os sujeitos do discurso (o enunciador e seus possíveis leitores diretos no momento de sua divulgação), se há alguma

referência direta ao interdiscurso da Reforma Psiquiátrica e, no caso específico do serviço social, quanto ao Movimento de Reconceituação, buscando ainda, apontar quais são os lugares sociais que ocupam os locutores.

A partir da documentação, exploraremos os textos em seu dizer, naquilo que busca afirmar, reforçar ou recusar, procurando verificar ainda, aquilo que não foi dito, que se encontra obscurecido no dizer, ou possivelmente silenciado por retomar formações discursivas outras.

Se a formação discursiva estabelece o que pode e deve ser dito, é porque algo existe – em conflito com esta afirmação - que não pode e (ou) não deve ser dito e que, vindo de outro lugar, de outras formações discursivas, ali se imiscui, em diferentes efeitos de sentidos, muitas vezes rejeitados, mas que se evidenciam, sob a forma de discursos outros (FLORÊNCIO et al., 2009, p. 74).

Faremos o recorte dos fragmentos discursivos que aludem as formas de atendimento caracterizados como triagem, acolhimento e/ou recepção, para uma tentativa de descrição deste procedimento, em sua conformação de equipe profissional e forma de atendimento, no IPUB nos diferentes momentos históricos. Com os recortes, pretendemos também, analisar os efeitos de sentido que subjazem às diferentes formações discursivas, nos seus distintos momentos históricos, sobre este tipo de atendimento. Esperamos que com os recortes analisados, possamos desconstruir as possíveis evidências dos sentidos, refletindo sobre suas formações discursivas e principalmente, como os sujeitos dos discursos reforçam ou não práticas historicamente determinadas.

CAPÍTULO IV – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os documentos serão analisados de acordo com o ano de sua publicação, sendo apresentados em ordem cronológica.

4.1 ANO 1975

O documento a ser analisado através dos pressupostos da Análise de Discurso, é o intitulado *Trabalho de avaliação do curso de especialização, de 1974, do IPUFRJ*, divulgado em 1975. O texto foi elaborado por vinte e três alunos do Curso de Especialização em Psiquiatria do IPUB, do mesmo ano, e é fruto de sua pesquisa sobre o ensino na instituição. Vale ressaltar, que dentre os médicos que elaboraram o presente documento, está presente o Dr. João Ferreira da Silva Filho, que membro de sua comissão coordenadora, posteriormente, entre 1994 e 2002, foi diretor geral do IPUB. O presente texto foi inicialmente elencado para a conformação de nosso corpus, por abarcar uma sessão, na qual o ambulatório é abordado em suas práticas cotidianas de ensino e assistência.

O documento se caracteriza por ser uma monografia de conclusão de curso dos alunos, isto é, um trabalho final, para todos os vinte e três alunos que o construíram coletivamente. Ao contrário do até então estabelecido pela instituição, pelo qual cada aluno elaborava seu trabalho individual, aqueles conseguiram que houvesse um trabalho realizado coletivamente, após existirem na instituição várias “démarches” (p. 3), até a aprovação na Comissão Supervisora de Ensino para Graduandos do Instituto de Psiquiatria (COSEGIP).

A ideia inicial do texto partiu da solicitação da direção para a elaboração de relatório a ser apresentado em reunião com representantes de vários setores do IPUB. Cujo objetivo era encaminhar proposta de reestruturação do Curso de Especialização. Após a apresentação do relatório, o grupo insatisfeito com o retorno de seu trabalho, decidiu utilizar-se de outra estratégia de divulgação de suas ideias e questionamentos, como pode ser observado no seguinte recorte:

diante da perspectiva de nos vermos isolados das decisões a serem tomadas, apesar de havermos contribuído concreta e objetivamente para uma efetiva modificação no ensino e assistência do Instituto de Psiquiatria, vimo-nos na contingência de encaminharmos nossas propostas independente das solicitações (R75.1).

No documento os autores buscam realizar uma pesquisa sobre o ensino e a assistência prestada no IPUB, através de uma auto avaliação, enquanto alunos e profissionais que atuam diretamente no atendimento aos usuários. Desta forma, os sujeitos dos discursos são também

o objeto de estudo, sendo sua posição discursiva a de enunciador/pesquisador e pesquisado ao mesmo tempo, além de interlocutores, afinal são os principais interessados, naquele momento, nos resultados de sua pesquisa.

A pesquisa foi realizada a partir de duas etapas: a primeira através de questionários respondidos por todos os alunos, sobre suas percepções sobre o curso e a instituição; e a segunda por meio de levantamentos realizados em alguns setores de interesse específico no IPUB, sendo eles: enfermarias (masculina e feminina), ambulatório, perfil da turma e da instituição, regulamentação do curso e ensino. A análise dos dados é apresentada ao leitor dividida em: perfil da turma e da instituição, ensino e assistência ao paciente, sendo esta sessão subdividida em enfermaria e ambulatório. Para a presente dissertação, faremos análises de recortes do texto referentes à assistência ambulatorial, relatada no documento.

Contudo, primeiramente abordaremos, o que ao nosso olhar, seriam as condições de produção do discurso. Como condições que permeiam a produção do texto, em sentido amplo poderemos ressaltar que o Brasil vivia o estado ditatorial, no qual muitos discursos eram silenciados, e na saúde mental havia um questionamento sobre as formas de tratamento então instituídas, tanto em âmbito nacional, quanto internacional. Em sentido estrito, o IPUB, conforme o próprio texto, encontrava-se em um período de modificações, tanto em suas práticas de ensino, como na assistência.

Para o ensino os autores relatam que além de serem ministradas as disciplinas de Psicologia Médica e Clínica no IPUB, aos alunos do curso médico da UFRJ, havia o internato especializado em psiquiatria, para graduandos do mesmo curso. Sendo que a partir de 1972, iniciou-se o curso de mestrado e no ano de 1974, foram abertas inscrições para o primeiro curso de doutorado. Embora o Curso de Especialização ter seu início datado de 1966, o documento informa que no ano de 1974, houve uma intenção de reestruturação do mesmo. Temos assim, no início da década de 1970, uma expansão do ensino na instituição.

Quanto à assistência, foi a partir de 1970 que se iniciou o convênio para atendimento, no ambulatório do IPUB, dos segurados do Instituto de Pensões e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE). Em 1973, foi formalizado o convênio para atendimento ambulatorial com o INPS (SILVA FILHO; LEVCOVITZ, 1984), além de haver, no mesmo ano, o término do convênio com o Hospital Philippe Pinel.

Observamos que essas transformações históricas conformam as condições de produção, em sentido estrito, para aqueles alunos do Curso de Especialização, que tem seu discurso marcado por sua inserção no movimento da realidade. Ressaltaremos, através do recorte do item sobre a assistência nas enfermarias, como as condições de produção são vistas

pelos autores. Estes utilizam de uma formação discursiva, na qual o interdiscurso da contestação ao instituído vem à tona, como suporte a suas afirmações.

A seguinte resposta sintetiza e nos transmite a visão resultante do nosso trabalho na enfermagem: “estrutura rígida, hierárquica, opressora que fortalece aspectos regredidos do paciente, impedindo-o de assumir outro papel, que não o de doente mental”.

Adite-se a isso a posição dos alunos em relação à condição de previdenciário da quase totalidade dos pacientes, como um fato que pressiona e dirige a assistência às normas de previdência, impedindo o papel renovador e acelerador da Universidade (R75.2).

Percebemos como o discurso remete-se à crítica a “estrutura rígida”, ressaltando seu caráter opressor e ao perfil do usuário, como segurado previdenciário, com o qual não haveria a possibilidade de atendimento fora das “normas” estabelecidas. Assim, tanto a estrutura, quanto as formas de atendimento trazem o efeito de sentido de algo não permeável ao novo e, principalmente, ao caráter “renovador” com qual os autores caracterizam a universidade. Contudo vale lembrar, que era uma universidade marcada pelas “regras” impostas por um regime ditatorial, cuja formação discursiva baseava-se na disciplina e imutabilidade, atravessava por uma formação ideológica da preservação de um capitalismo, no qual não houvessem contestações sociais.

Através do mecanismo de antecipação, poderemos analisar que os autores buscam marcar seu posicionamento perante seus possíveis leitores, visto que, com o trabalho objetivavam encaminhar suas “propostas independentemente das solicitações” (R75.1). Entendendo que, apresentaram suas propostas, críticas ao então instituído, para que haja a possibilidade de que as instâncias de gestão possam “ouvi-los”, em uma tentativa de mudança.

Vislumbra-se, desta forma, o discurso marcado pelo lugar social que ocupam os autores e as relações de força, que atravessam sua posição discursiva. Estes, segundo o texto, são médicos formados, com idade média de 28 anos, que em sua maioria exerce atividade profissional conjuntamente à realização do Curso de Especialização. Desta forma, são profissionais que apesar de atuarem na assistência no tempo de seu curso, não necessariamente continuariam naqueles locais de atuação. Sendo sua posição discursiva marcada por sua inserção “passageira” na instituição.

Quanto ao serviço social o texto informa que haveriam dois profissionais desta categoria para a instituição, sendo que o profissional que atuava no ambulatório, também trabalha nas enfermarias. Não há nenhuma referência às formas específicas de atuação deste profissional no texto.

Especificamente quanto ao objeto do presente estudo, o ambulatório e suas formas de recepção, nos debruçaremos no texto sobre o item *O ambulatório*, que se refere à assistência ao usuário. A análise sobre a assistência prestada no ambulatório é feita em quatro páginas pelos autores. Nelas, inicialmente, descrevem a estrutura física, com número e distribuição de salas, seus horários de funcionamento e composição de equipe profissional, para, posteriormente, apontar dados levantados sobre os atendimentos e discorrer sobre impressões acerca de sua atuação no mesmo.

O texto nos esclarece que o atendimento no ambulatório, feito pelos alunos de especialização, realizava-se diariamente, sendo atendidos “seis pacientes por dia, no horário de oito às dez horas, numa faixa que oscilou de dois a dez pacientes” (R75.3), totalizando 5.385 consultas, no ano de 1974. Quanto aos atendimentos realizados àqueles que procuravam atendimento pela primeira vez no ambulatório do IPUB, o discurso afirma que “é de norma receber a cada dia de consulta um novo paciente” (R75.3), sendo o número de consultas de primeira vez, como é chamada no texto, de 722. Desta forma, no ano de 1974, das 5.385 consultas realizadas, 722 foram com usuários que iniciavam seu tratamento ambulatorial no IPUB.

O texto não relata como era o procedimento para o agendamento desses “novos pacientes”, afirmando, contudo, que “a falta de uma triagem” (R75.4), seria um dos componentes para o grande volume de usuários a serem atendidos. Isto, conforme dito no discurso, ocasionou um “acúmulo de atendimentos, em bases insustentáveis. Parece que o esquema do ambulatório não leva em conta que de um modo geral os pacientes que o procuram, precisam à princípio, serem atendidos pelo menos uma vez por semana” (R75.5).

Outra crítica que emerge quanto às consultas de primeira vez, seria a importância dada a este atendimento, pela qual “a falta de controle da qualidade deste atendimento, propicia um nível muito duvidoso: somos alunos de um curso de especialização e atendemos pacientes que procuram profissionais responsáveis; nada nos é cobrado e o autodidatismo, então, torna-se um risco para os próprios pacientes” (R75.6). O texto informa que não haveria supervisão nas práticas exercidas no ambulatório e que, tampouco eram avaliados sobre as mesmas.

Observamos pelo dito no discurso, que há uma preocupação com a qualidade do atendimento aos que procuram o ambulatório, principalmente no tocante ao número de atendimentos. Os sujeitos caracterizam o ambulatório como “um caos total, pois o número de pacientes quase sempre suplanta nossa capacidade de atendê-los, havendo necessidade de ultrapassar o horário determinado, com prejuízo na qualidade do atendimento” (R75.7).

Pelo recorte “falta de uma triagem” (R75.4), podemos perceber, pelo seu não dito, a ausência na unidade de um procedimento formal que recebesse os usuários, para seu

acolhimento, havendo assim, uma marcação direta com o médico, com finalidade de início de um tratamento psiquiátrico. Não sabemos se o efeito de sentido para o termo triagem, à época, seria o de **barreira**, para que menos usuários realizassem atendimento, ou de um **primeiro atendimento mais cuidadoso**, visto que necessitariam de maior suporte por terem que ser atendidos semanalmente.

Temos assim, um texto crítico às práticas instituídas, que se utiliza de uma prerrogativa do Curso de Especialização, sua monografia final, para transformá-lo em discurso que se apresenta como forma de resistência e protesto ao instituído. Percebemos que os sujeitos do discurso ressaltam a importância que deve ser dada ao atendimento de primeira vez à usuários que procuram “profissionais responsáveis”, e a falta de mecanismos institucionais que busquem o “controle da qualidade” dos atendimentos, que devem ser feitos através de intervenções competentes que o “autodidatismo” nem sempre dará conta.

4.2 ANO 1977

O documento a ser analisado é o artigo *Estudo sobre o funcionamento de um ambulatório psiquiátrico universitário*, de Fernandes et al., que foi publicado em 1977, pela Revista de Psiquiatria. Este, utiliza o documento de Silva Filho et al., como elemento comparatório para seus resultados, além de dados novos, realizando um “levantamento exploratório” (p. 262) sobre o tratamento ambulatorial no IPUB, no período de janeiro a dezembro de 1976. Seus autores são três alunos do Curso de Especialização em Psiquiatria, uma aluna do curso de Especialização em Psicologia Preventiva e uma aluna do Curso de Especialização em Serviço Social em Saúde Mental. Assim, temos um discurso coletivamente construído, por sujeitos inscritos em lugares sociais marcados por sua posição social e profissional.

A condições de produção sofreram algumas modificações em relação as analisadas no documento anterior, referente ao ano de 1974, de Silva Filho et al. Em 1976, ainda estávamos sob um regime autoritário, sendo que as condições de produção em sentido estrito, foram alteradas pela inserção no mesmo ano, de equipes “interdisciplinares” (p. 265) no ambulatório, e de alunos dos Cursos de Especialização em Serviço Social e em Psicologia Preventiva, cursos instituídos em 1975 (LOWENKRON et al., 1979).

Contudo, segundo os autores, em comparação ao estudo de 1974, “não houve modificações substanciais no funcionamento do ambulatório, apesar da introdução das equipes interdisciplinares no ano de 1976” (R77.1). Entendemos assim, pelo efeito de sentido do recorte,

que os autores teriam uma perspectiva de mudança, a partir do trabalho em equipe, que não se concretizou no cotidiano das práticas, visto que não alterou de forma substancial o funcionamento do ambulatório. Isto se confirma, pelo recorte que declara o “não entrosamento das equipes, fazendo com que estas não funcionem de modo satisfatório” (R77.2).

Para seu estudo os autores partem de uma amostra de 440, dos 880 usuários admitidos para tratamento ambulatorial no IPUB, no ano de 1976. Com esta amostra, levantam, através de dados colhidos em prontuário, seu perfil, diagnóstico e tratamento adotado, efetuando ainda, pesquisa, através de questionários, com assistentes sociais, psicólogos e médicos-especializando, sobre sua percepção do funcionamento do setor.

A amostra de usuários foi dividida entre aqueles encaminhados para tratamento ambulatorial após internação no IPUB e aqueles que não haviam tido contato anterior com a instituição, inscritos sob a categoria de “pacientes externos”. Dos 440 usuários que, em 1976, iniciaram tratamento ambulatorial, 375 (85,2%), encontravam-se na categoria “pacientes externos”. Para admissão destes no ambulatório, o texto descreve o procedimento de triagem realizado à época, que reproduzimos a seguir:

o paciente, vindo ao ambulatório pela primeira vez, passava por uma entrevista de triagem feita pelo serviço social (supervisora e/ou especializandas) ou pelo setor de psicologia (supervisora e/ou especializandas), no horário de 8 às 10 horas, realizando-se uma média de cinco triagens/dia. Das 8 às 9:30 horas, os acompanhantes dos pacientes a serem atendidos naquele dia participavam do grupo de família, integrado ainda por duas assistentes sociais e uma psicóloga com funções de coordenação, observação e relato, alternadamente; além disso, nesse período, os psicólogos faziam atendimentos de psicoterapia e psicodiagnóstico e o serviço social dedicava-se a atendimentos psicossociais do grupo familiar ou individual (R77.3).

Não temos qualquer relato, no texto, como o usuário acessava a triagem: se por demanda espontânea, chegando no dia diretamente para o atendimento, ou se por agendamento. Pelo recorte, podemos observar que tanto as entrevistas de triagem eram feitas por profissionais de uma só categoria por vez - serviço social ou psicologia -, apesar da introdução de equipes interdisciplinares no ambulatório, como o grupo de familiares eram atendidos por uma equipe composta por alunas de serviço social e psicologia, sem a atuação da medicina ou da enfermagem, por exemplo.

Através da descrição do grupo de familiares, temos pelo não dito, que o usuário era atendido na entrevista de triagem sozinho, portanto, relatava sua própria história e sofrimento ao profissional, sem a participação de outros. Com a referência à média de cinco triagens por dia, percebemos pelo efeito de sentido que implica a palavra *média*, que poderiam haver mais de cinco usuários recebidos em determinados dias, para tanto as entrevistas deveriam ser breves, para que todos os usuários fossem atendidos em um período de duas horas.

O texto analisa ainda, a inexperiência dos alunos, agravada pela “carência de supervisão” (R77.4), como fatores que contribuem para o que consideram um alto índice de abandono de tratamento pelos usuários (185 entre os 440 pesquisados), e se apoia no interdiscurso de Lief et al. (1961)⁷, para enfatizar a “importância da triagem como uma perfeita ‘filtração’ do caso a ser atendido” (R77.5). Observamos a relevância com que o discurso caracteriza o procedimento de recepção, contudo o relaciona a uma forma de **filtrar**, separar aqueles que devem ser admitidos, em um efeito de sentido de retirada de impurezas, necessitando para tanto, de profissionais mais experientes.

Em relação ao serviço social, o texto refere-se a uma equipe com dezessete assistentes sociais no ambulatório, dentre estas uma supervisora, isto é, dezesseis alunas do Curso de Especialização em Serviço Social em Saúde Mental e uma profissional da instituição, que realizava atividade de orientação, entre outras. A pesquisa realizada com o serviço social, se deu a partir de quatorze questionários respondidos pela equipe, visto que três assistentes sociais não os devolveram preenchidos. Não sabemos pelo silenciamento no discurso, se a opinião da supervisora se encontra presente no estudo, não podendo, portanto afirmar sobre seus lugares sociais como sendo caracterizados somente por alunos. De qualquer forma, o texto nos apresenta a avaliação, que a maioria (57,5%) das pesquisadas, fez sobre sua participação no ambulatório, como “pouco satisfatória” (p. 261) .

No tocante à triagem o serviço social a vê como “atividade estanque, sem integração com a continuidade do tratamento do paciente” e “pouco satisfatória” (R77.6). Pelo recorte podemos perceber, com a utilização do termo “**estanque**”, que as assistentes sociais pesquisadas a caracterizavam como procedimento isolado, que não contribuiria com o tratamento realizado a longo prazo. Segundo o discurso, o usuário era recebido, entrevistado e iniciava seu tratamento ambulatorial, sem que os profissionais que o receberam inicialmente, participassem de seu possível projeto terapêutico, pois os usuários, segundo o discurso, eram encaminhados para tratamento médico com internos, mestrados ou especializando de psiquiatria.

Assim, percebemos através da análise dos recortes do texto, que apesar de ser instituído um procedimento de recepção aos usuários, com a inserção de mais profissionais dos Cursos de Especialização em Psicologia Clínica e em Serviço Social em Saúde Mental no ambulatório, os autores não o caracterizaram como melhoria de qualidade na assistência ou no ensino. Longe disso, a triagem tornou-se mais uma atividade representante da fragmentação

⁷ LIEF, et al. Law Dropout Rate in a Psychiatric Clinic. *Archives of General Psychiatry*. Chicago, Aug. 1961.

do atendimento prestado, no qual não havia um trabalho realizado em conjunto pelas várias categorias profissionais.

4.3 ANO 1978

O documento monográfico, intitulado *Avaliação do funcionamento do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no ano de 1977*, foi elaborado por Orlandi A. L. et al., em 1978. O documento é fruto da monografia de conclusão dos Cursos de Especialização em Serviço Social em Saúde Mental, Psicologia Clínica e Psiquiatria, sendo suas autoras duas alunas de cada curso. Estas afirmam, em seu discurso, que o objetivo do trabalho é a caracterização do ambulatório e a avaliação da participação da equipe interdisciplinar no setor, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 1977, estabelecendo comparações com o documento anteriormente analisado, *Estudo sobre o funcionamento de um ambulatório psiquiátrico universitário*, de Fernandes et al.

Como condições de produção em sentido amplo, apesar do país ainda estar sob o regime ditatorial, temos alterações no concernente à saúde mental que, em 1978, vê surgir o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, conforme explicitado no primeiro capítulo desta dissertação. Em sentido estrito, a dinâmica de funcionamento do ambulatório apresentou alterações, referentes ao aumento do número de alunos do Curso de Especialização em Psicologia Clínica e diminuição da quantidade de alunos do Curso de Especialização em Serviço Social em Saúde Mental, de dezessete para seis.

Para empreender o estudo as autoras utilizam-se de suas observações enquanto profissionais atuantes no ambulatório, dados coletados em prontuários e a aplicação de questionários aos alunos dos cursos de mestrado em psiquiatria e de especialização em serviço social, psicologia e psiquiatria, em um processo semelhante ao utilizado por Fernandes et al. (1977). No levantamento de dados de prontuários, a pesquisa selecionou 252 usuários, que iniciaram seu tratamento ambulatorial no IPUB no ano de 1977, dentre os 994 admitidos naquele ano (25,3% do total). Cabe ressaltar, que destes usuários selecionados, somente dois tinham sido inseridos no ambulatório após internação no IPUB, os demais não tinham tido contato prévio com a instituição.

Embora tenha havido um aumento no número total de admitidos, de 880 em 1976, para 994 em 1977, o documento não indica mudanças no procedimento de recepção em seu número de atendimento diários, permanecendo com média de cinco usuários entrevistados em duas horas, entretanto evidencia o aumento na admissão. O grupo de atendimento aos

acompanhantes permaneceu, também, com a mesma dinâmica de 1976, com alunas de especialização de serviço social e psicologia como responsáveis. Contudo, o trabalho realizado pelo grupo não ia além daquele único encontro já que, “poucas vezes, o material colhido foi levado para o profissional que assistiu o paciente e cuja família havia participado da reunião” (R78.1). Observamos, pelo recorte, que não havia uma perspectiva de trabalho em equipe, que se complementasse ao momento da recepção do usuário e de seu suporte social na instituição.

Por outro lado, em 1977, a dinâmica de recepção apresentou mudanças. Desta forma, o usuário que procurava atendimento no ambulatório do IPUB pela primeira vez, não tendo sido internado no mesmo, deveria passar pela triagem pela qual “inicialmente este era submetido a uma entrevista de triagem realizada pelo Serviço Social (especializandas e/ou supervisora) e pela Psicologia (especializandas e/ou supervisora) que ocasionalmente era presenciada por alunos do quarto ano de medicina” (R78.2). Após a entrevista com o usuário, “o caso era discutido com os supervisores médicos e então encaminhado ou não para matrícula no próprio ambulatório sendo indicado de imediato o setor que o receberia” (R78.3).

Entendemos, pelo recorte, que no ano de 1977, a entrevista de triagem era realizada pelo serviço social e pela psicologia em conjunto, com a participação esporádica de um aluno de graduação de medicina. Apesar deste atendimento ser realizado por uma equipe de dois profissionais de categorias diferentes, a avaliação feita pelos médicos da instituição era baseada no discurso apresentado pelos profissionais que avaliaram o usuário primeiramente. Assim, estes não participavam do atendimento coletivo, no qual poderiam ouvir diretamente o usuário, mas, faziam suas avaliações a partir de um discurso já “filtrado”, por outras categorias, que não necessariamente tinham uma formação discursiva diferenciada.

Outra alteração observada em 1977, é em relação aos encaminhamentos internos realizados pela triagem, os quais, segundo o documento, dos 994 admitidos, 942 foram encaminhados para médicos (mestrandos, especializandos e graduandos do sexto ano), 36 para psicólogos e 16 para assistentes sociais. Observamos que apesar da desproporcionalidade dos atendimentos, estes aparecem como objeto de estudo e crítica do discurso, que afirma haver uma “pobreza na variedade de tratamento” (R78.4).

Observamos como o discurso institucional inscreve-se em uma formação ideológica baseada na hierarquia, em que determinadas categorias são detentoras do poder de decisão, pelo recorte, no qual os usuários “só podem ter seus prontuários abertos por médicos, conforme normas estabelecidas no ambulatório” (R78.5). Desta forma, como nos relata o texto, se os profissionais de serviço social e psicologia fossem admitir um usuário para

tratamento ambulatorial, sem acompanhamento médico, não tinham autonomia para solicitar abertura do prontuário para registrar seu atendimento, devendo passar antes pelo aval do psiquiatra.

Sendo assim, em 1977, a triagem apesar de ser feita através de entrevista por assistentes sociais e psicólogas, estas deveriam colher a história de sofrimento que motivou a solicitação de atendimento, para discutir com psiquiatras o possível destino do usuário. Essa “discussão” não se dava de forma linear entre os profissionais, o que demonstra o recorte, referente a avaliação realizada pela psicologia, na qual enfatiza a importância de “maior participação do psicólogo na discussão dos casos na triagem para encaminhamento do cliente” (R78.6). Temos então, um procedimento em que o profissional que recebe o usuário, ouvindo seu sofrimento, avalia que tem pouca participação no momento de refletir coletivamente sobre seu possível tratamento.

4.4 ANO 1979

O documento *Uma experiência de equipe psiquiátrica*, aborda o papel dos profissionais que constituem uma das dez equipes psiquiátricas do IPUB, no ano de 1979, referente a seu trabalho de atendimento realizado no ambulatório e nas enfermarias. O texto integra o primeiro volume da coletânea de trabalhos organizados, pelo serviço social, *Serviço Social: trabalhos*, que conta com treze volumes ao todo, localizados na biblioteca da unidade. Seus autores, Lowenkron et al., são: um auxiliar de ensino da Faculdade de Medicina da UFRJ, um aluno de cada Curso de Especialização em psiquiatria, psicologia e serviço social, um supervisor do serviço social e um interno do sexto ano de medicina.

Nos deteremos especificamente no item “*o papel do assistente social na equipe*” (p. 5), no qual abordaremos os recortes que versam sobre as atividades na triagem à época. Vale ressaltar que o referido item marca um discurso do serviço social dentro de um trabalho que se pretende coletivo, logo, sua formação discursiva está atravessada pelo interdiscurso do serviço social à época, sendo permeada ainda, por discursos outros, produzidos sob condições em sentido estrito que buscam mudanças nas práticas cotidianas institucionais, como a inserção de equipe interdisciplinares.

O serviço social no documento afirma trabalhar a partir dos processos de serviço social de caso e de grupo. No processo de caso, a entrevista tem o objetivo da efetuação de diagnóstico, já no de grupo, realizado com familiares, o objetivo seria “diminuir a ansiedade” (p. 5) destes, em relação ao paciente.

A triagem, realizada pelo serviço social, teria como finalidade a avaliação para “**elegibilidade do caso**” conforme recorte a seguir:

esta triagem se caracteriza por uma entrevista diretiva, visando obtenção de dados que permitam uma avaliação do sistema-cliente, observando os aspectos psicopatológicos e psicossociais. Em caso de elegibilidade, que decorre de discussão em miniequipe multidisciplinar, o paciente é matriculado e preparado para o tratamento a ser realizado. O paciente não elegível é orientado quanto a utilização dos recursos da comunidade (R79.1).

Observamos pelo não dito do recorte, que o procedimento de triagem tinha como princípio a objetividade, pela qual uma entrevista “diretiva”, obtinha “dados” para a “avaliação do sistema-cliente”, caracterizando-o como “elegível” ou não. Entendemos que os dados colhidos na entrevista eram os que se discutiam em equipe, ou seja, ficava a critério do entrevistador avaliar o que, de fato, acreditava ser importante para a discussão e reportar aos demais profissionais, através de seu discurso. Discurso este, presidido por formações imaginárias, em seus mecanismos de antecipação e relações de força, pelos quais o assistente social, a partir de seu lugar social, entende o sentido dos “dados” através da inscrição destes, em sua formação discursiva, a qual não necessariamente seria a mesma do usuário e dos interlocutores.

O texto afirma ainda que haveria uma “preparação” do usuário matriculado para a realização de seu tratamento, o que apresenta sentido pouco claro, de como se daria uma “**preparação**” para o início de um tratamento psiquiátrico. Entretanto, há pela primeira vez nos documentos analisados, a menção ao procedimento para aqueles usuários “não elegíveis”. Estes recebiam orientação sobre como usar os recursos comunitários, o que entendemos pelo não dito, é que não eram encaminhados formalmente, através de contato entre instituições, por guias de referência, o que poderia instrumentalizá-los para garantia de seus direitos. Não podemos afirmar as condições de comunicação no ambulatório à época, para elencarmos o contato telefônico como possibilidade, com fácil acesso, que viabilizasse a troca de informações entre instituições.

4.5 ANO 1980

O documento *A triagem do Serviço Social*, produzido pela assistente social Maria Lucia Rodrigues Gonçalves, do IPUB, em 1980, também faz parte da coletânea de trabalhos organizados pelo serviço social, *Serviço Social: trabalhos*. O texto a ser analisado encontra-se presente no volume seis, que agrega, também, textos sobre a visita domiciliar e a práxis do Serviço Social, e cópias de duas entrevistas sociais e uma anamnese social. Com exceção da anamnese social, todos os demais textos são de autoria de Gonçalves.

Como condições de produção, o texto se inscreve em uma conjuntura de crítica ao regime ditatorial, emergência do MTSM, crise da previdência, bem como transformações internas a categoria profissional, em sua busca de legitimação. Sua autora, se inscreve no lugar social marcado por ser a coordenadora da equipe de serviço social, à época, e procura no texto elaborar material teórico sobre o procedimento de triagem realizado pelo serviço social, e não especificamente abordar as práticas cotidianas do IPUB.

Para tanto, marca seu lugar discursivo no texto desde seu título, *A triagem do Serviço Social*, que tem o efeito de sentido de caracterizar a triagem específica de uma categoria, que se encontra em uma instituição predominantemente médica. Percebemos como esta marca, de separação do procedimento realizado pelo assistente social, se faz no texto pelo recorte sobre o sentido de triagem, inserido na formação discursiva da autora.

A triagem do Serviço Social numa Instituição de Psiquiatria é a reconstrução através dos dados de uma sintomatologia emergente (queixa) mais o que resulta do meio social e/ou familiar e mais a maneira como o paciente internaliza os dois primeiros. **Não é uma simples coleta de dados** da “história da vida” (R80.1, grifos nossos).

Ao longo do texto observamos como o serviço social tenta inscrever seu discurso em outras formações discursivas, utilizando termos como anamnese e diagnóstico, este último complementado sempre por social, remetendo também, às expressões recorrentes às ciências exatas, como: “reconstrução através dos dados (...) que resulta”, “processo (...) em três operações”, “fórmula: subjetividade do cliente (como vê o mal) + objetividade do fato = foco (objetivo) do tratamento social” (R80.2). Para o texto, “o tratamento social na triagem [...] é uma atitude científica de conhecer em operacionalidade. É conhecer rápido um fenômeno humano, aquilo que é particular de uma pessoa, que é próprio dele” (R80.2).

O texto afirma que o serviço social deve utilizar de teorias de outras disciplinas, como a psicologia e a psicanálise, para conduzir “o tratamento social”. Percebe-se que as categorias como *self*, *ego* entre outras, são descritas e as do serviço social ficam no espaço do não dito. Assim, temos o discurso analisado inscrito na realidade social de uma instituição universitária psiquiátrica, em que a cientificidade é valor positivo e esperado de seus membros, que pretendem em suas práticas ter a “objetividade científica (não uso de prénoção)” (R80.3), como ponto de partida.

O texto afirma ainda a utilização de outras técnicas no tratamento na triagem, como o “uso de apoio – que é através do relacionamento positivo, assistente social e cliente, levá-lo a um estímulo das suas capacidades adaptativas”, o que resultaria no “alívio de tensão tipo ansiedade, indecisão, agressividade, medos etc. que levam ou prejudicam o tratamento psiquiátrico” (R80.1.04) e o uso da técnica do “esclarecimento da situação e das

possibilidades de mudança, mais dentro de um proceder de reflexão do cliente que leve a um crescimento ou fortalecimento do *Ego*” (R80.4).

Observamos como o discurso é marcado pelas contradições de uma instituição, inserida em uma sociedade baseada na exploração de muitos por poucos. O hospital psiquiátrico pretende-se responsável por todas as órbitas de vida dos usuários e, portanto, o discurso reproduz essa lógica em que um indivíduo de uma categoria profissional pode, “através de relacionamento positivo”, “influenciar” a existência do “cliente”, tendo como “resultado” o alívio de seus sintomas, em um atendimento de triagem.

Percebemos, ao longo da análise do discurso apresentado, que este esboça em suas páginas a tentativa de colocar o usuário como núcleo central do tratamento, como é premissa do Movimento da Reforma Psiquiátrica, então emergente à época. Todavia, o que observamos é a elaboração de procedimentos que trabalham sob a formação ideológica de adaptação dos usuários à sociedade, na ótica de responsabilização individual, e não de singularidades a serem vistas a partir de uma totalidade. Assim, em nenhum momento é apresentada qualquer crítica que questione o serviço social como instrumento de reafirmação do instituído, ou mesmo das formas de exploração na sociedade.

4.6 ANO 1981

Como sexto documento, analisaremos a monografia do Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social em Assistência Psiquiátrica do IPUB, intitulada *O serviço social no cotidiano de um ambulatório psiquiátrico, contradições na prática*, de 1981. Suas autoras Chagas, Bessa e Paranhos, realizaram seu trabalho sob a orientação de Gonçalves, que produziu o documento anteriormente analisado. O referido texto parte da experiência das alunas no ambulatório do IPUB, entre 1980 e 1981, e tem por objetivo, conforme suas autoras, descrever suas vivências, para uma compreensão da atuação do serviço social no campo da saúde mental. Vale ressaltar, que diferentemente do documento de Gonçalves (1980), neste as autoras explicitam que estão “deixando de lado um pouco a busca de cientificidade metodológica, porém sem esquecer a importância desta”, e que possuem como perspectiva teórica uma “visão concreta da realidade” (p. 1).

Apesar das condições de produção não apresentarem grandes alterações em relação ao documento anteriormente analisado, de 1980, perceberemos pela perspectiva teórica explicitada e ao longo da análise, que o interdiscurso referente a vertente de renovação do serviço social, nomeada de intenção de ruptura, com sua aproximação ao pensamento marxista é retomada no

discurso, dando suporte a suas afirmativas. Como nos aponta, o recorte referente ao que as autoras consideram como sendo as características do serviço social de seu tempo, pelo qual a profissão “procura romper com as ideias tradicionais de adaptação do homem ao meio social pois, tais ideias encerram a concepção dicotomizada de homem e de mundo, que pensam no meio em permanente equilíbrio e o homem devendo ajustar-se a ele” (R81.1).

O trabalho é dividido em uma primeira parte que aborda o serviço social, sua história e sua atuação na saúde mental, e outra que versa sobre a experiência no ambulatório. Nosso estudo se voltará para os recortes referentes a triagem, inscritos no segundo capítulo: *contradições encontradas na prática institucional*.

Conforme o texto os usuários do ambulatório eram admitidos por serem egressos de internações na instituição, através de encaminhamentos de outras unidades ou aqueles que procuravam atendimento por sua iniciativa. A estes eram reservadas, as mesmas cinco vagas por dia, conforme nos anos anteriores, para passarem por entrevista realizada com o serviço social. O discurso traz sua análise sobre este processo, sugerindo a possibilidade de uma triagem em grupo para um maior número de atendimentos, visto que as pessoas que procuravam a unidade demonstravam ansiedade, pois somente os cinco primeiros a chegar seriam atendidos.

A triagem era a principal forma de atuação do serviço social no ambulatório, o que acarreta a crítica no texto, porque contradiria o “objetivo profissional de participação, uma vez que passa a ser então o profissional de Serviço Social quem determina uma **escolha** dentro de critérios do seu saber sobre o atendimento ou não da outra pessoa” (R81.2, grifo nosso).

Observamos, pelo recorte acima, a ilusão do sujeito do discurso, que acredita que é o seu saber que determina a escolha dos admitidos no ambulatório. Ilusão esta, que logo é desfeita no discurso, através da análise sobre os encaminhamentos, quando é retomado o procedimento de triagem, que além do atendimento com o serviço social, aparece acrescido da discussão em equipe para a elegibilidade do caso.

Quanto aos encaminhamentos, na prática as coisas se confundem, porque depois da triagem a pessoa deve aguardar uma resposta do profissional de Serviço Social, se será ou não atendida pela instituição. E parece não existir interdisciplinaridade na medida em que irá prevalecer a decisão médica em detrimento das demais profissões, e principalmente em detrimento da escolha da pessoa que nos procura. Assim, o Assistente Social poderá vir a reencaminhar essa pessoa para outras instituições, inclusive outros ambulatórios psiquiátricos, com a racionalidade de que “aquele outro ambulatório é mais próximo da residência” ou “já fazer tratamento lá”.

Ao mesmo tempo que diz procurar fazer um trabalho social, discursa o seu contrário (R81.3).

O recorte demonstra como a formação discursiva, a qual se insere o discurso, percebe a indicação para um atendimento mais perto a moradia do usuário de forma crítica, caracterizando-o como um trabalho não “social”. O que não condiz com o sentido que poderíamos atribuir, nas formações discursivas que foram atravessadas pelo interdiscurso dos movimentos históricos pela criação, implantação e fortalecimento do SUS, nas quais a luta pela regionalização, é a luta pelo direito de ter seu atendimento circunscrito ao seu território de existência.

4.7 ANO 1983

O documento analisado *Saúde mental e trabalho social*, constitui-se no livro de Gonçalves, publicado em 1983. O livro tem por objetivo refletir sobre a atuação do serviço social em sua inserção na saúde mental, e para tanto, a autora busca analisar a prática profissional no IPUB. Como referido no quinto documento analisado, *A triagem do serviço social*, a autora está inscrita em um lugar social marcado pela hierarquia institucional, como coordenadora do setor de serviço social.

Gonçalves apresenta um discurso baseado nos preceitos do materialismo histórico, no qual através de sua formação discursiva, questiona as práticas então instituídas na saúde mental e no cotidiano do serviço social, como sendo marcadas expressamente pelas determinações históricas de uma sociedade baseada na dominação. Em suas palavras:

a perspectiva que adotaremos fala claramente uma linguagem voltada para o político, encara a saúde mental e a participação do Serviço Social como fatos e atos políticos no sentido real da palavra ou seja, como atos e fatos pertinentes à ação contraditória de homens inseridos em práticas sociais historicamente demarcadas pela evolução da formação econômica e social brasileira (R83.1).

Fica evidenciado pelo discurso, que a formação discursiva é atravessada pelo interdiscurso produzido a partir da perspectiva de intenção de ruptura, pela qual há a influência do pensamento marxista. Com condições de produção marcadas pela crise da ditadura, iminência da abertura política, espraiamento de uma perspectiva profissional crítica às formas de dominação social e a intensificação do questionamento as práticas instituídas na saúde mental, como o Movimento da Reforma Psiquiátrica, percebemos que o discurso é eminentemente crítico, dialogando com os principais movimentos, na saúde mental e na profissão, que buscam romper com práticas até então instituídas.

Dessa forma, a autora caracteriza a prática do serviço social na saúde mental como contraditória, isto é, o profissional apresenta, a partir de uma formação discursiva, um

discurso crítico que pensa em transformações sociais que visem a participação democrática dos usuários, porém na aplicação deste discurso, em sua prática cotidiana, reafirma o instituído, retomando sentidos inscritos em formações discursivas outras, que implicam na sujeição daqueles. Como no recorte, que exemplifica o discurso na intervenção do serviço social: “incumbe-lhe, [...] esforçar-se para que o indivíduo confiado à sua atuação possa ‘comportar-se como polo equilibrado’ [...] visando poder ‘manter conduta social que permita adaptar-se às situações novas’” (R83.2).

O texto é o primeiro até então analisado, deste corpus, que apresenta uma reflexão para o termo triagem, inscrevendo-o em uma formação discursiva que denota um efeito de sentido outro, atravessado pela formação ideológica, que o inscreve em uma prática política. A autora ressalta, o efeito de sentido que a palavra triagem teria, segundo sua formação discursiva, a qual seria caracterizada pelo “caráter verdadeiramente **policial** desta prática, herdada do cotidiano de nossa história política. A própria terminologia demonstra sua vinculação a esse exercício antitético à construção da sanidade” (R83.3, grifo no original).

É possível afirmar, que para a autora, a triagem seria um processo coercitivo, de controle social, podendo ser caracterizado até como uma espécie de violência, devido a comparação com as práticas policiais inscritas sob a ditadura, as quais conformam as condições de produção do discurso. Fica evidente ainda, pelo recorte, que o efeito de sentido do termo estaria relacionado a este processo de coerção, sendo então, antagônico a um trabalho voltado para a saúde mental do usuário.

Com esta percepção do conceito de triagem, o discurso se remete a intervenção do serviço social, neste procedimento, da seguinte forma:

a triagem no ambulatório de adultos é de responsabilidade do profissional em serviço social, com o objetivo explícito de evitar que problemas classificados como “ainda não psiquiátricos” venham a ser categorizados como tal. Não obstante, ao proceder à triagem, o assistente social tende a valorizar a “queixa do futuro paciente” e interpretar suas características como doenças, desvirtuando o sentido daquilo que, no léxico da instituição, denomina-se “triagem”, i.e., a seleção prévia do que é “caso psiquiátrico” ou não, a separação **a priori** entre o joio e o trigo (R83.4, grifo no original).

O texto realiza uma crítica tanto da atuação do assistente social, como das práticas institucionalmente circunscritas. Como nos aponta o recorte precedente, o assistente social é caracterizado como único profissional responsável pela mediação entre usuários, que solicitam tratamento, e a instituição, trabalhando de forma que sua atuação reafirma a lógica pela qual a existência humana pode ser “psiquiatricizada”, inscrevendo os sentidos dos discursos dos usuários, em uma formação discursiva que os analisa e transforma em sintomas passíveis de serem tratados na psiquiatria. Assim, para a instituição o serviço social seria a

categoria apta a realizar a avaliação dos usuários, separando aqueles que não tinham suas “queixas” caracterizadas como problemas psiquiátricos, logo não necessitando de tratamento.

4.8 ANO 1995

O documento *“Escutando Mais o Paciente”*: *Sobre os Critérios de Triagem Para Psicoterapia no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ*, é fruto de monografia do Curso de Especialização em Psicoterapia, de Macedo e Neves, publicada no *Cadernos Ipub*, no ano de 1995. Suas autoras têm por objetivo verificar quais critérios são utilizados na triagem do ambulatório do IPUB, para a indicação de psicoterapia aos usuários admitidos no período entre 15 de agosto a 04 de outubro de 1994.

As condições de produção do discurso em sentido amplo, são marcadas pelo processo de neoliberalização das instâncias de poder estatal, concomitante a uma política de saúde mental que pretende a expansão de serviços substitutivos à internação, dentro dos preceitos do SUS. Em sentido estrito temos o procedimento de recepção aos usuários, que buscam iniciar atendimento no ambulatório do IPUB, sendo realizado somente por médicos (profissionais da instituição e residentes) e não mais pelo serviço social. O lugar social das autoras é marcado pela sua inserção como alunas do Curso de Psicoterapia, logo não são “triadoras” da instituição, mas possíveis “receptoras” de usuários admitidos no ambulatório.

Para a análise do texto, utilizaremos o recorte pertencente ao item *o processo de triagem no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ*, conforme disposto a seguir:

inicialmente quando uma pessoa procura atendimento no ambulatório do Instituto de Psiquiatria, ela não o recebe prontamente. O funcionário marca uma entrevista de acordo com os horários disponíveis dos médicos, caso a triagem esteja “aberta”. Devemos ressaltar que no ano passado, a triagem esteve “fechada” de 14/10/94 até 30/12/94, em virtude de sobrecarga dos profissionais e de uma extensa “fila de espera”.

Outro dado que merece destaque, [...] é que o fato de uma pessoa marcar uma entrevista de triagem e ela comparecer, já é o bastante para caracterizá-la como precisando de algum tratamento oferecido neste ambulatório. Em outras palavras, parece não haver uma discriminação de demanda e nem mesmo uma preocupação em referir as pessoas para outras instituições que prestem atendimento adequado às suas necessidades ou mesmo tipo de atendimento, quando não há vaga. Assim, podemos constatar que é desta maneira que se formam as famosas “filas de espera” (R95.1).

Observamos que o texto, apesar de afirmar que o usuário não é atendido “prontamente” na triagem, não apresenta o tempo médio que este esperaria por atendimento, o qual segundo Oliveira (2000, p. 31) seria de “até três meses”. Sendo assim, o usuário não era atendido no momento em que procurava o ambulatório, dependendo da agenda médica. O

discurso nos apresenta um procedimento centrado na consulta psiquiátrica, na qual os profissionais tem uma obrigação institucional de disponibilizar horários para realizar triagens.

Pelo efeito de sentido de “fila de espera”, entendemos que os usuários ainda não conseguiram efetivar seu atendimento na instituição. Resta saber, o que seria, no discurso institucional, considerado como “extenso”, quanto ao número de pessoas aguardando atendimento. Desta forma, o procedimento institucional para a recepção no ano de 1994, foi inicialmente, quando não havia mais a possibilidade dos médicos atenderem novos usuários, colocar aqueles já admitidos em “espera”, para início de seu tratamento psiquiátrico, para posteriormente, fechar a triagem. O que ocorreu a partir de meados de outubro daquele ano.

O discurso configura a triagem como **procedimento de admissão automática à instituição**, pela qual o usuário após um primeiro atendimento médico, é encaminhado a prosseguimento de tratamento ambulatorial na psiquiatria. O texto apresenta um procedimento institucional fechado em si, isolado, que busca as respostas às demandas dos usuários somente restritas aos seus recursos internos, predominantemente consultas psiquiátricas, não havendo interlocução com outros dispositivos ou instâncias para os quais os usuários poderiam ser encaminhados.

4.9 ANO 2000

O documento de Oliveira, *A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ*, como ressaltado anteriormente, foi publicado em 2000, porém se trata de texto produzido no ano de 1998, para exposição no I Seminário de Discussão sobre o Ambulatório de Saúde Mental, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A autora, que também é co-coordenadora do Programa de Recepção do Ambulatório do IPUB, á época, tem por objetivo em seu texto, refletir sobre as práticas, realizadas entre 1995 e 1998, dos Grupos de Recepção ambulatorial desta instituição. Desta forma, temos a autora ocupando os lugares sociais de membro da equipe de recepção e uma das responsáveis de seu programa.

As condições de produção, em sentido amplo, permanecem as de avanço do ideário neoliberal, em meio a instituição de outros dispositivos de atenção em saúde mental, que não a enfermaria psiquiátrica, como sustenta a Reforma Psiquiátrica. A autora chega a ressaltar o contexto da Reforma Psiquiátrica e o incentivo à modalidades extra hospitalares, trazendo sua observação no seguinte recorte: “parece-nos curioso o fato de que apesar do ambulatório ter se configurado como um lugar central na organização e acompanhamento dos tratamentos no

que diz respeito as novas práticas de assistência, muito pouco tem sido pensado e escrito sobre ele” (R00.1).

Como condições de produção em sentido restrito temos, a partir de 1995, a mudança do coordenador do ambulatório, que propõe e implementação, a partir de abril do mesmo ano, de Grupos de Recepção em equipe. Os Grupos de Recepção tinham por objetivo atender os usuários que procurassem o ambulatório para iniciar ou retomar tratamento. O procedimento de recepção então instaurado, se conformava na realização de grupos com usuários, um no turno da manhã e outro no da tarde, os quais eram coordenados por dois profissionais, um de psicologia e outro de diferente categoria (serviço social, medicina ou enfermagem).

Inicialmente eram disponibilizadas três vagas com marcação prévia, via telefone ou pessoalmente, e duas para aqueles que procurassem o ambulatório no dia do grupo. Os grupos recebiam em média cinco usuários de primeira vez e ainda, aqueles que não tivessem seu encaminhamento fechado, em grupos anteriores, ou que retornassem com resposta do encaminhamento realizado. A partir de 1997, como a marcação prévia, para o atendimento, estava se dando somente um mês e meio após a solicitação e havia grande absenteísmo dos agendados, o grupo passou a ser realizado, a partir da chegada dos usuários no ambulatório, sem agendamento precedente.

A criação dos Grupos de Recepção, tinha por base uma alteração nas formas de entendimento que perpassavam a recepção àqueles que procuravam a unidade. Conforme afirma a autora, “a implantação dos Grupos de Recepção não se caracterizava, [...] apenas por uma mudança nos procedimentos técnicos da triagem no ambulatório. Tratava-se de uma mudança de mentalidade que exigia uma nova forma de pensar o sofrimento e a melhor forma de tratá-lo” (R00.2). Observamos pelo recorte, a utilização do interdiscurso da Reforma Psiquiátrica, no qual o usuário em sofrimento, deve ser o centro do cuidado.

Ainda pensando o usuário como central no atendimento, percebemos a intercorrência do interdiscurso do acolhimento, que surgia na saúde através dos trabalhos de Franco, Bueno, Merhy, entre outros. Sendo assim, o discurso não mais utiliza o termo triagem para caracterizar o procedimento realizado, mas sim recepção. A autora marca seu entendimento e diferenciação de sentidos, inscritos em sua formação discursiva, entre os termos triar e acolher, enfatizando que um dos objetivos dos Grupos de Recepção seria acolher e não triar.

O trabalho clínico realizado na recepção tem três objetivos principais: *acolher*, *avaliar* e só num tempo posterior, *encaminhar*. *Acolher* não se confunde com triar. A ideia não é dividir ou classificar os sintomas das pessoas como tal ou qual distúrbio para rapidamente indicar algum tratamento. *Acolher* significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para que seja

possível escutar e valorizar as particularidades de cada situação (R00.3, grifos no original).

Com o objetivo de uma escuta qualificada a todos que procurassem a unidade, em que os usuários poderiam comparecer a mais de um Grupo, para terem melhor trabalhadas suas demandas e assim, receberem uma melhor indicação de tratamento, muitos acabaram por iniciar acompanhamento na própria unidade. Os encaminhamentos tornaram-se, ao longo do trabalho, uma dificuldade para a equipe. O recorte a seguir, nos revela que o aumento do número de admitidos, tornou-se uma preocupação da equipe, devendo ser trabalhada coletivamente para continuidade do trabalho, na perspectiva de um atendimento de qualidade.

Em reunião com os profissionais que trabalham no ambulatório ficou definido que, apesar do compromisso em oferecer um espaço de acolhimento com escuta diferenciada para avaliar e encaminhar criteriosamente todos que procuram o serviço, esta proposta não se confundia com a obrigação em recebê-los todos para tratamento no IPUB (R00.4).

Pelo não dito do discurso, observamos que os profissionais necessitaram definir coletivamente uma diretriz de trabalho, pela qual a equipe atuasse, de forma a não transformar os Grupos de Recepção em admissão automática ao ambulatório. Pelos dados, apresentados no texto, temos uma ideia do impacto do trabalho, do Grupo de Recepção, para o montante de atendimentos no ambulatório: de 900 usuários atendidos mensalmente, antes de 1995, passou a 6000. Com a crescente demanda, a estratégia inicial foi o aumento do número de médicos e psicólogos, dos cursos de formação e especialização, e o aumento de salas. Contudo, estas não foram suficientes para abarcar o crescente número de atendimentos. Como podemos identificar no recorte seguinte, havia um descompasso entre os preceitos que norteavam o Grupo de Recepção e o tratamento que poderia ser oferecido na prática, por um ambulatório universitário, no qual o atendimento é realizado predominantemente por alunos.

Uma das maiores dificuldades do terceiro ano de trabalho [1998] continuou sendo a falta de disponibilidade dos residentes e dos psicólogos para receber pacientes novos. Em acordo com a coordenação do ambulatório, os residentes só receberiam pacientes novos a partir do contato que estabelecessem no próprio Grupo de Recepção ou a partir da internação. Essa grande limitação promoveu muitas críticas ao programa de recepção. Os argumentos giravam em torno da validade em manter os Grupos de Recepção acolhendo os pacientes para avaliação, já que não poderiam ser atendidos no IPUB pela falta de vaga dos médicos e dos psicólogos para acompanhar os pacientes regularmente. O fato de o encaminhamento não ser o primeiro objetivo do Grupo de Recepção – já que a maior preocupação é a de uma avaliação cuidadosa da demanda – sempre gerou controvérsias (R00.5).

Percebemos que para o ano de 1998, a admissão de usuários passara então, pela “disponibilidade” dos residentes médicos de ao participar do Grupo de Recepção, receber novos usuários. O discurso afirma que não haveriam mais vagas para atendimentos com

médicos e psicólogos, transformando o Grupo de Recepção em dispositivo de avaliação da instituição, sem ter acesso a ela e seus principais tratamentos oferecidos.

4.10 ANO 2008

No documento *A função do psicanalista no dispositivo de triagem do ambulatório do IPUB/UFRJ*, de 2008, temos a monografia de conclusão do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica da unidade. Sua autora, Natália Barata Gil, buscou discutir o papel do profissional psicanalista, inserido no dispositivo de recepção, no qual atuou no período de seu curso.

Para o momento da produção do discurso, 2008, o país a partir da regulamentação da Lei 10.2016, já havia instituídos vários dispositivos que buscavam fortalecer o tratamento em saúde mental fora da internação, conforme exposto no segundo item desta dissertação. Em 2008, temos ainda, a regulamentação das equipes multiprofissionais dos NASF, com a Portaria 154. Já o ambulatório do IPUB, estava sob nova coordenação, não havendo mais o Grupo de Recepção como forma de atendimento aos que buscam tratamento na saúde mental.

Assim, para o ano de 2008, temos novamente a triagem inscrita nos procedimentos ambulatoriais do IPUB, conforme recorte a seguir:

triyagem é o nome pelo qual chamamos o atendimento àquelas pessoas que procuram pela primeira vez o Instituto de Psiquiatria da UFRJ/IPUB. Neste encontro os pacientes são atendidos individualmente por dois profissionais: um médico residente em psiquiatria (R3) e um psicólogo/psicanalista, aluno da especialização em clínica psicanalítica.

A formação desta equipe de triagem teve início em marco de 2006. Antes deste período o primeiro contato dos pacientes com o IPUB era feito pelos médicos contratados do serviço (*staff*), porém sem a presença dos psicanalistas da Instituição, configurando a triagem em um caráter extremamente farmacológico (R08.1).

Pelo discurso observamos que o termo triagem se inscreve em uma formação discursiva, a qual caracteriza um procedimento, se identificando com o sentido de atendimento. Em oposição ao período anterior a 2006, o discurso não traz reflexão alguma sobre a utilização do termo triagem, mas sobre a composição da equipe, que pelo não dito afirma que com a presença do psicólogo/psicanalista haveria outro tipo de atendimento que não o “extremamente farmacológico”.

Conforme o texto, a triagem no período entre 2006 e 2008, data de produção do discurso, era realizada diariamente, pela manhã e à tarde, com total de doze usuários atendidos. Para que o usuário conseguisse ser um dos doze atendidos, era necessário que chegasse as seis horas da manhã ao ambulatório e assim conseguir uma vaga para manhã ou

tarde. É interessante observar como o discurso remete a exemplos de atendimentos realizados pela equipe de triagem, que apresentam a perspectiva da autora e sua forma de atuação em conjunto com o residente em psiquiatria. Como o objeto de nossa dissertação abrange a atuação do serviço social na recepção, e este profissional não encontra-se inserido diretamente na conformação da triagem no período do discurso, nos remeteremos a recorte no qual há a referência à categoria.

Para elucidarmos o leitor desta dissertação, é importante que contextualizemos o exemplo de onde extraímos o recorte a ser analisado. Desta forma, a autora descreve o atendimento a uma senhora que residia em hotel no centro do Rio e por ter entrado em “crise” (p. 6), perturbando a rotina do local, foi levada a triagem, por funcionária do estabelecimento. A usuária apresentava-se muito delirante, não informando seu nome e tampouco fornecendo dados sobre sua família.

Depois de algum tempo de conversa com a paciente, a mesma comenta que já havia sido internada no CPRJ, mas não lembrava de quando ou se fazia tratamento lá. A partir deste pequeno fragmento extraído da entrevista, fomos capazes de traçar um projeto terapêutico inicial para aquela paciente.

Primeiramente o psiquiatra responsável pela triagem a medicou para que a mesma pudesse permanecer no local onde morava. Encaminhamos a funcionária do hotel ao serviço social do Instituto, na tentativa de que o mesmo pudesse entrar em contato com o serviço social do CPRJ em busca de informações a respeito da família ou origem da paciente. Para finalizar marcamos um novo atendimento para esta senhora três dias depois, para uma nova avaliação de seu quadro, além da possibilidade de procurar o serviço do plantão da emergência (R08.2).

Primeiramente, destacamos no discurso o lugar social dado ao residente médico, marcado como responsável pela triagem, apesar de ser um atendimento em equipe, que não deveria ser centrado no médico, tampouco “extremamente farmacológico”. Posteriormente, percebemos que o projeto terapêutico inicial, traçado pela equipe, envolve encaminhar a acompanhante ao serviço social, sem a usuária, para que aquele busque as informações sobre o suporte social da mesma.

Pelo não dito, vemos que a equipe de triagem não entrou em contato direto com o serviço social para, em equipe, pensar no projeto terapêutico, já que solicitava a atuação desde profissional, mas sim passou uma “tarefa” ao serviço social de levantar a história da usuária. Como o texto não traz mais dados sobre o exemplo, encerrando o relato no recorte acima, não sabemos se o atendimento à usuária terminou com a “avaliação de seu quadro”, três dias após a triagem. Tampouco, sabemos do posicionamento do serviço social frente à situação apresentada.

4.11 ANO 2014

O texto de Pech, de 2014, é referente a sua monografia do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica do IPUB. Sob o título de *Os caminhos dos encaminhamentos: considerações sobre a clínica psicanalítica na porta de entrada do ambulatório do IPUB*, a autora busca refletir sobre as transformações na porta de entrada da unidade no ano de 2013, quando fazia parte da equipe de recepção.

As condições de produção são marcadas pelas repercussões na instituição, em 2011, da Portaria 3088, referente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como modelo de atenção o tratamento no território do usuário. No ambulatório, temos modificações nas formas de recepção ao usuário, a partir da perspectiva de inserção do ambulatório do IPUB, no Sistema de Regulação do município do Rio de Janeiro (SISREG).

O discurso apresenta as modificações do procedimento de recepção aos usuários que procuram atendimento no ambulatório do IPUB, em 2013, pelo seguinte recorte:

criou-se uma espécie de primeiro acolhimento, feito por profissionais do serviço social e da enfermagem. Dessa forma, os pacientes que chegam à triagem já se submetem a uma pré-triagem, pois são, agora, com certo rigor, redistribuídos pelas áreas programáticas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de acordo com seu endereço residencial. Esta pré-triagem foi nomeada “acolhimento”. [...] Primeiro o acolhimento feito por uma assistente social e uma enfermeira, que funciona como uma triagem, depois o atendimento clínico com residentes médicos em parceria com psicólogos, alunos do segundo ano da especialização, que funciona como um segundo tempo da triagem e só então, quando nota-se alguma indicação para a psicoterapia, o encaminhamento ao Grupo de Admissão. A regionalização passa a ser pré-requisito básico para a admissão de pacientes, entretanto, reconhecem-se exceções, como a gravidade da doença, por exemplo, que se torna requisito para a admissão na instituição (R14.1).

Iniciamos nossa análise do recorte, ressaltando que além de analistas do referido discurso, também nos encontramos no lugar social de profissional do serviço social indicada no recorte. O discurso nos remete **ao esvaziamento da diferença de sentidos entre acolhimento, triagem e pré-triagem**, em que na formação discursiva, a única diferença apresentada é quanto a temporalidade da etapa do processo.

O processo de recepção aos usuários, segundo a autora, seria o de uma pré-triagem ou primeiro tempo da triagem, após um atendimento clínico, ou segundo tempo da triagem e, quando há especificamente a indicação à psicoterapia, o encaminhamento para o chamado Grupo de Admissão, que é realizado por alunos de Especialização em Clínica Psicanalítica. Este último apesar de apresentar o termo admissão em sua nomenclatura, não significava que o usuário que participasse seria admitido para psicoterapia no ambulatório do IPUB, podendo

ser encaminhado para outros dispositivos. Posteriormente o Grupo de Admissão, foi renomeado de Grupo de Avaliação e Encaminhamento.

Pelo efeito de sentidos de “submeter”, “certo rigor” e “redistribuídos”, trazidos no discurso, observamos a inscrição dos usuários em um procedimento que é imposto sem sua participação, visto que se submetem ao certo rigor de um “acolhimento” que os redistribuirá. Somente serão admitidos, segundo o discurso, aqueles que tem como “pré-requisito básico” residir na área programática da unidade, além das exceções caracterizadas por usuários com doenças consideradas graves.

A partir de agosto de 2013, com a implantação efetiva do atendimento no IPUB sendo regulado pela marcação via SISREG, a autora afirma que

ao precisar de um serviço psiquiátrico, o paciente, então, deve procurar a clínica da família de referência, para realizar uma triagem com o médico do posto e, quando avaliado necessário, a partir de uma marcação via SISREG (Sistema Nacional de Regulação), chega ao serviço psiquiátrico indicado, no caso o IPUB. Assim tem funcionado a Porta de Entrada do IPUB nos dias atuais. O paciente passa por uma triagem no posto de saúde de referência antes de ser encaminhado para a instituição. Ao chegar à Porta de Entrada do ambulatório do IPUB, o paciente deve passar normalmente pelos dispositivos mencionados anteriormente, quando da primeira reformulação de 2013 (R14.2).

Notamos pelo recorte, que o procedimento de atendimento realizado pela unidade básica de referência do usuário, também é caracterizado pela autora como uma triagem, feita por médico que avalia a necessidade de atendimento em serviço psiquiátrico. Sendo assim, segundo o discurso, o usuário triado no “posto”, será encaminhado a porta de entrada, para ser (re)triado no ambulatório do IPUB.

4.12 ANO 2015

O documento *Qual o lugar do ambulatório universitário na Rede de Atenção Psicossocial?*, de 2015, compõe um dos capítulos do livro *Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Gestão 2010-2014*. O capítulo, referente ao ambulatório da unidade, busca apresentar as modificações realizadas no setor entre o período supracitado. Suas autoras, Nascimento et al., são duas psiquiatras, uma psicóloga, uma enfermeira e uma assistente social, profissionais da equipe ambulatorial da unidade.

As autoras têm seus lugares sociais marcados por serem parte da equipe de profissionais da unidade. Uma das médicas e a psicóloga, ocupam os cargos de coordenadora e vice-coordenadora, respectivamente, do ambulatório geral de adultos do IPUB e a assistente

social da equipe, para a presente dissertação além de ser autora, encontra-se na posição discursiva de pesquisadora também.

Desta forma, acreditamos que a presente análise não se dará da mesma forma que as anteriores, visto que como profissional atuante, autora, leitora e pesquisadora do texto, nossa ilusão referencial - aquela pela qual achamos clareza no texto, não percebendo suas possíveis variações de sentido – acaba por alterar nossa análise crítica. Contudo, como o texto apresenta as últimas modificações do dispositivo de recepção ambulatorial, que permanecem até a atualidade, acreditamos válida sua exposição.

Buscaremos então, apresentar os recortes pertencentes ao subitem: *a reformulação da Porta de Entrada e a experiência com o SISREG*, que apresenta as mudanças nas formas de recepção ambulatorial no IPUB, nos anos de 2013 a 2014. Este subitem é de responsabilidade da assistente social e da enfermeira que coordenam, desde de 2013, o Grupo de Recepção e Encaminhamento (GRE), no qual são realizados os atendimentos aos usuários que procuram iniciar ou retomar tratamento na unidade.

O texto relata que a partir de solicitação do Ministério Público do Rio de Janeiro, o ambulatório da unidade receberia usuários encaminhados via SISREG sendo, para tanto, implementado, um projeto piloto de atendimento. Este, consistia na realização, pelo serviço social e enfermagem, de um grupo com usuários e acompanhantes, no qual estes expunham o motivo da busca de atendimento, e eram esclarecidos, brevemente, sobre as particularidades da unidade. Após, eram ouvidos individualmente, e se a equipe avaliasse necessário, fariam um atendimento com profissionais da psiquiatria e psicologia, em conjunto.

Em agosto de 2013, iniciamos o projeto piloto da Porta de Entrada, acolhendo as demandas solicitadas via SISREG. A proposta foi de uma escuta multiprofissional e interdisciplinar, para melhor encaminhamento dos casos. Nosso objetivo era fazer com que todos os pedidos de atendimento fossem acolhidos de acordo com a necessidade de cada usuário, respectivo território e serviços de referência, considerando a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, e mais especificamente, à Portaria nº 3.088/2011, ambas no âmbito do SUS (R15.1).

O discurso é marcado por uma formação discursiva que não utiliza o termo triagem para caracterizar o atendimento, mas parte de uma perspectiva em que o acolher perpassa pelo usuário, sua inserção social, e as prerrogativas legais de organização do SUS, especificamente quanto as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Psicossocial (RAPS).

Observamos, pelo recorte, que era por intermédio do Sistema de Regulação do município que os usuários obtinham acesso ao ambulatório, à época. Isto é, aqueles usuários residentes fora do município do Rio de Janeiro, tinham seu acesso ao ambulatório dificultado, pois suas unidades básicas de atendimento, não realizavam marcações via SISREG para a

instituição, mesmo esta pertencendo à Universidade Federal, logo não tendo seu atendimento limitado por critérios rígidos de regionalização.

Com o acesso ao ambulatório de adultos da instituição somente via SISREG, obtivemos, segundo o texto, para o período de agosto a dezembro de 2013, cento e quarenta e dois agendamentos, dos quais, somente cinquenta e sete (40%) compareceram, e oito permaneceram em tratamento no ambulatório do IPUB.

A partir de 2014, houve a suspensão do atendimento via SISREG e a equipe passou a receber os usuários para atendimento com agendamento prévio, no qual o usuário ligava, ou comparecia ao ambulatório para a marcação, sem precisar de um encaminhamento formal, de sua unidade de saúde de referência. Os atendimentos ainda eram realizados em três etapas, por equipes separadas de serviço social/enfermagem e residente médico/aluno da clínica psicanalítica. Contudo, a equipe reformulou o procedimento de atendimento, como é apresentado no recorte seguinte:

em julho de 2014, após a reavaliação do fluxo de atendimento da Porta de Entrada, decidimos ampliar a formação do Grupo de Recepção e Encaminhamento (GRE), incluindo desde o primeiro momento a Psiquiatria e a Psicologia. Acreditamos que assim, o usuário tem um acolhimento mais integrado, sem precisar expor seu sofrimento em dois momentos diferentes (R15.2).

Notamos pelo discurso que o acolhimento visava a necessidade do usuário e a escuta de seu sofrimento, buscando adaptar o procedimento para que o mesmo não precisasse relatar sua história várias vezes, para diversos profissionais. Desta forma, o discurso do usuário, inicialmente proferido, era o mesmo a ser avaliado pelos vários profissionais, sendo seus sentidos apreendidos dentro de suas formações discursivas. Verificamos, que como projeto piloto, permitiu modificações a partir da experiência real dos profissionais, que na perspectiva de acolher aos usuários, buscam uma melhor forma de atendimento.

De projeto piloto, o GRE passou a partir de 2014 a ser oficialmente a forma de recepção àqueles que procuram iniciar ou retomar tratamento no ambulatório do IPUB. Ainda coordenado pela enfermagem e serviço social, conta com a presença de um aluno do terceiro ano da residência médica e de um aluno do segundo ano do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica, para a realização de atendimento em conjunto.

Os critérios de inclusão e encaminhamento são explicitados pelo recorte posterior.

Pacientes entre 18 e 60 anos apresentando quadros psiquiátricos de início agudo, graves e /ou de difícil manejo são agendados no nosso ambulatório. Aqueles que preenchem os critérios de inclusão para pesquisas em andamento em outros ambulatórios do IPUB são encaminhados para estes respectivos setores. Os demais pacientes são encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima à sua residência, após contato telefônico prévio para obter informações se há equipe de saúde mental e o procedimento para atendimento de primeira vez. Mesmo assim, os

usuários/familiares são avisados de que caso não consigam o atendimento na unidade referenciada, retornem ao GRE para nova orientação (R15.3).

O discurso reforça a ideia de territorialização do atendimento, marcando o compromisso com os usuários e a tentativa de estabelecer redes de atendimento, em que os mesmos não se sintam desamparados, após passar por uma avaliação em uma instituição universitária. Notamos pelo discurso, que por ser uma unidade universitária, também a um interesse institucional em iniciar acompanhamento à alguns usuários, desde que preencham critérios das próprias pesquisas. O que observamos, pelo não dito, é que este acesso, depende do que os pesquisadores buscam nos usuários, não havendo direito garantido a ter seu tipo de sofrimento pesquisado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma de recepção aos usuários que buscam atendimento no ambulatório geral de adultos do IPUB, sofreu significativas alterações nos últimos quarenta e cinco anos. Estas transformações foram percebidas e descritas pelos sujeitos, dos diferentes discursos, naquilo que avaliavam ser importante de registro, reflexão ou mesmo de questionamento. Podemos verificar como os variados profissionais, que ocuparam o lugar social de alunos, realizando parte de seus cursos no ambulatório, entenderam e questionaram a recepção, bem como, seus profissionais buscaram produzir sobre sua prática cotidiana.

Os documentos da década de 1970 têm suas condições de produção marcadas pela repressão política no país e, concomitantemente, de questionamentos às formas de atenção em saúde mental no mundo. Percebemos tal questionamento no discurso de Silva Filho et al. (1975), que se transforma em documento motivador para outros sujeitos do discurso, que buscam analisar as práticas de ensino e assistência no ambulatório. Este texto de 1975, tornou-se estimulador para pesquisas posteriores sobre o funcionamento do ambulatório, demonstrando a necessidade de pensar sobre este dispositivo e o quanto a atuação nele marcou e incomodou seus alunos. Sendo motivadora para que se debruçassem sobre suas incongruências, na produção de pesquisas que pudessem respaldar futuras e mais amplas discussões.

Até a primeira metade do anos 1970, percebemos pelo discurso analisado, que a recepção não era realizada como processo de rotina, na unidade. Não havendo profissionais voltados, especificamente, para esta prática e sim médicos que deveriam deixar na sua agenda horários vagos para “novos pacientes”. Nas condições de atendimento à época o ambulatório recebia em sua grande maioria, usuários segurados do IPASE e INPS. Como a forma de atendimento era o convênio, todos aqueles, que se encaixavam nas categorias inscritas nestes institutos, eram automaticamente agendados para consulta médica ambulatorial no IPUB.

Com as normatizações e exigências legais da introdução de equipes multidisciplinares nos hospitais psiquiátricos, com o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica da Previdência e a Portaria Nº 8, a partir de 1973, observamos a repercussão no cotidiano institucional que em 1975, incorpora para o atendimento ambulatorial, profissionais de serviço social e psicologia. Estes, em sua maioria, alunos dos Cursos de Especialização, tornam-se responsáveis pela triagem ambulatorial na unidade.

Ao longo do segundo lustro de 1970, a triagem passa de entrevista com assistente social ou psicóloga que a partir de suas formações discursivas avaliam e admitem, ou não,

usuários no ambulatório; para entrevista com o serviço social juntamente com a psicologia, podendo contar com a presença, esporádica, de aluno do quarto ano de medicina. Mesmo com o aumento da equipe que atende inicialmente ao usuário, seu discurso é “filtrado”, a partir de duas categorias profissionais, e levado para a resolução de seu encaminhamento, com um terceiro profissional, o psiquiatra da instituição.

No final da década de 1970, temos o procedimento de triagem feito somente pelo serviço social, que tem o papel de colher o discurso do usuário, levá-lo para discussão em equipe e ser o responsável por transmitir a avaliação multiprofissional a seu atendido. Observamos, principalmente no texto de Lowenkron et al. (1979), *Uma experiência de equipe psiquiátrica*, a utilização de metodologias intrínsecas ao chamado serviço social tradicional, no qual a utilização do serviço social de caso e de grupo é apresentada como aporte na realização da triagem à época.

Assim, o serviço social do IPUB, a partir do final da década de 1970, produz teoricamente sobre suas práticas cotidianas, em uma tentativa de sistematizar sua atuação na construção de material teórico. Os documentos reproduzem o movimento da categoria, que em um primeiro momento de análise, tem sua intervenção na recepção, inscrita sob as formas tradicionais de serviço social de caso e grupo. Para o texto de Lowenkron et al., especificamente a profissional do serviço social teve sua formação, enquanto campo de estágio, ligada à COI, local que influenciou não só sua atuação profissional, como várias outras profissionais que continuariam trabalhando no IPUB.

Com as transformações ocorridas na categoria profissional, nos anos 1980 percebemos, em sua produção teórica, mudanças na abordagem sobre as práticas de recepção realizadas pelo serviço social. Desta forma, temos no documento referente a 1980, *A triagem do serviço social*, a busca de teorização sobre a prática realizada, em uma tentativa de estabelecer parâmetros, a partir de uma formação discursiva que pensa a triagem inscrita em um discurso científico, com o aporte do interdiscurso da vertente de reatualização do conservadorismo. O discurso apresentado no documento, parte de uma intervenção que se pretende científica, de caráter neutro, com apropriação teórico-metodológica da psicologia/psicanálise, tendo por objetivo trabalhar para que o usuário consiga se adaptar à sociedade.

Nas produções subsequentes, *O serviço social no cotidiano de um ambulatório psiquiátrico: contradições na prática* e *Saúde mental e trabalho social*, de 1980 e 1983, respectivamente, já há uma mudança de perspectiva, com uma análise crítica, com base no materialismo histórico, que se apropria do interdiscurso produzido pela perspectiva de

intenção de ruptura. Este último documento, de 1983, volta-se para a análise da profissão, em sua inserção histórica e intervenção de caráter contraditório, ao ter um discurso de libertação e realizar práticas que reafirmam a dominação. Neste discurso, teremos o primeiro documento em que o termo triagem é questionado, em seu sentido.

Percebemos ao longo dos discursos da categoria como os profissionais se inserem em distintas vertentes do movimento de renovação do serviço social, podendo o mesmo profissional, modificar sua formação discursiva, que se torna permeada por uma ou outra vertente, ao longo de sua carreira. Como é o caso de Gonçalves, nos referidos textos de 1980 e de 1983, nos quais a autora tem seu discurso modificado, conforme as determinações sociais da categoria transformam-se.

Com as mudanças da década de 1990, nas quais o país encontra-se em um regime democrático, sob a égide da Constituição de 1988, a recepção, até meados desta década, encontra-se realizada somente por profissionais da medicina. A partir de 1995, com o espraiamento do interdiscurso da Reforma Psiquiátrica e sob a égide da Portaria 224/1992, instaura-se uma nova forma de recepção no ambulatório do IPUB, que não utiliza, ao contrário, critica o termo e o sentido de triagem. Assim, os usuários que procuravam atendimento, eram ouvidos em grupos, por variados profissionais, dentre eles o serviço social, que buscavam se comprometer tanto com o atendimento, no procedimento de avaliação, como no possível encaminhamento.

Mesmo com esta experiência do Grupo de Recepção, relatada em *A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ*, iniciada em 1995, que apresentou-se como inovadora, buscando mudar uma cultura institucional ligada ao procedimento de recepção visto historicamente, como triagem, não encontramos produção teórica ligada ao profissional de serviço social atuantes à época, somente da medicina, psicologia e enfermagem.

Já nos anos 2000, apesar do ganho histórico com a Lei n. 10.216/2001, percebemos que, até seus meados, o atendimento de recepção volta a ser realizado somente por médicos, caracterizado como triagem novamente. Sendo assim, observamos que na década de 2000, período subsequente à experiência inovadora do Grupo de Recepção, realizada entre 1995 e 2000, aparentemente não houve nenhuma incorporação deste trabalho de acolhimento em equipe tendo como única modificação a partir de 2006, a inclusão do aluno do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica, na avaliação de triagem.

Com as repercussões das legislações pertinentes à organização do SUS, como a RAS, de 2010, a RAPS, de 2011, e as modificações postas pelas solicitações da organização do SUS

no município do Rio de Janeiro, em 2013, são incorporados outros profissionais ao processo de recepção, que passa a ter o serviço social e enfermagem, como coordenadores.

Percebemos neste último período de análise, que os sentidos do trabalho aparecem distintos para os diferentes profissionais e suas formações discursivas. Para um autor, inscrito no lugar social de aluno do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica, o procedimento instaurado é analisado somente como dificultador de acesso, equiparando, em sua formação discursiva, os sentidos dos termos triagem e acolhimento, ambos como uma forma de burocratizar o atendimento ao usuário.

Já para aqueles que participaram da construção do Grupo de Recepção e Encaminhamento (GRE), o efeito de sentido de seu texto, nos apresenta um trabalho a favor dos preceitos do SUS, tendo sua formação discursiva apoiada do discurso da Reforma Psiquiátrica, pelo qual o acompanhamento do usuário deve se dar, preferencialmente, em seu território de existência, o qual é entendido pela equipe, como seu direito legítimo a saúde.

Observamos pelo discurso elaborado em conjunto pelo serviço social e enfermagem, que a intervenção busca se pautar no atendimento interdisciplinar. Voltado para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população com foco nesta e suas necessidades, com a perspectiva de fortalecimento de um sistema de saúde público de base territorial. Acreditamos assim que o serviço social inserido na atual forma de recepção ambulatorial do IPUB, trabalhe na perspectiva do projeto ético-político hegemônico da profissão.

Entendemos que a prática de receber os usuários que possuem uma expectativa de ajuda a seus sofrimentos, é algo extremamente complexo e que deva ser realizado por uma equipe multiprofissional que busca ter uma escuta qualificada. Assim o profissional de serviço social deve estabelecer também no procedimento de recepção, alianças com demais profissionais, para que as políticas institucionais possam ser cada vez mais democráticas, voltadas essencialmente para as necessidades dos usuários e para o fortalecimento de instâncias, que possam ser capazes de trabalhar coletivamente para uma mudança nas formas de entendimento da loucura e seu tratamento.

Percebemos pelos diversos documentos, que desde a década de 1970 foram poucas as vezes que não se utilizou o termo triagem para definir a recepção ambulatorial do IPUB. Ao longo da análise os sentidos do procedimento realizado na recepção giraram em torno de barreira, elegibilidade, filtro, separação, escolha, não ser somente coleta de dados, admissão automática, acolhimento, e a similaridade entre sentidos de triagem, pré-triagem e acolhimento. Cabe ressaltar que os sentidos postos ao longo destes anos, para a recepção, não sumiram simplesmente, estando presentes no discurso de grande parte dos profissionais da

instituição que, ainda hoje, têm suas formações discursivas marcadas pelo não estranhamento do termo triagem, ou mesmo pelo entendimento de recepção como forma de “embarreirar” o acesso a novos usuários.

Pelos diversos entendimentos que perpassam o procedimento de recepção, este deve ser um espaço de constante auto-reavaliação, pois é atravessado por relações de força, nas quais a demanda do usuário, nem sempre, se coloca como a prioridade, em detrimento do que a instituição acredita ser a melhor forma de encaminhamento. A dificuldade cotidiana, se apresenta em tornar este espaço fomentador de reflexão, no qual o usuário possa se sentir confiante para expor seu sofrimento, sendo seu discurso tratado como aquele que deve ter maior relevância em relação aos dos profissionais.

Acolher o usuário em sofrimento, em toda sua dor e angústia, não pode ser uma atividade automática, com respostas prontas, mas deve conformar-se em espaço de reflexão permanente permeável à criatividade profissional, que em sua sensibilidade e competência, possa atuar de forma a transformar o espaço de acordo com as necessidades dos usuários. Acreditamos assim que o acolhimento ao usuário que busca tratamento, é um espaço fértil para a reflexão de suas necessidades e inserção social, tendo por fim a capacidade de elaborar conjuntamente com o usuário questionamentos de como as formas de existência em uma sociedade capitalista pode adoecê-lo e quais são as formas possíveis de tratar este sofrimento.

Não acreditamos que o hospital psiquiátrico e o atendimento ambulatorial possam dar conta das várias áreas de existência da população sozinhos. Quanto mais um ambulatório universitário que deve, também, contribuir para a formação de profissionais que possam refletir sobre como as condições materiais de vida influenciam a existência da população. O que vemos, na prática, é que o ensino de novos profissionais se apresenta dificultado por uma atuação voltada para si, sem ter acesso ao território e diálogo com os demais dispositivos que perpassam a vida da população.

Questionamos se a existência de um ambulatório com concentração de psiquiatras, não seria mais promissor se tivesse suas práticas voltadas para os anseios e necessidades da rede de atenção psicossocial, em um diálogo de como uma instituição universitária federal poderia contribuir, de melhor forma, com as necessidades impostas pelas condições políticas, econômicas e sociais que perpassam não só os usuários, mas também os serviços de saúde na atualidade.

A universidade não deve ser fechada em si, mas permeável ao movimento da realidade. Os profissionais de hospitais universitários tem o dever de realizar a reflexão crítica sobre suas práticas de ensino e assistência, questionando se estas são reprodutoras de

mecanismos que centralizam as ações em si, ou mesmo, em uma categoria profissional, o que será provavelmente repetido pelos alunos que “aprendem” a trabalhar nesta lógica.

Sobretudo, nos dispositivos ambulatoriais ligados a instituições universitárias, referências para a formação, é de suma importância a reflexão de como suas práticas fortalecem, ou não, o SUS, tanto como a própria Reforma Psiquiátrica. Torna-se necessário que a universidade se apresente como espaço democrático de troca e aperfeiçoamento de saberes entre a rede de atenção psicossocial. Na busca de formar profissionais que tenham como intuito contribuir para uma mudança de cultura sobre a loucura.

É fundamental que a universidade possa se apresentar como espaço formador de profissionais capazes de perceber criticamente práticas que não contribuem com a autonomia dos usuários. Que tutelam ou mesmo tratam de forma assistencialista as demandas da população. Um desafio que também se apresenta a universidade é formar profissionais que possam trabalhar em equipe multidisciplinares, com a troca e somatório de diversos saberes no intuito de garantir os direitos daqueles em sofrimento mental. Ou seja, a universidade precisa se mostrar capaz de ser um *lócus* de apoio e retroalimentação da Reforma Psiquiátrica, na qual suas ações estejam voltadas para as necessidades dos usuários, assim como possa permitir a qualificação permanente e a pesquisa sobre a complexa realidade dos processos de adoecimento mental que afetam a população.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.
- ALVES, D. S. O “ex” tentando ver o futuro. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, n. 14, p. 21-30, 1999.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, A. T., SOUSA, M. L. T., & QUINDERÉ, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais PPP**. São João Del-Rei, V. 8, N. 2, jul./dez. 2013.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- BEZERRA JUNIOR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida ; COSTA, Nilson do Rosário . (Org.). **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 133-169.
- _____. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BISNETO, J. A. **A inserção do serviço social da saúde mental nos anos 70**. Anais do Décimo Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília: CFESS, 2001. Disponível em: <http://www.depotz.net/readarticle.php?article_id=2302>. Acesso em: 20 out. 2013.
- _____. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- _____. Serviço Social e atuação na reforma psiquiátrica. In: Nicacio, E. M.; BISNETO, J. A. (Org.) **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 24, N. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2015.
- BRASIL. Presidência da república. **Decreto-Lei nº 2.024**. Brasília, 1940. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 abr. 2015.
- _____. Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8080**.

Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 224**. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.mppi.mp.br/internet/phocadownload/saude/Saudemental/portaria%20ms%20224_92.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 224**. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.mppi.mp.br/internet/phocadownload/saude/Saudemental/portaria%20ms%20224_92.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 129**, Brasília, 1994. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1994/Reso129.doc>. Acesso em 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 336**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, OPAS, nov. de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 154**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3088**. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12320-publicacoes-saude-mental>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, no 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 8**. Brasília: ano VI, nº 8, 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência à Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPES. **Saúde Mental no**

SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório da Gestão 2003-2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2. ed., 2010. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Presidência da República/Casa Civil. **Decreto Nº 7508.** Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/ decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Senado Federal / Secretaria Especial de Informática. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf>. Acesso em: 23 maio 2014.

_____. Ministério da Previdência Social. **Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10.** Brasília: Ministério da Previdência Social, 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

CARVALHO, S. R. & CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr.-jun., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

CERQUEIRA, G. F. **A questão social no Brasil: crítica do discurso político.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CHAGAS, F. N. P. B.; BESSA, M. L. F. T.; PARANHOS, S. P. B. **O serviço social no cotidiano de um ambulatório psiquiátrico: contradições na prática.** 13 f. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social em Assistência Psiquiátrica) - Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1981.

COELHO, E. **Uma esquerda para o capital: o transformismo dos grupos dirigentes do PT (1979-1998).** São Paulo: Xamã; Feira de Santana: UEFS Editora, 2012.

COSTA, N. R. et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/09.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil.** Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992. 284 p.

_____. Os determinantes de 1968 para as políticas públicas de saúde mental. In: SILVA FILHO, J. F. (Org.). **1968 e a saúde mental.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008. p. 19-48.

_____. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/19.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FERNANDES, G. G. et al. Estudo sobre o funcionamento de um ambulatório psiquiátrico universitário. **Revista de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. XXI, n 32, p. 255-278, 1977.

FLORENCIO, A. M. G. et al. **Análise do Discurso: fundamentos e prática.** Maceió: Edufal, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. 1999. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/ea000027.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

GIL, N. B. **A função do psicanalista no dispositivo de triagem do ambulatório do IPUB/UFRJ.** 30f. Monografia (Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

GONÇALVES, M. L. R. A triagem do serviço social. **Serviço social: trabalhos.** v. 6, Rio de Janeiro: IPUB, 1980.

_____. **Saúde mental e trabalho social.** São Paulo: Cortez, 1983.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais.** São João Del Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portalarquivo/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GUIMARÃES, A. N.; et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001), **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.19, n. 2, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 abr. 2015.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações.** São Paulo: Loyola, 2008. p. 75-96.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social.** São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-**

metodológica. 12. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/02.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

IPUB. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. Disponível em: < <http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/cadernos-ipub>>. Acesso em: 20 set. 2015.

JACÓ-VILELA, A. M. et al. **A Clínica de Orientação Infantil do IPUB:** um olhar sobre a participação feminina na constituição dos saberes e práticas psi no Brasil. Maceió: ABRAPSO, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/199.%20a%20cl%CDnica%20de%20orienta%C7%C3o%20infantil%20do%20ipub.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2013.

LESSA, S. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 2, pp. 20-33, CEAD-UNB, 1999. Disponível em: <http://www.sergiolessa.com/artigos_97_01/producao_reproduca0_1999.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

LEVCOVITZ, S. Ambulatório e a pedagogia de novas práticas, cadernos do IPUB especial 60 anos. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, nº. especial, p. 207-217, 1998.

LEVCOVITZ, S.; OLIVEIRA, R.; TENÓRIO, F. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v. VI, nº 17, p. 17-20, 2000.

LOPES, I. C. **Higiene Mental**. 2. ed. Rio e Janeiro: Irmãos Pongetti Editores, 1960.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional:** do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 226 p.

LOWENKRON, T. S. et al. Uma experiência de equipe psiquiátrica. **Serviço social:** trabalhos. v. 1, Rio de Janeiro: IPUB, 1979.

MACEDO, A. L. P.; NEVES, A. L. G. Escutando mais o paciente: sobre os critérios de triagem para psicoterapia no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v. 1, nº. 1, p. 1-21, 1995.

MÂNGIA, E. F. et al. Acolhimento: uma postura. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13890>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MARTINS, A. **A direita para o social:** a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2009. p. 59-110.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MCNALLY, D. Língua, história e luta de classes. In: WOOD e FOSTER (org.) **Em defesa**

da história: marxismo e pós-modernismo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

MERHY, E. E. **Acolhimento na Rede de Serviços.** Seminário sobre acolhimento. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. mar. 2004. Disponível em: < www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

MONTAÑO, C. E. **La naturaliza del servicio social:** un ensayo sobre sus génesis, su especificidade y su reproducción. São Paulo: Cortez, 1998. 208 p.

MONTEIRO, C. C.; OLIVEIRA, F. L. P.; CAETANO, K.N. **A atuação do serviço social na COI.** 1980. 10 f. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social em Assistência Psiquiátrica) - Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1980.

MONTEIRO, D. A. **As possíveis influências da política nacional de saúde mental no modelo de atenção do ambulatório psiquiátrico.** 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10303/1/DALVA%2520TEXTO%25202.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2015.

NARDI, A. E. et al. A humanistic gift from the Brazilian Emperor D. Pedro II (1825 - 1891) to the Brazilian nation: the first lunatic asylum in Latin America. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** São Paulo, v.71, n. 2, p. 125-126, 2013. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 04 out. 2014.

NASCIMENTO, I. et al. Qual o lugar do ambulatório universitário na Rede de Atenção Psicossocial? In: CAVALCANTI, M. T. et al. (org.). **Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Gestão 2010-2014.** Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2015. p. 136-145.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Ditadura e serviço social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Construção do projeto ético político do serviço social. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, V.G. **Grupo de recepção:** a qualificação do dispositivo de porta de entrada na rede de saúde mental. 87 f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil:** clientelismo e insulamento burocrático. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB.** Rio de Janeiro, v.VI, nº 17, p. 17-20, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:** uma perspectiva global. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental,

2009. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 04 out. 2014.

ORLANDI, E. P. **Linguística: questões e controvérsias**. Minas Gerais: Faculdades Integradas de Uberaba. 1984.

_____. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2001.

_____. Análise de Discurso. In: **Discurso e textualidade**. Campinas: Pontes, 2006. p. 13-31.

_____. **O que é linguística**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2009.

ORLANDI, A. L. **Avaliação do funcionamento do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 1977**. 54 f. Monografia (Curso de Especialização) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1978.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 241-58, maio-ago., 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

PECH, D. **Os caminhos dos encaminhamentos: considerações sobre a clínica psicanalítica na porta de entrada do ambulatório do IPUB**. 44 F. Monografia (Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

PÊCHEUX, M. A análise automática do discurso. In: **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. F. Gadet e T. Tak (Orgs.). Campinas: Unicamp, 1997. p. 61-162.

PITTA, A. M. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>. Acesso em: 12 abr. 2015.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/03.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

RAMMINGER, T.; Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 27-50.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: S.A. Tundis & N.R. Costa (Orgs), **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 134-169.

RODRIGUES, M. P.; LEITE, J. L. **Questão social e saúde na atualidade: reflexões acerca da Aids e da saúde mental**. Chile: UBIOBIO, 2001. Disponível em: <<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p16.2.htm>>. Acesso em: 15 abril 2013.

ROTELLI, F. ; AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SANTOS, A. L. P. Reconstituindo a história de um serviço de assistência em saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, nº 12, p. 27-50, 1998.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, Y. F. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/17402>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SANTOS, Y. F.; OLIVEIRA, I. M. F.; YAMAMOTO, O. H. O ambulatório de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal, RN. **Psicol. Argum.** Curitiba, v.27, n. 59, p. 313-322, out./dez. 2009. Disponível em: < <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?ddl=3371&ddd99=view&ddd98=pb>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 41-52.

SEVERO, A. K. **A cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal/ RN**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: < <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/18674>>. Acesso em: 10 abr. 2015 .

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v.31, n. 3, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a15.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SILVA FILHO, J. F. O instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, n. Especial, p. 11-20, 1998.

_____. O ambulatório e a Psiquiatria. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v.VI, nº 17, p. 17-20, 2000.

SILVA FILHO, J. F.; LEVCOVITZ, S. Perspectivas da assistência psiquiátrica no Brasil: o ambulatório como um dispositivo terapêutico. In: **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 6, n.20, p. 28-32,1984.

SILVA FILHO, J. F. et al. **Trabalho de avaliação do curso de especialização, de 1974, do IPUFRJ**. 70 f. Monografia (Curso de Especialização em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1975.

SILVA, D. M. B.; SILVA, A. A. **A reforma psiquiátrica e o trabalho do assistente social.** III Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, 2007. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/638db7c72773369e3639DANIELLE%20MARINHO_AMANDA%20SILVA.pdf. Acesso em: 1 mar. 2015.

SILVA, J. C.; WELBACHER, A. I.; EGGERS, G. **O processo de acolhimento em uma clínica-escola.** Santa Cruz do Sul, UNISC, 2011. Disponível em: < http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10191>. Acesso em: 20 abr. 2015.

TANACA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 24, n.1, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000100010>. Acesso em: 17 abr. 2015.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. 167 p.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan.-abr. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007. Disponível em: <www.nuppsam.org/page5.php>. Acesso em: 20 abr. 2015.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Temporalis.** Brasília, n. 4, Ano II, jul.- dez. 2001. Disponível em: < <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/65N06Bp3L00eI373q8j6.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde mental. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDE

DEBATE&PASTA=V.32%2C+N.78&pesq=&x=48&y=5>. Acesso em: 20 abr. 2015.

ANEXO A – Documentos

PRODUÇÃO CIENTÍFICA				
CÓDIGO	DIVULGAÇÃO	TÍTULO	TIPO	AUTOR
R75.n	1975	Trabalho de avaliação do curso de especialização de 1974.	Monografia do Curso de Especialização em Psiquiatria IPUB/UFRJ	SILVA FILHO, J. F. et al.
R77.n	1977	Estudo sobre o funcionamento de um ambulatório psiquiátrico universitário.	Artigo da Revista Brasileira de Psiquiatria, v. XXI, n 32.	FERNANDES, G. G. et al.
R78.n	1978	Avaliação do funcionamento do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 1977.	Monografia (duas alunas dos cursos de especialização em: Serviço Social em Saúde Mental, Psicologia Clínica e em Psiquiatria).	ORLANDI, A. L. et al.
R79.n	1979	Uma experiência de equipe psiquiátrica.	Artigo de <i>Serviço social: trabalhos</i> , Vol. 1.	LOWENKRON, T. S. et al.
R80.n	1980	A triagem do serviço social.	Artigo de <i>Serviço social: trabalhos</i> , vol. 6.	GONÇALVES, M. L. R.
R81.n	1981	O serviço social no cotidiano de um ambulatório psiquiátrico: contradições na prática.	Monografia do Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social em Assistência Psiquiátrica IPUB/UFRJ	CHAGAS, F. N. P. B.; BESSA, M. L. F. T.; PARANHOS, S. P. B.
R83.n	1983	Saúde mental e trabalho social.	Livro	GONÇALVES, M. L. R.
R95.n	1995	Escutando mais o paciente – sobre os critérios de triagem para psicoterapia no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.	Artigo do <i>Cadernos IPUB</i> , v. 1, nº. 1.	MACEDO, A. L. P.; NEVES, A. L. G.

R00.n	2000	A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ.	Artigo do <i>Cadernos IPUB</i> , v. VI, nº. 17.	OLIVEIRA, R. C.
R08.n	2008	A função do psicanalista no dispositivo de triagem do ambulatório do IPUB/UFRJ.	Monografia do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica.	GIL, N. B.
R14.n	2014	Os caminhos dos encaminhamentos: considerações sobre a clínica psicanalítica na porta de entrada do ambulatório do IPUB.	Monografia do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica.	PECH, D.
R 15.n	2015	Qual o lugar do ambulatório universitário na Rede de Atenção Psicossocial?	Capítulo do livro <i>Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Gestão 2010-2014</i> .	NASCIMENTO, I. et al.

ANEXO B - *Corpus*

Documento: SILVA FILHO, J. F., et al. Trabalho de avaliação do curso de especialização, de 1974, do IPUFRJ. 70 f. Monografia (Curso de Especialização em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1975.	
R75.1	diante da perspectiva de nos vermos isolados das decisões a serem tomadas, apesar de haveremos contribuído concreta e objetivamente para uma efetiva modificação no ensino e assistência do Instituto de Psiquiatria, vimo-nos na contingência de encaminharmos nossas propostas independente das solicitações (p. 2).
R75.2	A seguinte resposta sintetiza e nos transmite a visão resultante do nosso trabalho na enfermaria: “estrutura rígida, hierárquica, opressora que fortalece aspectos regredidos do paciente, impedindo-o de assumir outro papel, que não o de doente mental”. Adite-se a isso a posição dos alunos em relação à condição de previdenciário da quase totalidade dos pacientes, como um fato que pressiona e dirige a assistência às normas de previdência, impedindo o papel renovador e acelerador da Universidade (p. 49).
R75.3	seis pacientes por dia, no horário de oito às dez horas, numa faixa que oscilou de dois a dez pacientes” (p. 52); é de norma receber a cada dia de consulta um novo paciente (p. 53).
R75.4	a falta de uma triagem (p. 54).
R75.5	acúmulo de atendimentos, em bases insustentáveis. Parece que o esquema do ambulatório não leva em conta que de um modo geral os pacientes que o procuram, precisam à princípio, serem atendidos pelo menos uma vez por semana (p. 53).
R75.6	a falta de controle da qualidade deste atendimento, propicia um nível muito duvidoso: somos alunos de um curso de especialização e atendemos pacientes que procuram profissionais responsáveis; nada nos é cobrado e o autodidatismo, então, torna-se um risco para os próprios pacientes (p. 54).
R75.7	um caos total, pois o número de pacientes quase sempre suplanta nossa capacidade de atendê-los, havendo necessidade de ultrapassar o horário determinado, com prejuízo na qualidade do atendimento (p. 53).

Documento: FERNANDES, G. G. et al. Estudo sobre o funcionamento de um ambulatório psiquiátrico universitário. Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. XXI, n 32, p. 255-278, 1977.	
R77.1	não houve modificações substanciais no funcionamento do ambulatório, apesar da introdução das equipes interdisciplinares no ano de 1976 (p. 265).
R77.2	não entrosamento das equipes, fazendo com que estas não funcionem de modo satisfatório (p. 265).
R77.3	O paciente, vindo ao ambulatório pela primeira vez, passava por uma entrevista de triagem feita pelo serviço social (supervisora e/ou especializandas) ou pelo setor de psicologia (supervisora e/ou especializandas), no horário de 8 às 10 horas, realizando-se uma média de cinco triagens/dia. Das 8 às 9:30 horas, os acompanhantes dos pacientes a serem atendidos naquele dia participavam do grupo de família, integrado ainda por duas assistentes sociais e uma psicóloga com funções de coordenação, observação e relato, alternadamente; além disso, nesse período, os psicólogos faziam atendimentos de psicoterapia e psicodiagnóstico e o serviço social dedicava-se a atendimentos psicossociais do grupo familiar ou individual (p. 260).
R77.4	carência de supervisão (p. 265).

R77.5	importância da triagem como uma perfeita ‘filtração’ do caso a ser atendido (p. 265).
R77.6	atividade estanque, sem integração com a continuidade do tratamento do paciente (p. 261).

Documento: ORLANDI, A. L. **Avaliação do funcionamento do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 1977.** 54 f. Monografia (Curso de Especialização) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1978.

R78.1	poucas vezes, o material colhido foi levado para o profissional que assistiu o paciente e cuja família havia participado da reunião (p. 18).
R78.2	inicialmente este era submetido a uma entrevista de triagem realizada pelo Serviço Social (especializandas e/ou supervisora) e pela Psicologia (especializandas e/ou supervisora) que ocasionalmente era presenciada por alunos do quarto ano de medicina (p. 4).
R78.3	o caso era discutido com os supervisores médicos e então encaminhado ou não para matrícula no próprio ambulatório sendo indicado de imediato o setor que o receberia (p. 4).
R78.4	pobreza na variedade de tratamento (p. 19).
R78.5	só podem ter seus prontuários abertos por médicos, conforme normas estabelecidas no ambulatório (p. 7).
R78.6	maior participação do psicólogo na discussão dos casos na triagem para encaminhamento do cliente (p. 50).

Documento: LOWENKRON, T. S., et al. Uma experiência de equipe psiquiátrica. **Serviço social: trabalhos.** v. 1, Rio de Janeiro: IPUB, 1979.

R79.1	esta triagem se caracteriza por uma entrevista diretiva, visando obtenção de dados que permitam uma avaliação do sistema-cliente, observando os aspectos psicopatológicos e psicossociais. Em caso de elegibilidade, que decorre de discussão em miniequipe multidisciplinar, o paciente é matriculado e preparado para o tratamento a ser realizado. O paciente não elegível é orientado quanto a utilização dos recursos da comunidade (p. 6).
--------------	--

Documento: GONÇALVES, M. L. R. A triagem do serviço social. **Serviço social: trabalhos.** v. 6, Rio de Janeiro: IPUB, 1980.

R80.1	A triagem do Serviço Social numa Instituição de Psiquiatria é a reconstrução através dos dados de uma sintomatologia emergente (queixa) mais o que resulta do meio social e/ou familiar e mais a maneira como o paciente internaliza os dois primeiros. Não é uma simples coleta de dados da “história da vida” (p. 10).
R80.2	reconstrução através dos dados (...) que resulta processo (...) em três operações, fórmula: subjetividade do cliente (como vê o mal) + objetividade do fato = foco (objetivo) do tratamento social. [...] o tratamento social na triagem [...] é uma atitude científica de conhecer em operacionalidade. É conhecer rápido um fenômeno humano, aquilo que é particular de uma pessoa, que é próprio dele (p. 10).
R80.3	objetividade científica (não uso de prénoção) (p. 13).
R80.4	uso de apoio – que é através do relacionamento positivo, assistente social e cliente, levá-lo a um estímulo das suas capacidades adaptativas,[...] alívio de tensão tipo ansiedade, indecisão,

	agressividade, medos etc. [...] que levam ou prejudicam o tratamento psiquiátrico [...] esclarecimento da situação e das possibilidades de mudança, mais dentro de um proceder de reflexão do cliente que leve a um crescimento ou fortalecimento do <i>Ego</i> (p. 12-13).
--	---

Documento: CHAGAS, F. N. P. B.; BESSA, M. L. F. T.; PARANHOS, S. P. B. **O serviço social no cotidiano de um ambulatório psiquiátrico: contradições na prática.** 13 f. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social em Assistência Psiquiátrica) - Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1981.

R81.1	procura romper com as ideias tradicionais de adaptação do homem ao meio social pois, tais ideias encerram a concepção dicotomizada de homem e de mundo, que pensam no meio em permanente equilíbrio e o homem devendo ajustar-se a ele (p. 3).
R81.2	objetivo profissional de participação, uma vez que passa a ser então o profissional de Serviço Social quem determina uma escolha dentro de critérios do seu saber sobre o atendimento ou não da outra pessoa (p. 6).
R81.3	Quanto aos encaminhamentos, na prática as coisas se confundem, porque depois da triagem a pessoa deve aguardar uma resposta do profissional de Serviço Social, se será ou não atendida pela instituição. E parece não existir interdisciplinaridade na medida em que irá prevalecer a decisão médica em detrimento das demais profissões, e principalmente em detrimento da escolha da pessoa que nos procura. Assim, o Assistente Social poderá vir a reencaminhar essa pessoa para outras instituições, inclusive outros ambulatórios psiquiátricos, com a racionalidade de que “aquele outro ambulatório é mais próximo da residência” ou “já fazer tratamento lá”. Ao mesmo tempo que diz procurar fazer um trabalho social, discursa o seu contrário (p. 7).

Documento: GONÇALVES, M. L. R. **Saúde mental e trabalho social.** São Paulo: Cortez, 1983.

R83.1	a perspectiva que adotaremos fala claramente uma linguagem voltada para o político, encara a saúde mental e a participação do Serviço Social como fatos e atos políticos no sentido real da palavra ou seja, como atos e fatos pertinentes à ação contraditória de homens inseridos em práticas sociais historicamente demarcadas pela evolução da formação econômica e social brasileira (p. 17-18).
R83.2	incumbe-lhe, [...] esforçar se para que o indivíduo confiado à sua atuação possa ‘comporta-se como polo equilibrado’ [...] visando poder ‘manter conduta social que permita adaptar-se às situações novas’ (p. 49-50).
R83.3	caráter verdadeiramente policial desta prática, herdada do cotidiano de nossa história política. A própria terminologia demonstra sua vinculação a esse exercício antitético à construção da sanidade (p. 70, grifo no original).
R83.4	A triagem no ambulatório de adultos é de responsabilidade do profissional em serviço social, com o objetivo explícito de evitar que problemas classificados como “ainda não psiquiátricos” venham a ser categorizados como tal. Não obstante, ao proceder à triagem, o assistente social tende a valorizar a “queixa do futuro paciente” e interpretar suas características como doenças, desvirtuando o sentido daquilo que, no léxico da instituição, denomina-se “triagem”, i.e., a seleção prévia do que é “caso psiquiátrico” ou não, a separação a priori entre o joio e o trigo (p. 77-78, grifo no original).

Documento: MACEDO, A. L. P.; NEVES, A. L. G. Escutando mais o paciente: sobre os critérios de triagem para psicoterapia no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v. 1, nº.1, p. 1-21, 1995.

R95.1	<p>inicialmente quando uma pessoa procura atendimento no ambulatório do Instituto de Psiquiatria, ela não o recebe prontamente. O funcionário marca uma entrevista de acordo com os horários disponíveis dos médicos, caso a triagem esteja “aberta”. Devemos ressaltar que no ano passado, a triagem esteve “fechada” de 14/10/94 até 30/12/94, em virtude de sobrecarga dos profissionais e de uma extensa “fila de espera”.</p> <p>Outro dado que merece destaque, [...] é que o fato de uma pessoa marcar uma entrevista de triagem e ela comparecer, já é o bastante para caracterizá-la como precisando de algum tratamento oferecido neste ambulatório. Em outras palavras, parece não haver uma discriminação de demanda e nem mesmo uma preocupação em referir as pessoas para outras instituições que prestem atendimento adequado às suas necessidades ou mesmo tipo de atendimento, quando não há vaga. Assim, podemos constatar que é desta maneira que se formam as famosas “filas de espera” (p. 2).</p>
--------------	---

Documento: OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v. VI, nº 17, p. 17-20, 2000.

R00.1	<p>Parece-nos curioso o fato de que apesar do ambulatório ter se configurado como um lugar central na organização e acompanhamento dos tratamentos no que diz respeito as novas práticas de assistência, muito pouco tem sido pensado e escrito sobre ele (p. 30).</p>
R00.2	<p>a implantação dos Grupos de Recepção não se caracterizava, [...] apenas por uma mudança nos procedimentos técnicos da triagem no ambulatório. Tratava-se de uma mudança de mentalidade que exigia uma nova forma de pensar o sofrimento e a melhor forma de tratá-lo (p. 33).</p>
R00.3	<p>O trabalho clínico realizado na recepção tem três objetivos principais: <i>acolher, avaliar</i> e só num tempo posterior, <i>encaminhar</i> . <i>Acolher</i> não se confunde com <i>triar</i>. A ideia não é dividir ou classificar os sintomas das pessoas como tal ou qual distúrbio para rapidamente indicar algum tratamento. <i>Acolher</i> significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para que seja possível escutar e valorizar as particularidades de cada situação (p. 33-34, grifos no original).</p>
R00.4	<p>Em reunião com os profissionais que trabalham no ambulatório ficou definido que, apesar do compromisso em oferecer um espaço de acolhimento com escuta diferenciada para avaliar e encaminhar criteriosamente todos que procuram o serviço, esta proposta não se confundia com a obrigação em recebê-los todos para tratamento no IPUB (p. 37).</p>
R00.5	<p>Uma das maiores dificuldades do terceiro ano de trabalho [1998] continuou sendo a falta de disponibilidade dos residentes e dos psicólogos para receber pacientes novos. Em acordo com a coordenação do ambulatório, os residentes só receberiam pacientes novos a partir do contato que estabelecessem no próprio Grupo de Recepção ou a partir da internação. Essa grande limitação promoveu muitas críticas ao programa de recepção. Os argumentos giravam em torno da validade em manter os Grupos de Recepção acolhendo os pacientes para avaliação, já que não poderiam ser atendidos no IPUB pela falta de vaga dos médicos e dos psicólogos para acompanhar os pacientes regularmente. O fato de o encaminhamento não ser o primeiro objetivo dos Grupo de Recepção – já que a maior preocupação é a de uma avaliação cuidadosa da demanda – sempre gerou controvérsias (p. 41).</p>

Documento: GIL, N. B. **A função do psicanalista no dispositivo de triagem do ambulatório do IPUB/UFRJ**. 30f. Monografia (Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

R08.1	<p>Triagem é o nome pelo qual chamamos o atendimento àquelas pessoas que procuram pela primeira vez o Instituto de Psiquiatria da UFRJ/IPUB. Neste encontro os pacientes são atendidos individualmente por dois profissionais: um médico residente em psiquiatria (R3) e um psicólogo/psicanalista, aluno da especialização em clínica psicanalítica.</p> <p>A formação desta equipe de triagem teve início em março de 2006. Antes deste período o primeiro contato dos pacientes com o IPUB era feito pelos médicos contratados do serviço (<i>staff</i>), porém sem a presença dos psicanalistas da Instituição, configurando a triagem em um caráter extremamente farmacológico (p. 2).</p>
R08.2	<p>Depois de algum tempo de conversa com a paciente, a mesma comenta que já havia sido internada no CPRJ, mas não lembrava de quando ou se fazia tratamento lá. A partir deste pequeno fragmento extraído da entrevista, fomos capazes de traçar um projeto terapêutico inicial para aquela paciente.</p> <p>Primeiramente o psiquiatra responsável pela triagem a medicou para que a mesma pudesse permanecer no local onde morava. Encaminhamos a funcionária do hotel ao serviço social do Instituto, na tentativa de que o mesmo pudesse entrar em contato com o serviço social do CPRJ em busca de informações a respeito da família ou origem da paciente. Para finalizar marcamos um novo atendimento para esta senhora três dias depois, para uma nova avaliação de seu quadro, além da possibilidade de procurar o serviço do plantão da emergência (p. 7).</p>

Documento: PECH, D. **Os caminhos dos encaminhamentos:** considerações sobre a clínica psicanalítica na porta de entrada do ambulatório do IPUB. 44 F. Monografia (Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica) – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

R14.1	<p>criou-se uma espécie de primeiro acolhimento, feito por profissionais do serviço social e da enfermagem. Dessa forma, os pacientes que chegam à triagem já se submetem a uma pré-triagem, pois são, agora, com certo rigor, redistribuídos pelas áreas programáticas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de acordo com seu endereço residencial. Esta pré-triagem foi nomeada “acolhimento”. [...] Primeiro o acolhimento feito por uma assistente social e uma enfermeira, que funciona como uma triagem, depois o atendimento clínico com residentes médicos em parceria com psicólogos, alunos do segundo ano da especialização, que funciona como um segundo tempo da triagem e só então, quando nota-se alguma indicação para a psicoterapia, o encaminhamento ao Grupo de Admissão. A regionalização passa a ser pré-requisito básico para a admissão de pacientes, entretanto, reconhecem-se exceções, como a gravidade da doença, por exemplo, que se torna requisito para a admissão na instituição (p. 11).</p>
R14.2	<p>ao precisar de um serviço psiquiátrico, o paciente, então, deve procurar a clínica da família de referência, para realizar uma triagem com o médico do posto e, quando avaliado necessário, a partir de uma marcação via SISREG (Sistema Nacional de Regulação), chega ao serviço psiquiátrico indicado, no caso o IPUB. Assim tem funcionado a Porta de Entrada do IPUB nos dias atuais. O paciente passa por uma triagem no posto de saúde de referência antes de ser encaminhado para a instituição. Ao chegar à Porta de Entrada do ambulatório do IPUB, o paciente deve passar normalmente pelos dispositivos mencionados anteriormente, quando da primeira reformulação de 2013 (p. 12).</p>

Documento: NASCIMENTO, I., et al. Qual o lugar do ambulatório universitário na Rede de Atenção Psicossocial? In: CAVALCANTI, M. T. et al. (org.). Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Gestão 2010-2014 . Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2015. p. 136-145.	
R15.1	Em agosto de 2013, iniciamos o projeto piloto da Porta de Entrada, acolhendo as demandas solicitadas via SISREG. A proposta foi de uma escuta multiprofissional e interdisciplinar, para melhor encaminhamento dos casos. Nosso objetivo era fazer com que todos os pedidos de atendimento fossem acolhidos de acordo com a necessidade de cada usuário, respectivo território e serviços de referência, considerando a Portaria no 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, e mais especificamente, à Portaria no 3.088/2011, ambas no âmbito do SUS (p. 138).
R15.2	em julho de 2014, após a reavaliação do fluxo de atendimento da Porta de Entrada, decidimos ampliar a formação do Grupo de Recepção e Encaminhamento (GRE), incluindo desde o primeiro momento a Psiquiatria e a Psicologia. Acreditamos que assim, o usuário tem um acolhimento mais integrado, sem precisar expor seu sofrimento em dois momentos diferentes (p. 139).
R15.3	Pacientes entre 18 e 60 anos apresentando quadros psiquiátricos de início agudo, graves e /ou de difícil manejo são agendados no nosso ambulatório. Aqueles que preenchem os critérios de inclusão para pesquisas em andamento em outros ambulatórios do IPUB são encaminhados para estes respectivos setores. Os demais pacientes são encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima à sua residência, após contato telefônico prévio para obter informações se há equipe de saúde mental e o procedimento para atendimento de primeira vez. Mesmo assim, os usuários/familiares são avisados de que caso não consigam o atendimento na unidade referenciada, retornem ao GRE para nova orientação (p. 139-140).