

CRISTIANE TOMAZ

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E O TÉCNICO DE REFERÊNCIA:

POSSIBILIDADES DE
UMA ATUAÇÃO CRÍTICA?



O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”: possibilidades de uma atuação crítica?

Cristiane Tomaz

O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de
Referência”: possibilidades de uma atuação crítica?
1^a Edição Eletrônica

Uberlândia / Minas Gerais
Navegando Publicações
2024





www.editoranavegando.com
editoranavegando@gmail.com

Uberlândia – MG,
Brasil

Direção Editorial: Navegando Publicações
Projeto gráfico e diagramação: Lurdes Lucena
Arte da Capa: Cadu Ferx

Copyright © by autor, 2024.

C8689 – TOMAZ, C. O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”: possibilidades de uma atuação crítica? Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

ISBN: 978-65-6070-052-9
DOI -10.29388/978-65-6070-052-9

1. Serviço Social 2. Saúde Mental 3. Atuação Profissional. I. Cristiane Tomaz.
II. Navegando Publicações. Título.

CDD – 360

Índice para catálogo sistemático	
Serviço Social	360



Editores

Lurdes Lucena – Esamc – Brasil

Carlos Lucena – UFU – Brasil

José Claudinei Lombardi – Unicamp – Brasil

José Carlos de Souza Araújo – Uniube/UFU – Brasil

Conselho Editorial Multidisciplinar

Pesquisadores Nacionais

Afrânia Mendes Catani – USP – Brasil

Anderson Bretas – IFMT – Brasil

Anselmo Alencar Colares – UFOPA – Brasil

Carlos Lucena – UFU – Brasil

Carlos Henrique de Carvalho – UFU, Brasil

Gelson César Fagiano – Uniube – Brasil

Dermerval Saviani – Unicamp – Brasil

Elmirino Santos Resende – UFU – Brasil

Fabiânia Santana Previtali – UFU, Brasil

Gilberto Luiz Alves – UFMS – Brasil

Inez Stampa – PUCRJ – Brasil

João dos Reis Silva Júnior – UFSCar – Brasil

José Carlos de Souza Araújo – Uniube/UFU – Brasil

José Claudinei Lombardi – Unicamp – Brasil

Luísa Dahmer Pereira – UFF – Brasil

Lívia Diana Rocha Magalhães – UESB – Brasil

Marcelo Caetano Parreira da Silva – UFU – Brasil

Mara Regina Martins Jacomelli – Unicamp, Brasil

Maria J. A. Rosário – UFPA – Brasil

Newton Antonio Paculli Bryan – Unicamp, Brasil

Paulino José Orso – Unioeste – Brasil

Ricardo Antunes – Unicamp, Brasil

Robson Luiz de França – UFF, Brasil

Tatiana Dahmer Pereira – UFF – Brasil

Valdemar Sguassardi – UFSCar – (Apos) – Brasil

Valeria Lucilia Forti – UERJ – Brasil

Yolanda Guerra – UFRJ – Brasil

Pesquisadores Internacionais

Alberto L. Bialakowsky – Universidad de Buenos Aires – Argentina

Alcina Maria de Castro Martins – (I.S.M.T.), Coimbra – Portugal

Alexander Steffanell – Lee University – EUA

Ángela A. Fernández – Univ. Aut. de St. Domingo – Rep. Dominicana

Antonino Vidal Ortega – Pont. Un. Cat. M. y Mé – Rep. Dominicana

Antonio Martínez Rosales – Universidad Popular de Cesar – Colombia

Artemis Torres Valenzuela – Universidad San Carlos de Guatemala – Guatemala

Carolina Crisóno – Universidad de Buenos Aires – Argentina

Christian Hauser – Universidad de Talca – Chile

Daniel Schugurensky – Arizona State University – EUA

Elizet Payne Iglesias – Universidad de Costa Rica – Costa Rica

Elsa Capron – Université de Niômes / Univ. de la Reunión – France

Elvira Aballi Morell – Vanderbilt University – EUA

Fernando Camacho Padilla – Univ. Autónoma de Madrid – Espanha

José Javier Maza Avila – Universidad de Cartagena – Colombia

Hemán Venegas Delgado – Univ. Autónoma de Coahuila – México

Isidre Gjengj – Universidade de Coimbra – Portugal

Iván Sánchez – Universidad del Magdalena – Colombia

Johann von Graffenreid, Instituto Mora – México

Lionel Matos Paz – Universidad Central de Venezuela – Venezuela

Jorge Enrique Elías-Cano – Universidad del Magdalena – Colombia

José Jesús Borjón Nieto – El Colegio de Vera Cruz – México

José Luis de los Reyes – Universidad Autónoma de Madrid – Espanha

Juan Marchena Fernandez – Universidad Pablo de Olavide – Espanha

Juan Paz y Mino Cepeda, Pont. Univ. Católica del Ecuador – Ecuador

Lerber Dímas Vasquez – Universidad de La Guajira – Colombia

Marvin Barahona – Universidad Nacional Autónoma de Honduras – Honduras

Michael Zeuske – Universität Zu Köln – Alemania

Miguel Pérez – Universidad Nova Lisboa – Portugal

Pilar Cagiao Vila – Universidad de Santiago de Compostela – Espanha

Raul Roman Romero – Univ. Nacional de Colombia – Colombia

Roberto González Aranaz – Universidad del Norte – Colombia

Rommy Viales Hurtado – Universidad de Costa Rica – Costa Rica

Rosana de Matos Silveira Santos – Universidad de Granada – Espanha

Rosario Marques Macias – Universidad de Huelva – Espanha

Sérgio Guerra Vilaboy – Universidad de la Habana – Cuba

Silvia Mancini – Université de Lausanne – Suíça

Teresa Medina – Universidade do Minho – Portugal

Tristan MacCoaw – Universit of London – Inglaterra

Victor-Jacinto Flecha – Univ. Cat. N. Señora de la Asunción – Paraguai

Yotel Cordovi Núñez – Instituto de História de Cuba v Cuba – Cuba

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	7
Valeria Forti	
APRESENTAÇÃO	11
1. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA ANÁLISE DA PROFISSÃO E DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	26
1.1. O Serviço Social e a/o Assistente Social: trabalho, trabalha- dora/or e o significado social da profissão	27
1.2. Breve resgate histórico-teórico-metodológico da trajetória do Serviço Social brasileiro e a incorporação do pensamento crítico-dialético	37
1.3. Considerações sobre a política de saúde mental no Brasil.....	56
1.4. As influências teórico-políticas e ideológicas que informam o campo da saúde mental: a desinstitucionalização e a influência pós- moderna.....	65
2. O TRABALHO NOS CAPSIII/CERSAMs E O SERVIÇO SOCIAL.....	87
2.1. A objetividade das condições de trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs	89
2.2. Os impactos das políticas de ajuste fiscal no âmbito da política de saúde mental e nas condições de trabalho de Assistentes Sociais	105
2.3. A organização do processo de trabalho nos CAPSIII/CERSAMs: o trabalho do Assistente Social na saúde mental e suas imbricações com a função do “Técnico de Referência”	125
3. A PROPOSTA DE TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE SOBRE SEUS FUNDAMENTOS.....	150
3.1. O debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental	151
3.1.1. O fundamento da Desinstitucionalização italiana	162
3.1.2. O fundamento do pluralismo	174
3.1.3. O fundamento da crítica ao relativismo pós-estruturalista e	

o pós-moderno e, principalmente, ao radicalismo da esquerda.....	180
3.1.4. O fundamento da fragmentação do saber e das propostas de trabalho interprofissionais no âmbito das Ciências Sociais e sua particularidade no âmbito da saúde mental.....	183
3.1.5. O pluralismo metodológico como fundamento implícito da proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental.....	198
3. O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSIII/CERSAMs E A QUESTÃO DA INCORPORAÇÃO DO PENSAMENTO CRÍTICO-DIALÉTICO	211
CONSIDERAÇÕES FINAIS	241
REFERÊNCIAS	253

PREFÁCIO

A responsabilidade de prefaciar uma obra cuja importância, indubitavelmente, adensará o pensamento crítico nas ciências sociais e humanas é um enorme “peso”, mas, não obstante, recompensado pela gratidão experimentada pela lisonja do convite que me foi dirigido. Dessa maneira, primeiramente, o que me cabe registrar aqui é o meu profundo agradecimento e alegria. O convite feito pela autora desta obra, Cristiane Tomaz, além de proporcionar-me grande alegria pessoal e profissional, uma vez que, por ser fruto de uma relação de significativas trocas intelectuais e também afetivas, é marca da possibilidade do ensino institucionalizado público como um importante vetor na construção de uma outra forma de sociabilidade, caracterizada pelo respeito e o direito de todos, ou seja, pelo respeito concreto ao gênero humano com toda a diversidade que comporta. Portanto, uma forma de sociabilidade possível e tão distante da que ora experimentamos.

A autora se volta ao campo da saúde mental, problematizando a realidade de trabalho do/a assistente social na saúde mental. Com argumentos fundamentais e críticos, focaliza o trabalho do técnico de referência e o campo da política social – um espaço sócio-ocupacional que, sem exclusividade, é predominante ao assistente social, um trabalhador assalariado em um país como o nosso com evidentes tendências profundamente restritivas do capitalismo dependente e periférico. Quadro esse que, com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, foi flagrantemente recrudescido sob o ideário (ultra)neoliberal. Pode ser dito que a referência é a um processo caracterizado pela emersão de forças retrógradas em prol da destruição de um governo legítimo na realidade do que se conseguiu construir como democracia brasileira. A referência é a um projeto que, associado aos interesses do capitalismo internacional, declinou os recursos sociais já verificáveis como

exíguos historicamente em nossa sociedade.¹ Aspectos que exigem estudos, argumentações e encaminhamentos profissionais qualificados, conseguintemente, análises acadêmicas realizadas por intelectuais que, comprometidos com a pesquisa no campo das ciências sociais – do Serviço Social, portanto –, não a desvinculem das exigências do trabalho profissional no cotidiano institucional, das reais necessidades humanas decorrentes das iminentes questões da sociedade brasileira.

Tendo origem na tese de doutoramento defendida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cabe frisar, sinteticamente, que a presente obra aborda, com argumentos substanciais, a política de saúde mental no Brasil, as condições de trabalho do assistente social em tal política, destacando influências teórico-políticas e ideológicas que orientam o campo da saúde mental e, por conseguinte, a atuação de profissionais do Serviço Social na área. A autora mostra tendências que mesclam desde os debates da desinstitucionalização até a influência pós-moderna. Nessa linha de raciocínio, discute as condições de trabalho em instituições voltadas à saúde mental e o significado do trabalho interprofissional, situando e debatendo, com maestria, a questão do pluralismo e do relativismo, o que, partindo dos dados empíricos da pesquisa, lhe serve, particularmente, de fundamento à problematização da incorporação do pensamento crítico-dialético pelos assistentes sociais.

Considerando a experiência italiana iniciada na década de 60 do século passado, a autora traz argumentos importantes sobre a Reforma Sanitária e o movimento da Reforma Psiquiátrica no nosso país. Esse é um movimento da maior importância em prol do combate às precárias condições tanto de trabalho quanto dos recursos de assistência às pessoas com transtornos mentais e às tendentes violências – inclusive a segregação – viabilizadas pelo modelo hospitalocêntrico, até então, institucionalmente prevalente em nossa sociedade.

¹ Cabe destaque à Reforma Trabalhista e a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que alterou a Constituição Brasileira de 1988 e congelou os gastos públicos pelo período de 20 anos.

Em seu estudo, a autora traz também fundamentos que nos permitem refletir criticamente sobre diversos conceitos comumente referidos, seja na reforma psiquiátrica seja no movimento antimanicomial, a exemplo da abordagem de autonomia e de emancipação humana, os quais se relacionam diretamente com os princípios fundamentais que devem alicerçar o trabalho do assistente social. Isso porque esses princípios evidenciam a necessidade de contribuição profissional que vislumbre a superação da sociabilidade burguesa, ou seja, vislumbre a possibilidade de construção de uma sociedade em que a exploração de classe e seus desdobramentos não sejam mais suas características. Essa é uma questão fulcral no trabalho da autora, pode-se até dizer que é um ponto que lhe suscita profunda e contínua inquietação intelectual, uma vez que, ao longo da sua trajetória profissional, seja na política de saúde mental como assistente social, seja como docente de Serviço Social, vem se deparando com a imprecisão da direção teórico-política que informa os aludidos conceitos no âmbito da saúde mental. Dessa maneira, a autora traz à baila a impertinência das críticas à formação profissional do assistente social que têm em conta a crítica da economia política e o pensamento crítico dialético, com a alegação de que não proporcionam recursos teórico-metodológicos e técnico-operativos suficientes e consequentes à intervenção profissional nas instituições voltadas à saúde mental. Tudo o que foi mencionado justifica o porquê de a autora, em face dos valores que informam o Serviço Social, ou seja, a direção social definida, inclusive, nas normativas da profissão defendidas pelos Conselhos de Serviço Social, federal e regionais, e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, voltar-se ao trabalho dos assistentes sociais nos serviços substitutivos ao manicômio – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) –, partindo das formas como os profissionais captam o seu exercício profissional.

A relevância desta publicação é incontestável, pois se volta, e com “ousadia intelectual”, à crítica, por assim dizer, de uma forma de pensamento dominante, que pode estar presente em grande parte do nosso meio profissional, considerando as contradições, concepções,

valores incorporados e normas de conduta experimentados no cotidiano da vida institucional e social.

Dessa maneira, a autora mantém uma perspectiva provocadora ao longo de toda a obra, evidenciando a necessidade da produção de conhecimento sobre o trabalho profissional cotidiano, particularmente em uma sociedade de capitalismo periférico e dependente como o Brasil, em que a alienação e a incipiente da política social são históricas. Não obstante, isso não a conduz ao fatalismo, haja vista sua orientação teórico-ético-política permitir sua compreensão de que não se trata do insuperável, pois não há sociedade insuperável, tampouco instituições refratárias ao trabalho profissional qualificado. Consequentemente, este livro é um trabalho voltado a um universo temático necessário, uma vez que, além de conter argumentos substanciais, suscita uma enormidade de questões acadêmicas e desperta intermináveis polêmicas entre os profissionais do Serviço Social e os de áreas afins. Isso, especialmente, na atualidade, em que o neoconservadorismo acende o facho do anti-intelectualismo, se assenta no recrudescimento da exploração do trabalho, valoriza o pensamento único e amplia discriminações e desigualdades sociais, desumanizando, cada vez mais, a vida social.

Março de 2024

Valeria Forti
Assistente Social e docente da Faculdade de Serviço Social da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto da investigação que realizei para elaboração da tese de doutorado² sobre o trabalho das/os Assistentes Sociais nos serviços substitutivos ao manicômio no estado de Minas Gerais, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III.³

Minha relação com a saúde mental como espaço socio-ocupacional e área de estudo se faz presente desde meados da década de 1990, quando ingressei no mercado de trabalho, como Assistente Social, por meio de uma breve passagem num hospital psiquiátrico e, posteriormente, realizei uma especialização *lato sensu* em saúde mental, pela Escola de Saúde de Minas Gerais (1998). Entretanto, minha maior experiência nesta área deve-se ao trabalho que pude realizar no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Carlos Pereira da Costa, no município de Santos Dumont/MG, entre 2000 e 2007. Tais experiências levaram-me ao aprofundamento da pesquisa sobre esse campo de atuação durante o mestrado que, inicialmente, se deu com a intenção de discutir o trabalho do Assistente Social neste âmbito, a partir das similaridades e congruências entre os projetos da Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Entretanto, uma leitura e um estudo mais consistente e sistemático sobre esse tema, colocaram-me diante de outros questionamentos no campo dos pressupostos éticos e ideopolíticos do Projeto da Reforma Psiquiátrica e do movimento social que a impulsiona, o que me conduziu à discussão na dissertação sobre a “Cidadania do Louco” defendida pelos movimentos que compõem a chamada Luta Antimanicomial.

² Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob orientação da Professora Doutora Valéria Forti.

³ A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, em seu artigo Art. 1º, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Assim sendo, os CAPS III constituem-se em serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, e deve oferecer atenção ambulatorial contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.

Naquela caminhada, ao tentar estabelecer as similaridades e congruências, entre os pressupostos dos dois projetos, comecei a questionar os conceitos de autonomia e de emancipação humana presentes nas produções teóricas, tanto sobre a Reforma Psiquiátrica quanto sobre o Movimento da Luta Antimanicomial e, principalmente, o conceito de cidadania, pois este, em especial, aparece em artigos, relatórios de Encontros, Congressos e Conferências da referida área. Tais conceitos, aparentemente, não se diferenciavam daqueles presentes no atual Projeto Profissional do Serviço Social brasileiro, defendido pela Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Contudo, uma leitura e investigação mais apuradas sobre a temática explicitaram algumas dissimilaridades sobre estes conceitos, uma vez que o Projeto Ético-político do Serviço Social deixa clara a necessidade de construção de outro modelo de sociedade, sem exploração de classe, etnia ou gênero, diferentemente dos referidos conceitos no âmbito da saúde mental que não evidenciam, explicitamente, a direção teórico-política que os informam. A referida investigação ocorreu paralelamente à minha inserção no universo da docência, que se deu inicialmente em universidades privadas, até a consolidação deste trabalho no âmbito público federal, em 2011, quando ingressei como docente efetiva na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Assim, posso afirmar que as reflexões contidas neste livro são fruto das inquietações acadêmico-profissionais vivenciadas ao longo de quase três décadas de formação acadêmica e exercício profissional e de quase duas décadas de docência em Serviço Social.

Minha atuação como docente, em certa medida⁴, esteve sempre vinculada a disciplinas pertencentes ao Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional (ABEPSS, 1996), bem como está relacionada às orientações de trabalhos de conclusão de curso de graduação em Serviço Social relacionados a este núcleo. Além dessas inserções, minha atuação como docente foi marcada pela Supervisão Acadêmica de

⁴ Uma vez que no âmbito das universidades privadas nem sempre é possível direcionar nossa atividade docente para uma determinada área de concentração, devido ao excesso de encargos didáticos destinados para um corpo docente reduzido.

campos de estágio, pelas atividades de Coordenação de Estágio e por pesquisas de iniciação científica. Todas essas experiências acadêmico-profissionais contribuíram, sobremaneira, para o amadurecimento e definição do objeto de estudo da pesquisa que possibilitou a elaboração deste livro.

Tais vivências, estudos e debates trouxeram-me novamente a uma questão que sempre me inquietou desde a graduação: *a relação entre a formação e o exercício profissional*, o que se tornou também objeto de estudo para realização do trabalho de conclusão de curso de graduação, àquela época.

Essa experiência e aproximação com o trabalho da/o Assistente Social no âmbito da política de saúde mental, como descrita acima, colocou-me diante de alguns elementos que, de forma recorrente, são explicitados seja pelos discentes, seja pelos profissionais em campo como, por exemplo, certa dificuldade destes em compreender o trabalho da/o Assistente Social na saúde mental. Dificuldade essa expressa em perguntas simples, como: o que a/o Assistente Social faz na saúde mental? Qual é a particularidade do trabalho nesta área? Além da afirmação de que a formação em Serviço Social não capacita a/o Assistente Social para atuação na saúde mental e, por isso, há necessidade de as/os profissionais buscarem conhecimentos em outras áreas. Ou argumentos sustentados numa crítica à formação acadêmica das/os Assistentes Sociais ancorada no Marxismo, indicando que esta formação não oferece elementos teórico-metodológicos e técnico-operativos suficientes para intervir na saúde mental.

A partir dos anos 2001,⁵ a Reforma Psiquiátrica levou à abertura e expansão da rede de serviços substitutivos ao manicômio e a saúde mental vem se expandindo como espaço sócio-ocupacional para a/o Assistente Social. Entretanto, este é um campo tensionado por lutas e resistências e ainda se constitui como espaço sócio-ocupacional que tem possibilitado a inserção de Assistentes Sociais

⁵ Esta possibilidade se deu principalmente a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, que: *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*

nos serviços substitutivos ao manicômio e desafiado os profissionais a construírem um trabalho de assistência à pessoa com transtorno mental que seja qualificado, coerente com o acúmulo teórico-político do Serviço Social dos últimos 40 anos e com os pressupostos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira.

Por outro lado, paralelamente a esta expansão dos serviços substitutivos, consideramos haver parca produção acadêmica do Serviço Social sobre o trabalho do Assistente Social na saúde mental, ou de produções de Assistentes Sociais que discutam a saúde mental, de forma geral, a partir da crítica da economia política e do pensamento crítico-dialético. As produções teóricas de maior relevância no âmbito da saúde mental, a nosso ver, apontam para elementos que nem sempre coadunam com a direção social definida nacionalmente pelo conjunto CFESS/CRESS e pela ABEPSS, a partir da década de 1990.

Nosso objetivo principal da pesquisa que embasou esta obra foi identificar e problematizar o trabalho realizado por Assistentes Sociais na saúde mental, a partir da forma como estes profissionais captam seu exercício profissional, a fim de apreender se essas/es profissionais incorporam, ou não, o pensamento crítico-dialético e se isso viabiliza ou não uma intervenção profissional crítica nos rumos aludidos pelo atual Projeto Profissional do Serviço Social. Para tal consideramos: o cenário sócio-histórico em que este exercício se realiza e os rebatimentos desse cenário no campo da política social - em especial das políticas de saúde e saúde mental -; a condição de trabalhadora/or assalariada/o das/os Assistentes Sociais e suas condições de trabalho; e as influências teórico-políticas que vêm determinando a direção desse trabalho.

Esta pesquisa foi realizada nas cidades mineiras de Belo Horizonte, Betim, Conselheiro Lafaiete, Divinópolis e Juiz de Fora, onde estão localizados os serviços de saúde mental de base comunitária de maior complexidade que são os CAPS III, conhecidos também em alguns municípios como Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs). Ao todo, foram 09 serviços de saúde mental que

fizeram parte desta pesquisa e um total de 11 Assistentes Sociais entrevistadas/os.⁶

A escolha dos CAPS III justificou-se por serem os serviços de maior complexidade da rede extra-hospitalar da saúde mental, por lidarem com a questão da loucura de adultos e por estarem localizados em municípios que, ou são de médio e grande porte, ou atendem a uma microrregião que, somando seus habitantes, têm o mesmo equivalente. Dessa forma, seguimos orientação metodológica fundamentada no pensamento de Marx a qual afirmar que o entendimento de realidades mais complexas, possibilita a compreensão de outras menos complexas, como demonstra a citação a seguir:

A sociedade burguesa é a mais complexa e desenvolvida organização histórica da produção. As categorias que exprimem as relações desta sociedade, e que permitem compreender a sua estrutura, permitem-nos ao mesmo tempo entender a estrutura e as relações de produção das sociedades desaparecidas, sobre cujas ruínas e elementos ela se ergueu, cujos vestígios ainda não superados continua a arrastar consigo, ao mesmo tempo que desenvolve em si a significação plena de alguns indícios prévios, etc. A anatomia do homem dá-nos uma chave para compreender a anatomia do macaco. (Marx, 1859 s/p)

Assim, partimos dos serviços mais complexos, entendendo que estes apresentam um conjunto de demandas, questões, ações profissionais, limites, possibilidades e determinações que podem ser

⁶ A referida pesquisa seria realizada em sete cidades mineiras, que contam com os serviços substitutivos ao manicômio de maior complexidade, os CAPS III, a saber: Juiz de Fora, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Divinópolis, Santa Luzia. Uberlândia era o único município que desde o início não seria incluído na pesquisa, em função da sua localização geográfica não ser favorável a esta pesquisadora. Ao longo desse período o município de Conselheiro Lafaiete foi inserido na pesquisa em função do seu recente credenciamento como CAPS III, junto ao ministério da Saúde, bem como os municípios de Barbacena e Contagem não fizeram parte da pesquisa, como previsto anteriormente, pelo fato de não contarem mais com o profissional Assistente Social compondo as equipes dos CAPS III, quando da realização das entrevistas. Da mesma forma, deixou de fazer parte da pesquisa também CAPSIII de Santa Luzia, pelo fato de não conseguirmos autorização para realização das entrevistas em tempo. Além disso, o universo de Assistentes Sociais que fariam a parte dessa pesquisa girava em torno de 20 profissionais. Porém, foi possível o contato com aproximadamente a metade desses profissionais em virtude de uma série de fatores alheios à nossa vontade.

norteadoras para a compreensão do trabalho nos outros níveis de complexidade dos serviços de saúde mental.

A construção teórico-analítica que informa esta produção se deu a partir do substrato teórico-metodológico do pensamento crítico-dialético, uma vez que este pensamento possibilita uma maior apreensão da realidade social capitalista nas suas múltiplas determinações. Assim, esta escolha tem relação com a necessidade de rompermos com o modo de pensar dominante, considerando que a abordagem crítico-dialética possui dimensões de uma mesma unidade, a saber: uma concepção de mundo (postura) baseada na forma de desenvolvimento e produção do homem, um método de investigação e uma práxis; vai até a realidade concreta, observa o fenômeno, analisa e reorienta a prática. Sendo um referencial de postura, método e práxis vigentes para a compreensão e superação da realidade concreta estabelecida, destacando as discussões, abordagens, questionamentos numa perspectiva de luta de classes e esta como motor da história na busca pela transformação social. Assim, este pensamento possibilita maior apreensão da realidade social e a captura das mediações existentes na realidade concreta, indo para além do fenômeno aparente, “tentando descobrir o que se esconde, não por detrás dele, mas nele” (Lefebvre, 1955, p.40).

O conhecimento acerca da realidade empírica do trabalho de Assistentes Sociais que atuam na saúde mental em Minas Gerais foi alcançado por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado (ANEXO 1), com abertura para questões e diálogos não previstos no mesmo.⁷ Com esse instrumental, buscamos aproximação e aprofundamento em relação à forma como as/os Assistentes Sociais captam sua intervenção profissional e se isso demonstra a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético por esses profissionais.

Como universo empírico da pesquisa apresentou 09 serviços e 11 Assistentes Sociais, realizamos análise essencialmente qualitativa, considerando sua complexidade, contraditoriedade e sua permanente

⁷ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UERJ, CAAE nº65453217.0.0000.5282 (Anexo II)

transformação. Todavia, não desconsideramos a importância do método quantitativo. Pois, acreditamos que essas análises juntas são complementares e oferecem melhor apreensão da realidade pesquisada. Assim, quando necessário, recorremos ao suporte quantitativo para evidenciar determinados aspectos da realidade pesquisada.

A análise dos dados da pesquisa empírica não esteve focada nas/os Assistentes Sociais, pois não se trata de uma pesquisa sobre estas/es, mas sobre os elementos capturados que dizem respeito à forma como estas/es profissionais compreendem a realidade do trabalho na qual estão inseridas/os, seus desafios, limites e possibilidades e se isso demonstra a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético.

Assim, o material obtido por meio das entrevistas foi objeto de análise de conteúdo após sistematização dos dados coletados. Esta análise se deu, primeiramente, a partir dos seguintes eixos: identificação das/os entrevistadas/os; intervenção profissional; formação acadêmica e o trabalho profissional; relação entre questão social e loucura; e avaliação dos serviços prestados, conforme roteiro utilizado nas entrevistas. Dessa análise, apreendemos algumas categorias analíticas, as quais consideramos centrais para o conhecimento do objeto nos seus aspectos particulares, quais sejam: condições de trabalho; trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs; demandas, objetivos e ações profissionais do Serviço Social na saúde mental. Foi a partir dessa análise que pudemos verificar relativa subsunção do trabalho das/os Assistentes Sociais às requisições institucionais postas pela função, adjetivada por nós de genérica e inespecífica, do “Técnico de Referência”. Tal fato remeteu ao seguinte questionamento: há alguma relação entre esta subsunção e a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelas/os Assistentes Sociais?

As análises que seguem partem de alguns pressupostos teórico-metodológicos acerca do Serviço Social e da política de saúde mental como *locus* onde o trabalho do Assistente Social se realiza.

Quanto ao Serviço Social, partimos de duas perspectivas sobre a profissão: uma que reconhece a atividade realizada pela/o Assisten-

te Social como trabalho e esta/e profissional como trabalhadora/or, inserida/o na divisão social e técnica do trabalho e no universo do valor, como outra/o trabalhadora/or qualquer que vende sua força de trabalho em troca de um salário e está subordinado a um contrato de trabalho e a determinações institucionais que impõem limites para a realização de seu trabalho. Por isso, o significado social dessa profissão só pode ser desvendado no processo de reprodução das relações sociais. E a outra que explica a trajetória sócio-histórica do Serviço Social brasileiro, a partir dos anos 1980, por via da crítica marxista, ou seja, da sua aproximação ao pensamento crítico-dialético. A partir desta perspectiva reconhecemos que o Serviço Social tem se posicionado claramente contrário à ordem burguesa e ao conservadorismo profissional, depurando, com isso, conforme Rodrigues (2002, p.95), os “vícios voluntaristas e fatalistas que marcaram a deflagração do processo de superação do tradicionalismo profissional”. Assim, foi a compreensão crítica da sociedade capitalista, a partir da análise histórica desta sociedade, sob a ótica do pensamento crítico-dialético, que fez com que o Serviço Social pudesse desvendar o seu significado social e não tomasse mais, por exemplo, a subjetividade, no sentido da individualidade fora das relações sociais, como objeto para sua intervenção, mas sim a “questão social”⁸ nas suas múltiplas expressões. Fato este que não exclui a subjetividade dos sujeitos que vivenciam as expressões da “questão social”, tampouco rotula as práticas destinadas à subjetividade como práticas conservadoras, pois entendemos que seria reducionismo fazer uma relação direta entre ambas sem considerar toda complexidade que informa este campo teórico.

⁸ A passagem do século XVIII ao XIX marca a consolidação do modo de produção capitalista e a emergência da “questão social”, vinculada aos desdobramentos sócio-políticos que do início do século XIX - através dos protestos da classe trabalhadora contra a ordem burguesa - constituindo-se numa ameaça real às instituições sociais existentes, cuja anatomia está explícita na **“Lei Geral da acumulação capitalista”**, Capítulo XXIII, livro I d’O Capital. Neste, Marx afirma que a acumulação capitalista *ocasiona uma acumulação de miséria correspondente à acumulação do capital. A acumulação de riqueza num polo é, portanto, ao mesmo tempo a acumulação de miséria, tormento de trabalho, escravidão, ignorância, brutalidade e degradação moral no polo oposto* (Marx, 1984, I, 2:210). Assim, a “questão social” é consequência das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa e não um fenômeno novo. Por isso, nesta perspectiva analítica, não há a possibilidade de superação da “questão social” e, ao mesmo tempo, a manutenção da ordem capitalista.

O que ocorreu com o Serviço Social nesse caminho foi que, a partir da busca pela ruptura com o tradicionalismo e pela incorporação do marxismo, esta profissão mudou seu objeto de intervenção, que se deslocou do âmbito do indivíduo, independente do contexto social, para o âmbito da “questão social” nas suas múltiplas expressões, vivenciadas pelos indivíduos sociais numa totalidade social. Ao mesmo tempo isso significa que “ao atuar nas diferentes expressões da questão social, o/a assistente social, sintonizado com o projeto ético-político profissional, não deve abstrair os indivíduos da complexidade das relações sociais em que estão inseridos, em suas dimensões objetivas e subjetivas” (CFESS, 2010c, p.12).

Quanto aos pressupostos política de saúde mental, partimos do reconhecimento do avanço alcançado pela atual política de saúde mental no Brasil, desde as últimas décadas do século passado, com a substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária e abertos que pudessesem - em conjunto e em articulação com outras políticas públicas - substituir o modelo manicomial de assistência à pessoa com transtorno mental. Entretanto, esta política vem sofrendo as consequências das políticas econômicas de ajuste fiscal em curso, que têm impactado nos serviços prestados pelas unidades de saúde mental. Nesse sentido, de forma alguma, qualquer crítica em relação à Reforma Psiquiátrica brasileira tem por trás a defesa pelo retorno dos hospitais psiquiátricos. Muito pelo contrário, toda crítica tem por intenção contribuir para uma análise lúcida e clara da realidade, sem romantismos ou idealizações em torno da “Reforma”. Acreditamos que uma análise crítica é instrumento fundamental para uma intervenção consciente e comprometida com a classe trabalhadora, principal interessada nos rumos dessa política.

Nesse sentido, concordamos com Rodrigues (2002), quando afirma que tanto a política de saúde mental, como o Serviço Social, vem somando conquistas significativas nas últimas décadas do século XX. Tais conquistas alinharam a saúde mental, sob influência da psiquiatria democrática italiana, com o pensamento crítico e com

posturas progressistas. Assim como o Serviço Social, alinhado ao pensamento marxista, construiu um Projeto Profissional, conhecido no interior da categoria como Projeto Ético-Político, alinhado com o pensamento crítico-dialético. Contudo, há que se destacar que esta profissão vem lutando para garantir certa hegemonia deste projeto, em tempos de retomada do conservadorismo.

Por seu turno, a saúde mental, através da Reforma Psiquiátrica, vem construindo uma nova prática na assistência à pessoa com transtorno mental, realizada através dos serviços substitutivos ao manicomio e da incorporação dos familiares no tratamento e na luta pela extinção do hospício e do modelo manicomial, bem como através do reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos. Conforme Forti (2013, p.49), “a expressão sujeito de direitos, tão utilizada pelos profissionais do Serviço Social, ao se referirem àqueles que atendem em seu trabalho, tem configuração histórica e pode não ultrapassar a lógica formal do direito positivo”. Ou seja, os direitos de cidadania são compatíveis com a ordem burguesa. Encontramos em Marx, na sua obra *A questão judaica* (200?), os elementos fundantes para a discussão dos direitos humanos e da emancipação humana na sociedade burguesa e os limites desses direitos no interior desta sociedade. Também em Marshall (1967), estão presentes os elementos que confirmam a compatibilidade dos direitos sociais com a ordem burguesa. Assim, a conquista dos direitos civis e políticos e, posteriormente a Marx, dos direitos sociais, apesar de representarem de um lado conquistas da classe trabalhadora, de outro entende-se que tais conquistas não ultrapassam os limites estabelecidos pela ordem burguesa.⁹

Diante do exposto, indicamos alguns questionamentos norteadores da pesquisa que deu origem a este livro: o trabalho construído pelas/os as/os Assistentes Sociais no interior dos serviços de saúde mental estaria refletindo o acúmulo teórico-metodológico, ético-político, técnico-interventivo e jurídico-formal do Serviço Social dos

⁹ A esse respeito, temos discussão mais aprofundada em nossa dissertação de mestrado (TOMAZ, C. S. *A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da Luta Antimanicomial*. Dissertação de Mestrado. UFJF, 2009).

últimos 40 anos? Além disso, quais as influências teórico-metodológicas e ideopolíticas estariam influenciando a construção e realização do trabalho da/o Assistente Social no âmbito da saúde mental?

Tais questionamentos estão ancorados em discussões travadas anteriormente em relação à identificação de forte influência pós-moderna orientando o campo da saúde mental no Brasil, embasando o ideário e a prática da saúde mental no Brasil (Rodrigues, 2002 e 2006 e Tomaz, 2009). Esta direção vai de encontro ao Projeto Profissional do Serviço Social, orientado pela teoria social marxista, na medida em que as teorias pós-modernas privilegiam uma postura anti-iluminista, negando o discurso racional e científico; a fragmentação em detrimento da totalidade; a individualização em detrimento das relações entre as classes; a supervalorização da subjetividade, que se sobrepõe à objetividade da vida material; a recusa da totalidade e da objetividade da vida material; e a promoção de um “neoirracionalismo”.¹⁰

Assim, conforme pudemos verificar a partir da pesquisa empírica, o trabalho em equipe realizado nos serviços de saúde mental está organizado numa determinada perspectiva de trabalho interdisciplinar, a partir da qual as requisições institucionais postas pela função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência” ganha centralidade. Nesta perspectiva, as particularidades de cada profissão estão subsumidas à função genérica onde “todos” fazem “de tudo”. No entanto, conforme abordaremos ao longo deste livro, esse “todos” exclui a categoria dos médicos em todos os serviços e em alguns, exclui também a dos enfermeiros. Porém, todas/os as/os Assistentes Sociais entrevistadas/os afirmaram desempenhar funções como “Técnicos de Referência”.

Conforme demonstraremos, as requisições postas às-aos profissionais que assumem a função de “Técnico de Referência” - pela forma como essa função tem sido desempenhada pelas equipes de

¹⁰ Termo cunhado por Rouanet (1987, p. 14) para designar um irracionalismo diferente do passado, na medida em que exprime uma ideia de "esquerda", bem como é a primeira vez que o irracionalismo penetra um determinado campo da esquerda.

trabalho -, estão vinculadas a uma escuta individualizada dos usuários dos serviços e a um acompanhamento de caráter terapêutico e subjetivista. Essas requisições têm imposto à/-aos Assistentes Sociais a necessidade de adquirirem conhecimentos em Psicanálise e Psicopatologia, o que contraria a atual direção social da profissão e as legislações que regulam o exercício profissional.

A direção social assumida pela categoria nos últimos 40 anos, que se desdobrou do veio mais crítico do Movimento de Reconceituação Latino-Americano, diverge dessa perspectiva de trabalho subjetivista. Esta direção social crítica, ao contrário, considera como objeto de intervenção do Assistente Social a materialidade da vida dos usuários. Com isso, não se trata de desconsiderar a dimensão subjetiva, mas de compreender que a subjetividade, numa perspectiva individualista, dissociada das relações sociais não se configura como objeto do trabalho de Assistentes Sociais, mesmo reconhecendo que o resultado desse trabalho tenha impactos na dimensão subjetiva dos usuários do Serviço Social.

Alertamos que esta subsunção do trabalho como Assistentes Sociais à requisições institucionais postas pela função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência” pode indicar possível risco da perda desse espaço sócio-ocupacional, uma vez que, de acordo com os relatos, não foi possível identificar a existência de um trabalho construído pelas/os Assistentes Sociais que se diferencie do trabalho realizado por outros profissionais que compõem as equipes interprofissionais, descaracterizando o trabalho profissional. Diante disso, questionamos a qualidade dos serviços prestados aos usuários que ficam, muitas vezes, sem o atendimento do Serviço Social nos serviços de saúde mental, tendo em vista que a prioridade nestes serviços é a realização das requisições institucionais postas pela função de “Técnico de Referência”, que se circunscrevem ao acompanhamento geral dos usuários nos referidos serviços e se sobreponem às particularidades profissionais. Isto porque as funções requisitadas às/aos Assistentes Sociais como “Técnicos de Referência”, pelas instituições, ocupam a maior parte de sua carga horária semanal de trabalho, o que faz com

que os usuários, em determinadas situações, sejam encaminhados para as/os Assistentes Sociais que atuam nos serviços da atenção básica. Nestes serviços, sejam eles da política de Saúde ou da política de Assistência Social, os usuários podem ter atendidas suas demandas por orientações e encaminhamentos para benefícios, programas, projetos e políticas sociais. Tal fato, é relatado pelas/os profissionais com pesar, uma vez que reconhecem que estas deveriam ser atribuições do Serviço Social nos serviços de saúde mental, mas, em função da organização do trabalho em equipe, da forma como vem sendo feita pelos serviços, estas atribuições não são consideradas como prioridades no trabalho das/os Assistentes Sociais na saúde mental.

É preciso deixar claro que entendemos não se tratar de uma escolha direta das/os Assistentes Sociais por essa forma de organização do trabalho em equipe e pelas requisições inerentes a esta e, portanto, as consequências não são de responsabilidade somente destas/es profissionais, mas são das equipes (que incluem as/os Assistentes Sociais) e dos serviços que adotaram tal modelo. Entendemos também que esse modelo de atendimento apresenta aspectos positivos e negativos, como relatado pelas/os Assistentes Sociais, como será demonstrado e problematizado ao longo dessa obra.

Apesar da incorporação da função de “Técnico de Referência”, da forma como é determinada pela organização do trabalho, as/os Assistentes Sociais têm algumas críticas e questões em relação a esta função. No entanto, percebemos também que essas críticas estão circunscritas a uma rasa concepção de trabalho em equipe, à gestão dos serviços e à política de saúde mental dos municípios. Tais críticas não alcançam o nível da legislação que regulamenta o exercício profissional da/o Assistente Social, que estabelece as competências e atribuições privativas, por exemplo; tampouco extrapolam os limites dos muros institucionais. Acreditamos que esta crítica precisa alcançar os níveis macrossocietário, teórico-metodológico, ideopolítico da política de saúde mental, da organização do trabalho em equipe dos CAP-

SIII/ CERSAMs e da profissão do Serviço Social, incluindo seu arcabouço jurídico-formal.

Contudo, mesmo que o trabalho das/os Assistentes Sociais na saúde mental, como “Técnicos de Referência”, não seja uma escolha direta destes, há uma direção social dada pelas/os profissionais ao seu trabalho. Pensamos que a opção por esta direção social não pode ser aleatória e estar acima do estatuto profissional da/o Assistente Social e de toda legislação que regulamenta seu exercício profissional.¹¹

Por outro lado, poderíamos pensar que a centralidade da requisição institucional como “Técnico de Referência” aporta condição favorável para o Serviço Social na saúde mental e que os Assistentes Sociais podem conquistar mais espaço dentro dos serviços, como, por exemplo, na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do matriciamento.¹² Contudo, estas possibilidades estão relacionadas à construção de uma intervenção a partir das competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-interventivas do Assistente Social em consonância com a legislação profissional em vigor. Contradicitoriamente, as/os Assistentes Sociais afirmam que as “demandas sociais”, como dizem, são explícitas nos serviços de saúde mental.

Estruturamos a apresentação deste livro da seguinte forma: no primeiro capítulo apresentaremos “Os pressupostos teórico-metodológicos da análise do Serviço Social e da Política de Saúde Mental”. Neste capítulo, primeiramente, faremos um caminho por dentro do Serviço Social, no qual apresentaremos uma discussão acerca do Serviço Social, da/o Assistente Social como trabalhadora/or e do significado social da profissão; alguns elementos sobre a trajetória

¹¹ Como, por exemplo, a Lei 8.662; o Código de Ética Profissional (1993); a resolução CFESS Nº 569/2010, que dispõe sobre a vedação de práticas terapêuticas associadas ao título de Assistente Social; a resolução do CFESS Nº 572, de 25 de maio de 2010, dispõe sobre questões relativas aos cargos genéricos assumidos pelos Assistentes Sociais, em diversos espaços sócio-ocupacionais.

¹² Matriciamento ou apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), constitui-se num modo colaborativo de produzir saúde a partir da relação entre saúde mental e a atenção primária. Esta proposta tem por objetivo transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde - baseadas em encaminhamentos, referências e contra-referências, protocolos e centros de regulação, que são normalmente burocratizadas, - em ações horizontais que possam integrar os diferentes níveis assistenciais.

sócio-histórica do Serviço Social e sua relação com o pensamento crítico-dialético. Posteriormente, algumas considerações acerca da atual política de saúde mental, bem como problematizaremos as influências teórico-políticas e ideológicas que informam o campo da saúde mental no Brasil e sua relação com a pós-modernidade.

No segundo capítulo, considerando os elementos capturados a partir da pesquisa empírica, apresentaremos a discussão sobre o trabalho nos CAPSIII/CERSAMs e o Serviço Social, no qual problematizaremos as condições objetivas para realização do trabalho das/os Assistentes Sociais nos referidos serviços e sua relação com o atual contexto de políticas de ajuste fiscal e os impactos desta política no âmbito da política de saúde mental; bem como apresentaremos e problematizaremos a organização do trabalho nos CAPSIII/CERSAMs, o trabalho da/o Assistente Social e suas imbricações com as requisições institucionais postas pela função do “Técnico de Referência”.

No terceiro capítulo, será apresentada problematização acerca da proposta de trabalho interprofissional¹³ no âmbito da saúde mental e seus fundamentos, tendo em vista que a centralidade das requisições institucionais postas pela função do “Técnico de Referência”, desempenhada pelas/os Assistentes Sociais, encontra substrato na conceção de trabalho interprofissional que se apresentou de forma hegemônica nos serviços pesquisados.

No quarto e último capítulo apresentaremos discussão acerca do trabalho de Assistentes Sociais nos CAPSIIQCERSAMs de Minas Gerais e a questão da incorporação do pensamento crítico-dialético, se isso viabiliza ou não numa intervenção profissional afinada com a direção social crítica assumida por parte significativa da categoria, a partir do veio mais crítico do Movimento de Reconcepção do Serviço Social, a intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional.

¹³ Ao longo desse livro utilizaremos o termo interprofissional, para designar o trabalho realizado por uma equipe composta por profissionais de áreas diversas; o termo interdisciplinar ou inter/transdisciplinar quando se tratar dessa modalidade específica das equipes interprofissionais.

1.

PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA ANÁLISE DA PROFISSÃO E DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Neste capítulo apresentaremos a perspectiva de análise acerca da profissão e da política de saúde mental no Brasil, a partir dos pressupostos teórico-metodológicos e ideopolíticos que orientaram a pesquisa, tendo seu aparato na obra marxiana e na tradição marxista. Uma investigação sobre o trabalho da/o Assistente Social deve levar em conta tanto o acúmulo teórico-metodológico, ético-político, técnico-interventivo da profissão e jurídico-formal, considerando sua inscrição no universo do valor, quanto a trajetória sócio-histórica e as particularidades teórico-metodológicas e ideopolíticas do âmbito de atuação no qual a/o Assistente Social está inserido. Desse modo, podemos capturar as mediações existentes na interseção entre esse acúmulo e as determinações político-institucionais, como condicionantes para a realização do trabalho do Assistente Social. Por isso, neste capítulo, apresentaremos discussão sobre a profissão - sob a ótica do seu significado social, considerando o processo de reprodução das relações sociais e o Serviço Social - e o trabalho do Assistente Social.

A perspectiva de análise em relação à profissão parte da compreensão do significado social do Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais burguesas, a fim de compreendermos que o trabalho do Assistente Social está inscrito neste processo de produção e reprodução da vida social. Pelas suas condições objetivas, esse processo impõe limites explícitos para o exercício profissional em qualquer época histórica.

Apresentaremos breve resgate histórico-teórico-metodológico da trajetória do Serviço Social brasileiro, a partir de sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a fim de discutirmos o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão, dos últimos 40 anos, que estão explicitados na vasta produção teórica

da profissão e sobre a profissão, desde os anos de 1980, bem como no seu arcabouço jurídico-formal expresso nas Diretrizes Gerais para os Cursos de Serviço Social (CRESS, 2004), no Código de Ética do Assistente Social (1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão, Nº 8.662 (1993).

Posteriormente, apresentaremos algumas considerações acerca da trajetória sócio-histórica da política de saúde mental, sob o ângulo do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apresentando breve levantamento de dados a respeito da condição atual desta política social, bem como apresentaremos problematização acerca de algumas influências teórico-políticas e ideológicas que informam o campo da saúde mental no Brasil, tanto pela perspectiva da proposta de Desinstitucionalização italiana como pelas influências do pós-modernismo neste campo.

1.1. O Serviço Social e a/o Assistente Social: trabalho, trabalhadora/or e o significado social da profissão

Falar sobre o trabalho da/o Assistente Social nos remete, inevitavelmente, a pensar o Serviço Social como profissão inserida na divisão sóciotécnica do trabalho. Portanto, a/o Assistente Social como trabalhadora/or coletivo, com relativa autonomia, inserido em processos de trabalho.

Partiremos do entendimento de que a profissão está inserida no processo de reprodução das relações sociais e que seu significado social só pode ser desvendado a partir de sua inserção na sociedade, isto é, identificar que suas demandas, atribuições e funções só ganham sentido se correlacionadas com o contexto sócio-histórico a que pertence (Iamamoto, 2005). Na tradição marxista, o conceito de reprodução social refere-se ao modo como as relações sociais são reproduzidas, ou seja, a reprodução das relações sociais expressa a totalidade da vida social, no que tange tanto à reprodução da vida material quanto espiritual.

Nesse sentido, a discussão sobre a profissão passa pela compreensão da realidade social a partir da perspectiva crítico-dialética, de caráter histórico ontológico, donde se reconhece que o Serviço Social possui uma dimensão eminentemente política (Iamamoto, 2005), por se tratar de uma profissão cujo exercício profissional se dá no contexto da relação entre o capital e o trabalho. Isto faz com que o profissional tenha sua intervenção polarizada pelos interesses de classes antagonicas. Assim, a/o Assistente Social participa tanto da reprodução dos interesses de manutenção do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência dos trabalhadores. Nessa perspectiva analítica, consideramos que o trabalho da/o Assistente Social se insere no contexto das determinações sócio-históricas da sociedade capitalista, o que significa dizer que não há um processo de trabalho da/o Assistente Social e sim a inserção da/o Assistente Social em processos de trabalho, que se alteram em decorrência do tempo histórico; das particularidades das demandas (como as novas expressões da “questão social”); e das condições sócio-históricas, incluindo aí a natureza das organizações onde esse processo de trabalho se gesta, sejam elas públicas, privadas com fins-lucrativos ou não.

Assim, compreender que a/o Assistente Social se insere em processos de trabalho supera aquelas mistificações de que a/o “Assistente Social não pode nada, ou de que pode tudo”. Quer dizer que é a partir da análise das condições reais nas quais este trabalho se realiza que torna possível uma compreensão da profissão, dos seus limites e suas possibilidades no atual ordenamento societário. Dessa monta, o trabalho da/o Assistente Social é tratado de forma indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas em tempo de financeirização do capital, de políticas de caráter ultra neoliberal e de retomada do conservadorismo.

É nesta direção que sentimos a necessidade de trazermos à tona a discussão sobre o significado social da profissão na sociedade capitalista, situando-a no processo de reprodução das relações sociais para que, assim, possamos compreender como esta profissão se insere

em processos de trabalho. E, ainda, porque a consideramos como trabalho e a/o Assistente Social como uma/um trabalhadora/or assalariada/o que vende sua força de trabalho, tornada mercadoria, em troca de um salário e subordinado a um contrato de trabalho determinado pela instituição ao qual está vinculado, que impõe limites explícitos para o exercício profissional.

Assim, conforme salienta Iamamoto (2005) compreender o Serviço Social no movimento de reprodução da sociedade, significa compreender que esta profissão

Responde tanto às demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação do seu oposto. [Nesse sentido, a profissão] participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade dá resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história (Iamamoto, 2005, p.74).

Ou seja, significa compreender o Serviço Social no interior da dinâmica das relações sociais, e que o lugar que ele ocupa na malha da reprodução social transcende a compreensão de projetos profissionais distintos, divergentes, hegemônicos etc. Em total acordo com Iamamoto (2005), seja qual for o projeto profissional em questão é esse o lugar que o Serviço Social ocupa: a profissão atende tanto aos interesses do capital como do trabalho pela mediação do seu oposto. O que vai diferenciar a atuação profissional em relação ao projeto profissional é que o profissional poderá ser por ao lado dos interesses de uma classe ou de outra.

Entretanto, para avançarmos nesta discussão, precisamos compreender o processo de reprodução das relações sociais capitalistas. Para tal compreensão, buscamos em Marx e em Iamamoto os elementos necessários para situarmos o Serviço Social neste processo de reprodução das relações sociais.

Em sua obra *Trabalho Assalariado e Capital*, Marx (1982, p. 156) afirma que “o capital é uma relação social de produção. É uma relação

burguesa de produção, uma relação de produção da sociedade burguesa". Em tal relação, os homens - e mulheres - estabelecem relações uns com os outros e é por meio dessas relações sociais, mediadas pelo trabalho, que estes mesmos homens - e mulheres - efetuam a produção. Isso quer dizer que toda relação de produção é também uma relação social, ou melhor, é uma relação social de produção. Assim, "as relações de produção na sua totalidade formam aquilo a que se dá o nome de relações sociais, a sociedade, e na verdade uma sociedade num estágio determinado, histórico, de desenvolvimento, uma sociedade com carácter peculiar, diferenciado" (*ibid.* p.156). Quer dizer, então, que toda produção é historicamente determinada, o que lhe confere características particulares que a caracterizam de acordo com as condições sócio-históricas estabelecidas. Portanto, sua reprodução social passa pela reprodução da sua totalidade, enquanto sociedade, ou relação social, ou seja, a reprodução das relações sociais de produção, com todas as suas particularidades, antagonismos, contradições e necessidades.

A produção capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção (Iamamoto, 2005 p.30).

A reprodução social se dá, então, tanto na dimensão material da vida social quanto espiritual, ou seja, "das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas ou filosóficas, através das quais se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção" (Iamamoto, 2005, p. 72). Neste processo de produção, se reproduzem tanto as condições materiais de produção quanto as ideias e representações que expressam essas relações (*Ibid*, p.30). Em se tratando da produção capitalista, o capital não é uma coisa, mas sim uma relação social de produção de um lado e, do outro, no seu polo oposto, e fundamental, encontra-se o trabalho assalariado.

Há uma constante mistificação do capital com as coisas materiais, como se as relações sociais capitalistas fossem relações sociais entre coisas. Esta mistificação se deve ao fato de que o capital se expressa, na superfície da sociedade, através da mercadoria e do dinheiro, que, por sua vez, encobrem sua substância real: que este [o capital] é uma relação entre classes sociais antagônicas e não entre coisas materiais.

É através da análise da mercadoria, enquanto expressão do capital, que Marx afirma ser o capital uma relação social. Marx faz isso desmistificando a “forma” mercadoria, uma vez que a comprehende enquanto portadora de valor de uso e valor, apesar desta assumir a forma de valor de troca. Em sua obra “O Capital”, Marx (1985, p.45) inicia sua exposição analítica sobre o funcionamento da sociedade capitalista, partindo do seu pressuposto - a mercadoria -, afirmando que “a riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece como uma ‘imensa coleção de mercadorias’, e a mercadoria individual como sua forma elementar”. A mercadoria é ao mesmo tempo condição e produto desse modo de produção, como demonstra com a citação a seguir: “as mercadorias são [...] elementos da produção capitalista e são produto da mesma, são a forma sob a qual reaparece o capital no término do processo de produção” (Marx, 2004 p.139), ou dito de outra forma, “se considerarmos as sociedades de produção capitalista desenvolvida, vemos que a mercadoria nelas surge como condição de existência e pressuposto elementar do capital e simultaneamente como resultado do modo de produção capitalista” (Marx, 2004 p.141).

Partindo dessa premissa, Marx identifica os dois fatores que compõem toda mercadoria, inclusive a força de trabalho tornada mercadoria: seu valor de uso e seu valor. Assim, de acordo com Marx, possui valor de uso tudo aquilo que satisfaz necessidades humanas, independente se sua natureza é material ou espiritual. E o valor, que é “o que há em comum, que se revela na relação de troca ou valor de troca da mercadoria, é, portanto, seu valor” (Marx, 1985 p.47). Esse elemento comum é o trabalho humano abstrato.

Nesse sentido, é a quantidade de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso que, em última instância, determina a grandeza de seu valor. Portanto, é o trabalho humano abstrato que constitui a substância e a grandeza do valor. A forma de medir este valor se dá por meio do tempo médio de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria, isto é, o tempo de trabalho requerido sob as condições normais de uma dada sociedade com o grau médio de destreza e intensidade do trabalho. Assim, as “mercadorias que contêm as mesmas quantidades de trabalho ou podem ser produzidas no mesmo tempo de trabalho, têm, portanto, a mesma grandeza de valor” (Marx, 1985 p.48).

Dessa forma, quanto maior é a força produtiva de trabalho de uma dada sociedade - constituída pela força de trabalho, pelos insumos para produção, por instrumentos e tecnologias, ou seja, por tudo aquilo que concorre para a produção -, menor será o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria, ou seu inverso. Com isso, tem-se que o trabalho é a substância do valor e o tempo de trabalho, a medida de grandeza desse valor. Um produto que satisfaça apenas a necessidade de quem o produz possui valor de uso, mas não possui valor. Para que possua valor é preciso que tenha valor de uso para outra pessoa, ou seja, que tenha valor de uso social. Esse valor vai ser corporificado na forma valor de troca. Quer dizer que é por meio da troca que o produto, com valor de uso, torna-se mercadoria. Assim, o trabalho contido no produto só tem valor, só faz esse produto tornar-se mercadoria, se ele tiver utilidade social e for objeto de troca.

O trabalho representado nas mercadorias é possuidor de valor de uso e de valor, assim como qualquer outra mercadoria. Nesse sentido, o valor de uso do trabalho está representado no trabalho útil ou trabalho concreto/útil, e seu valor, que é o trabalho abstrato, está representado no trabalho social em geral, que por sua qualidade abstrata, como dispêndio da força de trabalho, é aquele que adiciona valor à mercadoria. Conforme Marx (1985, p.53) “todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido

fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual ou trabalho humano abstrato gera o valor da mercadoria. Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nessa qualidade de trabalho concreto útil produz valores de uso.”

Nessa direção, o trabalhador com sua força de trabalho em ação produz um valor de uso particular que não sofre nenhuma alteração em sua natureza se o faz para o capitalista ou para si mesmo, quer dizer, enquanto trabalho concreto/útil sua natureza não varia. Para Marx (1985, p.149) “o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. [...] a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Assim sendo, a mercadoria não pode ser tomada como mero produto da produção material, mas como produto de uma relação social de produção. Dessa forma, Marx desvenda as relações sociais que estão encobertas na forma mercadoria, identificando a produção como produção social e não apenas como produção material. Ele traz à tona os sujeitos que estão por trás das formas econômicas, seus interesses contraditórios e seus antagonismos de classes.

Iamamoto (2005, p.65) afirma que “a produção e reprodução da riqueza material, inseparável da criação e recriação das formas sociais de que se reveste, é um processo eminentemente social. É indissociável das relações sociais que na era do capital têm como agentes fundamentais os capitalistas e trabalhadores assalariados, considerados não apenas individualmente, mas como representantes de classes sociais antagônicas.” Nesse sentido, o entendimento da reprodução das relações sociais passa pelo entendimento da “reprodução da totalidade da vida social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade” (Ia-

mamoto, 2005, p.72). Assim, concordamos com a autora quando afirma que “todo espaço ocupado pelo capital se torna ‘lugar’ da reprodução das relações sociais [...] tanto aqueles onde a mais-valia é produzida, quanto aqueles em que ela se reparte e é realizada” e ainda que é preciso “assumir a reprodução das relações sociais como um problema a ser elucidado, evitando que se transforme em rotina como se fosse uma questão dada” (Iamamoto, 2008, p.50). Para ela, Marx não esgota a questão em relação ao tema da reprodução das relações sociais. Ao contrário, ele oferece os elementos fundantes da noção de reprodução social, e que como tal é historicamente determinada. Se partirmos desse entendimento histórico, levamos a cabo a necessidade de manter viva a análise do tema de acordo com as condições sócio-históricas do contexto objeto de análise, mantendo aquilo que é inerente à produção capitalista e atualizando-a com novas determinações que foi adquirindo ao longo de seu desenvolvimento.

A redução da análise do trabalho na sociedade capitalista ao trabalho concreto e a segmentação entre produção - restrita à esfera fabril - e reprodução - reduzida à reprodução da força de trabalho - são duas versões equivocadas acerca da discussão da reprodução das relações sociais. Na primeira, é retirado do trabalho todo seu componente histórico, enquanto trabalho abstrato na sociedade burguesa - *lócus* da produção de valor e de mais-valia; e na segunda, que de certa forma deriva do reducionismo da primeira, a reprodução é tomada como reprodução da força de trabalho fora da esfera fabril, como se produção e reprodução fossem dois momentos distintos do processo reprodução do capital e não, como Marx (1985) afirma, que “essas relações, são, por um lado, pressupostos e, por outro, resultados e criações do processo de produção capitalista: são por ele produzidos e reproduzidos” (Iamamoto, 2008, p.56).

Esta dissociação entre produção e reprodução, segundo Iamamoto (2008), é típica da economia política clássica, a partir da qual os economistas não captavam o caráter específico do trabalho, por tratá-lo apenas pela ótica do valor de uso. O mesmo vem sendo feito por intelectuais da tradição marxista ao considerarem o trabalho,

apenas, a partir da perspectiva ontológica, que, apesar de fundamental, é insuficiente para dar conta das particularidades adquiridas pelo trabalho na produção capitalista. Daí vem a reiterada e equivocada afirmação de que o Serviço Social está situado na esfera da reprodução social.

Para Marx (1984), a economia política clássica, ao tratar a produção de mais-valia como a característica decisiva do trabalhador produtivo, afina sua compreensão em relação ao trabalho produtivo, como restrito à esfera produtiva, à compreensão dos fisiocratas de que a mais-valia existe exclusivamente na forma da renda fundiária e por isso, para eles, somente o trabalho agrícola seria produtivo. Assim, entende-se que com o desenvolvimento do modo de produção capitalista é a *capacidade de trabalho socialmente combinada* que se converte no agente da produção e não o trabalhador individual. Esse modo de produzir combinado forma o trabalhador coletivo - este sim é o agente da produção. Isso faz com que os diversos trabalhadores individuais num mesmo processo de produção, independente se “um trabalha mais com as mãos e outro com a cabeça, [...] temos que são cada vez em maior número as funções da capacidade de trabalho incluídas no conceito imediato de trabalho produtivo” (Marx, 2004 p.110), estejam estas funções mais próximas ou mais distantes do trabalho manual direto.

Contudo, há que se fazer uma diferenciação importante em relação ao trabalho produtivo para que não caiamos em armadilhas vulgares na sua interpretação. Todo trabalhador produtivo é assalariado, mas nem todo trabalhador assalariado é produtivo. Tudo vai depender do processo de trabalho no qual este trabalhador está inserido. Se for num processo de trabalho que gere valores de troca, o consumo da força de trabalho será um consumo produtivo (de valor). Caso contrário, a compra dessa força de trabalho (trabalho assalariado) se dará na esfera do consumo improdutivo. Aqui o dinheiro funciona apenas como meio de circulação, como rendimento e não como capital, que se autovaloriza. Por isso, não é o conteúdo do trabalho que determina se este é produtivo ou improdutivo, pois

trabalhos que possuem conteúdos idênticos podem ser produtivos ou não. Confundir trabalho assalariado com trabalho produtivo favorece ao obscurecimento da compreensão do processo de produção capitalista enquanto produção de mais-valia - produto específico do processo capitalista de produção, que “[...] é um processo que absorve trabalho não pago, que transforma os meios de produção em meios para sugar trabalho não pago” (Marx, 2004, p.115) -, como processo de autovalorização do capital, condição para o desenvolvimento capitalista de produção.

No modo de produção capitalista, a produção não é destinada apenas para a produção de mercadorias, estas se constituem, na verdade, enquanto um meio para a produção de valor, através da expropriação da mais-valia do trabalhador. Assim, só é produtivo, para o capitalista, o trabalhador que produza mais-valia ou sirva para a autovalorização do capital, não implicando com isso a compreensão de trabalho produtivo apenas entre atividade e efeito útil, mas sim se tal atividade faz parte de um processo de trabalho cujo trabalho coletivo seja produtivo de mais-valia e não a atividade individual realizada isoladamente pelos trabalhadores. Marx (1984) ainda exemplifica o trabalho produtivo de forma inquestionável: “Se nos for permitido escolher um exemplo fora da esfera da produção material, então um mestre-escola é um trabalhador produtivo, se ele não apenas trabalha a cabeça das crianças, mas extenua a si mesmo para enriquecer o empresário. O fato de que este último tenha investido seu capital numa fábrica de ensinar, em vez de numa fábrica de salsichas, não altera nada a relação” (Marx, 1984 p.105).

Diante disso, Marx elenca três fontes que informam a compreensão equivocada de trabalho produtivo e improdutivo, a partir do seu conteúdo material, quais sejam:

- 1) Da concepção fetichista, [...] segundo a qual há determinações econômicas formais, como por exemplo, mercadoria, trabalho produtivo etc., que constituem uma qualidade inerente em si, e para si, aos depositários destas determinações formais ou categorias.

- 2) Do fato de que, se se considerar o processo de trabalho enquanto tal, só é produtivo o trabalho que desemboca num produto (produto material, já que aqui se trata apenas da riqueza material);
- 3) Que no processo real da reprodução – considerando seus verdadeiros elementos – com respeito à formação etc., da riqueza, existe uma grande diferença entre o trabalho que se manifesta em artigos reprodutivos e o que se manifesta em meros artigos santuários (*luxuries*. Ing.) (Marx, 2004, p. 117-118).

Esta citação acima esclarece a compreensão de trabalho produtivo na sociedade capitalista, superando as abordagens reducionistas e equivocadas. Tais abordagens percorrem os vários marxismos no campo das Ciências Sociais e, em especial no Serviço Social, que têm impactos diretos na compreensão acerca do exercício profissional da/o Assistente Social.

Diante dessa compreensão de como o Serviço Social se insere no processo de reprodução das relações sociais capitalistas, é que defendemos o exercício profissional da/o Assistente Social como trabalho e a/o Assistente Social como trabalhadora/or assalariada/o, esteja inserido em processos de trabalho produtivos ou improdutivos. Isto nos fornece elementos para refletirmos sobre as possibilidades e os limites do trabalho da/o Assistente Social, conforme será apresentado ao longo deste livro.

Dando sequência à nossa proposta de discutir o trabalho da/o Assistente Social na saúde mental a partir dos elementos teórico-metodológicos e ideopolíticos que fundamentam o Serviço Social e à política de saúde mental, é que apresentaremos no próximo item breve resgate da trajetória do Serviço Social brasileiro e sua relação com o pensamento crítico-dialético

1.2. Breve resgate histórico-teórico-metodológico da trajetória do Serviço Social brasileiro e a incorporação do pensamento crítico-dialético

A fim de adentrarmos na discussão acerca da tendência teórico-metodológica, crítica, do Serviço Social - expressa de maneira

mais substancial nas últimas décadas -, e o pensamento crítico-dialético, faz-se necessário breve resgate da emergência dessa profissão nos marcos no capitalismo monopolista e seu processo de renovação crítica. Assim, conforme é de vasto conhecimento, a emergência do Serviço Social na sociedade capitalista industrializada se deu no contexto contraditório de consolidação do capitalismo monopolista, ou seja, foi determinada pela articulação de elementos de natureza política, econômica e social, mediada pelas contradições entre as classes sociais e está associada à progressiva e sistemática intervenção do Estado nos processos de regulação social.

No Brasil, a profissão emerge nos anos de 1930, no bojo de um movimento de cunho reformista-conservador, do qual faziam parte o Estado, a Igreja Católica e o empresariado, cuja finalidade era combater as crises cíclicas do capitalismo, servir de antídoto contra a ameaça comunista e recristianizar a humanidade (Iamamoto, 2005). Conforme dito, isso ocorreu em meio ao processo de consolidação do capitalismo monopolista no País, ao mesmo tempo em que o capitalismo internacional vivia sua fase de expansão numa onda longa e expansiva de crescimento, trazendo prosperidade econômica e o acirramento das desigualdades sociais inerentes às contradições do modo de produção capitalista. É nesse contexto, quando se intensificam e ampliam as expressões da “questão social” e essa adquire expressão política (a partir das mobilizações da classe operária iniciadas nas duas décadas anteriores), que tais expressões se tornaram objeto de ação do Estado, da Igreja Católica e do empresariado. Nesse sentido, nos cabe esclarecer que “questão social” é entendida aqui como

[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão (Iamamoto, 2005 p.77).

Nessa tríade, cabia ao Estado o papel de guardião das condições externas da produção capitalista, como diria Marx. Ultrapassando a fronteira de protetor da propriedade privada de forma emergencial e esporádica, o Estado vai se tornando uma instância de poder extraeconômico, responsável pela preservação das condições externas da produção capitalista de forma contínua e sistemática, garantindo os superlucros dos monopólios (Netto, 1996, p.25). Assim, o Estado passa a intervir diretamente na economia e na relação entre o capital e o trabalho, assumindo novas funções, operando como um administrador das crises cíclicas do capitalismo.

De acordo com Netto (1996), foi no bojo dessa refuncionalização do Estado burguês que as políticas sociais surgiram como mecanismos estratégicos para: a reprodução ampliada do capital e para a preservação física da força de trabalho ameaçada pela superexploração; a garantia da legitimidade política do Estado burguês frente à classe trabalhadora, institucionalizando direitos e garantias cívicas; e para a garantia de um consenso em torno do desempenho do Estado. No Brasil, esse papel do Estado tornou-se explícito no governo Vargas, quando este, ao reconhecer a legitimidade da “questão social” no âmbito das relações entre o capital e o trabalho, tratou de enquadrá-la juridicamente, com vistas à regulação das tensões e dos conflitos entre as classes sociais, bem como à desmobilização da classe operária. Contudo, há que se reconhecer que as políticas sociais constituíram também resposta do Estado às reivindicações da classe operária que se encontrava, nesse momento, politicamente organizada e combativa. Portanto, compreendemos que as políticas sociais atendem tanto aos interesses de reprodução do capital, quanto aos interesses do trabalho. Todavia, conforme Netto (1996), elas podem até condicionar a modelagem econômica dos monopólios, mas não os deixam vulneráveis.

Assim, o Estado brasileiro, ao incorporar parte das reivindicações dos trabalhadores, criou um mercado de trabalho para o Serviço Social, através das instituições sociais executoras das políticas sociais, ao reconhecer alguns direitos de cidadania dos

trabalhadores a partir da criação de leis trabalhistas, sindicais e sociais. Nesse sentido, o Serviço Social ampliou seu âmbito de atuação além dos trabalhos de ação social de natureza privada e confessional (empresariado e Igreja católica).¹⁴

De acordo com Iamamoto (2005, p.127), “a especificidade maior de que se reveste o Serviço Social nesse momento [...] está, pois, na ausência quase total de uma demanda a partir das classes e grupos a que se destina prioritariamente”. Quer dizer que a institucionalização do Serviço Social está atrelada a um projeto conservador que exprime o modo de vida burguês. Este projeto fundado, inicialmente, na doutrina social da Igreja católica, conferiu um caráter missionário à atividade profissional (Iamamoto, 2005, p.88), fortemente marcado por um apelo moral no enfrentamento das expressões da “questão social”. Este projeto foi orientado por posicionamentos de cunho humanista conservador, contrários tanto ao ideário liberal quanto marxista, vislumbrando a recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja em face da “questão social”.

Conforme Forti e Coelho (2015)

[...] originalmente o Serviço Social não se caracterizou pela repressão direta, como ação policial, tampouco pela iniciativa meramente caritativa, tradicionalmente realizada pela Igreja católica, mas, buscando difundir a ideologia burguesa, voltou-se para o atendimento das expressões da “questão social”, exercendo persuasão e controle sobre a classe trabalhadora” (Forti; Coelho, 2015, p.20).

Tais características obscureciam o caráter político dessa atividade profissional e eram compatíveis com um anticapitalismo romântico, apesar do assalariamento que insere o Assistente Social numa relação de compra e venda da sua força de trabalho e sua atividade no reino do valor (Iamamoto, 2005, p.85).¹⁵ Cabe, ainda,

¹⁴ A esse respeito consultar Iamamoto (2005 e 2008).

¹⁵ Conforme demonstramos, o Serviço Social não é uma atividade que se insira diretamente no processo de criação de valor *strictu sensu*. Ele participa, ao lado de outras profissões, de processos de trabalho que mesmo não sendo processos produtivos, contribuem para a produção e a reprodução do capital. Conforme Iamamoto (2005, p.86), mesmo que as funções desempenhadas pelos Assistentes Sociais “não sejam geradoras de valor, [elas]

assinalar que esse trato moral da "questão social" tem por trás uma concepção de que os problemas são de responsabilidade individual dos sujeitos e revela a direção conservadora, individualizante e psicologizante no trato às expressões da “questão social”, cujo enfrentamento se dava, a partir de uma perspectiva psicosocial e das metodologias de caso e grupo. Essa característica conservadora se manteve ao longo da trajetória do Serviço Social, apesar da busca dos Assistentes Sociais pela científicidade por meio de sua interlocução com outras vertentes teóricas como o funcionalismo norte-americano, por exemplo, a partir da metodologia do Desenvolvimento de Comunidade, que terminou por subalternizar os métodos anteriores de caso e grupo.

Segundo Manrique Castro (2010, p.144), a grande realização do Desenvolvimento de Comunidade consistia, além do enfoque nos problemas individuais ou grupais, na vinculação com projetos gerais de desenvolvimento. Contudo, segundo Forti e Coelho (2015, p.21), esse movimento não significou a extinção do ideário neotomista que lhe deu forma inicialmente, uma vez que houve, por exemplo, uma conjugação entre funcionalismo e neotomismo nos períodos de hegemonia das concepções desenvolvimentistas no Brasil.

Todavia, foi a partir das experiências de desenvolvimento de comunidade, de influência norte-americana, nas quais alguns poucos Assistentes Sociais se envolveram, que deflagrou-se um processo denominado por Netto (2009) de erosão do Serviço Social “tradicional”, uma vez que

Ainda que o universo teórico-ideológico dos suportes originais do Desenvolvimento de comunidade fosse candidamente acrítico e profundamente mistificador dos processos reais e não supusesse uma ruptura com os pressupostos gerais do tradicionalismo, ele abria uma fenda num horizonte de preocupações basicamente microssociais (Netto, 2009, p. 137).

tornam mais eficiente o trabalho produtivo, reduzem o limite negativo colocado à valorização do capital, não deixando de ser para ele uma fonte de lucro”.

Com isso, a partir do método de Desenvolvimento de Comunidade foram deflagradas questões de natureza macrossociais que passaram a fazer parte do universo profissional das/os Assistentes Sociais, fazendo emergir posturas críticas em relação ao desenvolvimento e subdesenvolvimento, por exemplo. Além disso, segundo Netto (2009, p.137), a inserção de Assistentes Sociais nas equipes multiprofissionais possibilitou ocuparem um lugar diferente daquele de subalternidade, historicamente conhecido pela categoria profissional. De acordo com Forti e Coelho (2015, p.22),

Em consonância com o contexto dos anos 1960, esse movimento no Serviço Social trouxe à tona críticas ao tradicionalismo profissional, ao conservadorismo que historicamente moldara a profissão e, em consequência, à lógica capitalista.

Contudo, entre as décadas de 1960 e 1970 evidenciou-se a hegemonia conservadora no Serviço Social brasileiro, apesar de uma parcela significativa da categoria iniciar um processo de crítica e problematização da profissão na sociedade burguesa.

Este processo endógeno ao Serviço Social, associado aos processos históricos, culturais e políticos que viviam os países da América Latina, em especial o Brasil, nos anos 1960, apresentou as condições necessárias para o Serviço Social mergulhar num amplo processo de renovação crítica do Serviço Social, que nasce atrelado a um movimento maior no interior da categoria dos Assistentes Sociais latino-americanos, iniciado entre os anos de 1965 e 1975, e que no Brasil teve seus contornos próprios a partir de então. De acordo com Netto (2009), três direções principais constituíram o processo de renovação do Serviço Social brasileiro, quais sejam: a perspectiva modernizadora, com referências teórico-ideológicas do pensamento estrutural-funcionalista; a reatualização do conservadorismo, de inspiração fenomenológica; e a intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional”, que recorreu à tradição marxista.

Este processo de renovação chega à década de 1980 com a hegemonia da perspectiva de intenção de ruptura com o Serviço

Social “tradicional” (Netto, 2009). Segundo Netto (2009, p.159), esta perspectiva critica os suportes teóricos, metodológicos ideológicos do Serviço Social, propondo o rompimento/ruptura com o pensamento conservador de tradição positivista e com os paradigmas de intervenção social do reformismo conservador; fixa as características da retórica politizada das vanguardas profissionais dando a impressão de representar uma hegemonia no interior da categoria profissional (Netto, 2009, p.160); e apresenta traço particular da sua vinculação à universidade sob o ciclo autocrático burguês. Contudo, esta perspectiva é resultado de tendências, forças sociais e projetos societários presentes na sociedade sob o signo da autocracia burguesa, que não se acanhava em barrar os processos sociais de natureza crítica e contestatória à ordem estabelecida.

Nesta direção, Netto (2009) diz ainda que esta perspectiva

[...] tem conservado os seus traços dominantes de oposição ao tradicionalismo do Serviço Social - porém, alcançando resultados pouco significativos em proposições não prescritivas para o exercício profissional. Donde, no seu perfil um flagrante hiato entre a intenção de romper com o passado conservador do Serviço Social e os indicativos prático-profissionais para consumá-la" (Netto, 2009 p.160-161).

Contudo, como é amplamente conhecida no interior da categoria, esta primeira aproximação do Serviço Social ao marxismo se deu por via da leitura de divulgadores dessa tradição intelectual, vinculados à militância política, levando à captura dos elementos ideopolíticos, desta tradição, o que foi considerado posteriormente como um equívoco na história do marxismo e, por consequência, do Serviço Social. Tal equívoco teve desdobramentos em posturas fatalistas sobre a dinâmica da ordem burguesa, como por exemplo, a expectativa da revolução socialista como uma realização inelutável, independente da ação humana. Ou o seu oposto, como posturas messiânicas e românticas acerca da luta de classes.¹⁶

¹⁶ O Código de Ética de 1986, apesar de embebido de uma visão romantizada da classe trabalhadora, demonstra a adoção de uma perspectiva classista pelos Assistentes Sociais.

Assim, conforme Iamamoto (2000, p.223), essa primeira aproximação do Serviço Social ao marxismo, no âmbito da intervenção profissional, se deu por via do militantismo prático-partidário e, no âmbito teórico, por via da vulgarização marxista e de rudimentos do estruturalismo althusseriano, com vistas a uma ação profissional imediata. Assim, seja por via do fatalismo ou do messianismo, a concepção da sociedade presente a partir dessa primeira interlocução com o marxismo apresentava caráter abstrato e não ontológico-social,¹⁷ donde o papel das estruturas sociais subsumia o papel dos sujeitos, como sujeitos históricos. Ainda em acordo com Iamamoto (2000, p. 224), verifica-se também certo voluntarismo associado à ação dos sujeitos individuais, em relação ao confronto e à superação dos processos sociais dominantes. Assim, para a referida autora, quer dizer que uma “visão naturalizada do processo social se soma uma visão subjetivizada do indivíduo isolado, superestimando a força da intencionalidade e da vontade política no processo de mudança histórica”. Diferentemente da perspectiva marxiana, na qual essa noção de indivíduo isolado é produto da sociedade burguesa.

Para Marx, a produção de indivíduos sociais é sempre a produção de determinado estágio de desenvolvimento social, permeada de historicidade. Mesmo que os enunciados do método marxiano sejam ontológicos, pois tratam de um certo tipo de ser, por outro, os problemas ontológicos não são tratados de forma autônoma, ou seja, esses problemas não se aferram ao campo do idealismo, eles não se reduzem ao universo do pensamento, da lógica ou da teoria do conhecimento, mas são tratados a partir da concreticidade da realidade social, que tem no trabalho seu momento preponderante.

¹⁷ A esse respeito ver NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 50, 1996. Idem. Para a crítica da vida cotidiana. In: NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996c.... IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992. IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1995a. IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

Daí a base para o fundamento materialista¹⁸ do pensamento crítico-dialético. Na *Ideologia Alemã* (1999), Marx e Engels questionam-se sobre a forma como a sociedade funciona e, como são materialistas, partem do ponto em que são homens e mulheres que constroem a história, pois “a primeira condição de toda história humana é evidentemente a existência de seres humanos vivos” (Marx; Engels, 1999, p.11). Nessa direção, o primeiro passo para compreender a história é compreender como homens e mulheres produzem a sua própria existência e, portanto, compreender a produção material da vida social. Nesta obra, os referidos autores afirmam que, ao contrário da visão idealista (hegeliana) da história, a práxis material explica a formação das ideias e não o contrário. Por isso, para o marxismo, o real é contraditório não subordinado ao plano das ideias; “isso porque o marxismo comprehende a dialética material e historicamente, contemplando a constituição do Ser Social como autoconstrução da práxis” (Forti, 2010, p.23).

Além do exposto, nos cabe destacar que em acordo com Iamamoto (2000, p.229)

A noção de práxis, tal como construída por Marx, exclui qualquer dicotomização entre estrutura e ação, entre sujeito e objeto. Implodem as análises economicistas, que superestimam o papel das condições exteriores sobre os sujeitos sociais e que redundam em apreciações fatalistas sobre o processo histórico, minimizando o fato de que o social é construído por projetos que os homens coletivamente buscam implementar na vida social. A noção de práxis implode também as análises de cunho voluntaristas, que, ao realçarem a vontade e a consciência dos indivíduos isolados, desconectam-se dos determinantes histórico-sociais que as ultrapassam, condicionando suas escolhas e os resultados das ações (Iamamoto, 2000, p.229).

¹⁸ Marx e Engels encontram Feuerbach, do qual tomarão a lógica materialista, em contraposição àquela idealista de base hegeliana, e a renovarão. O pensamento de Marx recebe de Hegel e Feuerbach significativa herança filosófica, porém foi objeto de uma simbiose crítica, por um processo de síntese original (Frederico,1995).

Com isso, a partir da crítica àquela primeira aproximação ao marxismo e seu subsequente aprofundamento, o Serviço Social se apropriou do marxismo por via de suas fontes originais. Esta originalidade e pioneirismo são verificados na obra de Iamamoto, de 1982. Segundo Netto (2009, p.300), tal originalidade reside na forma de compreensão do Serviço Social, a partir da análise do processo de produção e reprodução das relações sociais na ordem burguesa, tendo como substrato a obra marxiana, que subverte o enquadramento crítico-analítico do Serviço Social até então. Na referida obra, Iamamoto (2000, p. 236) combina, simultaneamente, a análise histórica do Serviço Social na sociedade brasileira e a análise dos fundamentos teórico-metodológicos de sua trajetória intelectual. Com isso, a autora contribuiu para que o Serviço Social empreendesse uma “virada” em relação ao significado social da profissão (a partir de sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho) e sua relação com o seu objeto de intervenção; possibilitando uma compreensão da profissão na trama das relações sociais de produção - isto quer dizer que para se compreender o Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão sociotécnica do trabalho, é preciso compreendê-lo no processo de reprodução das relações sociais¹⁹ que “explicam sua gênese, seu desenvolvimento, seus limites e possibilidades” (Iamamoto, 2000, p. 203), considerando as relações entre as classes sociais e com o Estado no enfrentamento das expressões da questão social.

Com base no substrato teórico-analítico do pensamento crítico dialético, pela via da concepção ontológico-social e da crítica da economia política marxiana, conforme Netto (2009, 301), foi “com a elaboração de Iamamoto, [que] a vertente da intenção de ruptura se consolida no plano teórico-crítico”. Com isso, o Serviço Social sedimentou um caminho teórico-metodológico para a superação das influências teóricas psicologizantes e estrutural-funcionalistas, que orientavam as técnicas de intervenção profissional voltadas ao Serviço Social de Caso, de Grupo e de Comunidade.

¹⁹ Conforme discussão apresentada no item primeiro capítulo, seção 1.1.

Assim, em acordo com Guerra (2015),

A teoria marxista dá a moldura e o substrato para que, ao fazermos a crítica dos conteúdos conservadores e neoconservadores, possamos transitar da moldura e substratos das correntes teórico-filosóficas que justificam e fazem apologia à ordem burguesa, para os subsídios que apanham as contradições, criticam a ordem social e provocam a sua transformação (Guerra, 2015, p.61).

A partir dessa “virada”, o Serviço Social passou a considerar a questão social nas suas múltiplas expressões e os sujeitos que as vivenciam como objeto de sua intervenção, e não mais visualizava tal objeto no indivíduo com problemas de adaptação social e familiar. Essa compreensão passou a fazer a diferença no entendimento da direção teórico-política que a profissão incorporou a partir dos anos 80, do século passado, e que teve seus contornos mais definidos a partir da década de 1990. De acordo com Netto (2009, p. 303), essa renovação crítico-analítica contribuiu para delimitar outras formas de intervenção no bojo das políticas sociais e dos movimentos sociais.

Nesse sentido, Iamamoto (2008) afirma que

Por meio desta renovação crítica do Serviço Social buscava-se assegurar a contemporaneidade do Serviço Social, isto é, sua conciliação com a história presente, afirmindo-o como capaz de decifrar a realidade brasileira e, nela, a profissão, de modo a construir respostas que possibilitassem ao Serviço Social confirmar-se como necessário no espaço e no tempo dessa sociedade (Iamamoto, 2008, p.223).

A opção feita pela categoria em relação à concepção materialista da história, segundo Guerra (2015, p.52), é mais que uma opção, trata-se de *uma exigência que a própria realidade impôs à profissão, tendo em vista as necessárias respostas demandadas*, não se tratando de uma *definição puramente teórica*. Contudo, conforme Netto (1996, p.111), apesar da década de 1980 ter consolidado “no plano ideopolítico a ruptura com o histórico conservadorismo profissional”, isso não significou sua superação no interior da categoria. Por isso, é correto afirmar que ao final da década de 1980 a “categoria profissional

refletia o largo espectro de tendências ideopolíticas que tensionam e animam a vida social brasileira” (Netto, 1996, p.111), democratizando as perspectivas profissionais no interior do Serviço Social.

No sentido de consolidar essa nova direção social da profissão, orientada pelo pensamento crítico-dialético, de caráter histórico-ontológico, o Serviço Social vem passando por um processo sócio-histórico de revisão da sua fundamentação teórico-metodológica, do seu direcionamento ético-político e da sua dimensão técnico-operativa. Este processo resultou na formulação de um aparato jurídico-formal ancorado no Código de Ética Profissional de 1993, nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996 e na Lei de Regulamentação da Profissão (nº 8662/1993), que estabelece as competências e atribuições privativas do Assistente Social. Esses documentos incorporam e expressam a nova direção social estabelecida por parcela significativa da categoria profissional que, a partir da perspectiva ontológico-social, faz uma dura crítica à sociedade capitalista e suas contradições, com vistas a sua superação; expressam que o Serviço Social identifica a natureza do seu objeto de intervenção profissional nas expressões da “questão social”; e reconstrói o significado sócio-histórico da profissão na produção e reprodução das relações sociais.

Assim, o Serviço Social ingressou nos anos 1990 como uma profissão consolidada no plano da formação acadêmica com cursos de graduação e pós-graduação estáveis, com uma larga produção científica e com um contingente profissional de cerca de 60.000 assistentes sociais registrados nos Conselhos Regionais (Netto, 1996, p.107). Entretanto, com o desafio de firmar esta direção social construída coletivamente pela categoria durante as duas décadas anteriores,²⁰ marcadas pela ruptura com o conservadorismo do Serviço Social. Contudo, Netto (1996, p.112) adverte para o hiperdimensionamento dessa ruptura que, segundo o referido autor, estaria *longe de equivaler à*

²⁰ As décadas de 1970 e 1980 marcam o tensionamento no interior da categoria na disputa pela hegemonia entre projetos profissionais distintos.

emergência de uma maioria político-profissional radicalmente democrática e progressista. Afirmando, com isso, a permanente existência do conservadorismo profissional no interior da categoria, apesar dos avanços conquistados. Assim,

O conservadorismo nos meios profissionais tem raízes profundas e se engana quem o supuser residual. A legitimidade alcançada para a diversidade de posições está longe de equivaler à emergência de uma maioria político-profissional radicalmente democrática e progressista, que para ser construída, demanda trabalho de largo prazo e conjuntura sócio-histórica favorável (Netto, 1996, p.112).

Contudo, ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada por relativa hegemonia da tendência à ruptura com o conservadorismo profissional no interior do Serviço Social – pela via da construção coletiva do que ficou largamente conhecido como o Projeto Ético-político do Serviço Social -, nesta mesma década, observa-se a ofensiva conservadora a esta tendência, fruto do contexto societário marcado pela emergência da pós-modernidade. No âmbito das políticas sociais, pôde-se verificar também certa tendência à ruptura com o conservadorismo político, pela via da regulamentação dos direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988 e no âmbito das Ciências Sociais. Neste mesmo período, crescem as críticas ao marxismo, como uma teoria/método insuficiente para compreender e explicar a complexidade da realidade social. Essas críticas ao marxismo impactaram no interior do Serviço Social e podem ser verificadas nas afirmações de que o marxismo não oferece elementos suficientes para dar respostas para o conjunto dos desafios postos na realidade e para a profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996, p.114), essa crítica não se apresenta como antimarxista, mas como uma crítica à ortodoxia - ou dogmatismo, como se referem os críticos – e às lacunas e não ao que consideramos como equívocos existentes.

Entretanto, o que essas críticas apresentam são, na verdade, referências àqueles problemas já mencionados, em relação à primeira aproximação do Serviço Social ao marxismo pela via da militância político-ideológica. Tais críticas se dirigem à *ortodoxia* dos marxistas e

estão assentadas numa suposta necessidade de se incorporar outros pensadores como Habermas e Foucault às supostas lacunas presentes nas análises dos marxistas brasileiros, que não se debruçaram sobre objetos como questões de gênero, cultura, minorias etc. (Netto, 1996, p.114). Contudo, há que se ter cautela em relação a essas críticas, uma vez que as proposições pós-modernas e o conservadorismo, segundo Netto (1996, p.118), se dão as mãos no sentido de desqualificar a direção social construída pela modernidade contra o conservadorismo. Assim, de acordo com o referido autor (1996, p.118) “a recusa pós-moderna da metanarrativa, da macroteoria, da categoria da totalidade etc., vem ao encontro do conservadorismo profissional, que privilegia o microssocial” e as singularidades.

No âmbito específico da saúde, essa crítica se expressa na “reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área” (CFESS, 2010a, p.27). Sendo assim, na atualidade há uma tendência entre os Assistentes Sociais de resgatar no exercício profissional um privilégio da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos (CFESS, 2010a, p.27).

Vimos que esta tendência no campo da saúde reflete a realidade do trabalho dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde mental, nos quais as demandas postas pelas requisições institucionais postas pelas funções genéricas e inespecíficas do “Técnico de Referência” incluem atendimentos de caráter terapêutico e subjetivista. Vimos também como esta função está ligada à organização do trabalho nos CAPSIII/CERSAMs, a partir das equipes inter/transdisciplinares e como essas refletem o pluralismo metodológico, como fundamento implícito na proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental, conforme será demonstrado nos próximos capítulos.

Contudo, o Projeto Profissional do Serviço Social, que incorpora essa nova direção social da profissão, que tem no marxismo sua

base teórico-metodológica de apreensão da realidade social, de acordo com Guerra (2015),

Trata-se de um projeto profissional construído na trajetória da profissão, em confronto com seu histórico conservadorismo, projeto que tenta claramente romper com os ranços conservadores que impregnam a profissão no âmbito do seu significado social e da sua funcionalidade, das ideologias e teorias sociais que a subsidiam, das suas representações e autorrepresentações, dos valores de diferentes extrações que a sustentam, das formas clássicas e tradicionais de intervir na realidade (Guerra, 2015, p.40).

Sabemos que o referido projeto profissional e sua direção social ainda detêm certa hegemonia no campo político-organizativo e jurídico-formal, bem como sabemos que estes não são os únicos a se materializar no trabalho profissional e na formação acadêmica, tampouco estão imunes às influências pós-modernas. Conforme Forti e Coelho (2015), afirmar os princípios fundamentais contidos no referido projeto e expressos pela direção social assumida pela profissão

[...] não assegura que encontraremos correspondentes ações profissionais que traduzam, de modo inequívoco e majoritariamente no meio profissional, conteúdo compatível com tal desdobramento de inspiração substancialmente crítica. Sem dúvida, a partir disso são observáveis avanços intelectuais e organizativos no meio profissional, porém a direção social que desaguou no projeto ético-político só poderá ser avaliada como hegemônica se for possível mostrar repercussão prática e teórica (Forti; Coelho, 2015, p.25).

Braz, em 2001, já chama a atenção para o avanço do neoconservadorismo no interior da categoria, reforçando a ameaça à manutenção dessa direção social conquistada e mantida hegemonicamente, mesmo que tal hegemonia ainda esteja refletida, apenas, no interior das entidades organizativas da categoria como o conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO.

Contudo, dar materialidade a esta direção social depende de práticas concretas nesta direção, conforme salienta Braz (2007, p.7). Nesse sentido, Guerra (2015, p.64) afirma que vários sujeitos profissionais realizam algum aspecto desse projeto profissional e dessa direção social, tais como: os intelectuais da profissão, os dirigentes das entidades representativas da categoria, os estudantes e os Assistentes Sociais. Nessa mesma direção, Iamamoto (2008, p.224) afirma que este projeto se realiza em cinco dimensões do universo profissional, quais sejam: nos seus instrumentos legais, nas expressões e manifestações coletivas da categoria, nas articulações com outras entidades de Serviço Social, no trabalho profissional desenvolvido nos diferentes espaços ocupacionais e no ensino universitário. Esta última inclui o trabalho profissional enquanto participante do conjunto de dimensões nas quais este projeto e sua direção social podem ser realizados, ou melhor se preferirmos, materializados. Ou seja, esses autores estão dizendo que a materialização dessa direção social - inspirada no pensamento crítico-dialético de caráter histórico-ontológico, que faz duras críticas às contradições e aos antagonismos da sociedade burguesa, com vistas à sua superação e que está implícita no atual projeto profissional do Serviço Social –, se dá a partir da ação de uma série de sujeitos profissionais, incluindo os Assistentes Sociais que atuam nos serviços sociais.

Por outro lado, concordamos com Iamamoto (2008) quando afirma que são esses Assistentes Sociais, no exercício da profissão, que vão se deparar diretamente com a precarização das políticas sociais e dos serviços públicos, das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, inclusive as suas, enquanto trabalhador assalariado, conforme iremos demonstrar na seção 2.2 deste livro. Por isso, a referida autora afirma que

[...] o nosso projeto profissional sofre tensões derivadas do trabalho assalariado, que implica necessariamente a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas presentes nas relações e condições de trabalho, assim como nos contratos delas decorrentes. Sabemos que os empregadores detêm background de recursos

materiais e financeiros e técnicos indispensáveis à objetivação do nosso trabalho, assim como os recortes das expressões da “questão social” são pré-estabelecidos pelos organismos contratantes. Vivemos a tensão entre projeto profissional e a alienação do trabalho indissociável do estatuto salarial (Iamamoto, 2012, p.129).

Assim, entende-se que a degradação das condições de trabalho dos Assistentes Sociais, as “exigências” do mercado de trabalho por profissionais “teoricamente” qualificados - capazes de dar respostas imediatas às demandas dos usuários e o pluriemprego dos Assistentes Sociais podem levar a uma fragmentação da organização política dessa categoria, ou a uma luta política corporativista e a um tensionamento para flexibilização dessa direção social frente às “novas” exigências do mercado. Como afirma Mota (2012, p.172), o conservadorismo profissional presente nos dias de hoje não se apresenta enquanto *um projeto explicitamente definido [...] [mas], ele se coloca por meio da cobrança da eficiência, da eficácia, da operatividade, no sentido de propor e exigir capacidade propulsiva [apenas] e não crítica da profissão*. Em particular, no âmbito da saúde mental, as requisições institucionais postas pela função do “Técnico de Referência”, a nosso ver, são reflexos desse conservadorismo profissional implícito e camuflado sob o manto do trabalho inter/transdisciplinar, conforme será demonstrado mais adiante.

Nesse sentido, pode-se afirmar que tanto o trabalho do Assistente Social quanto o atual Projeto Profissional do Serviço Social e a direção social nele implícita, não estão no nível da intencionalidade apenas do profissional. Eles estão imbricados às condições socio-históricas determinadas por relações sociais antagônicas e contraditórias, forjadas na sociabilidade burguesa que tem seus fundamentos no trabalho, enquanto categoria econômica que expressa os fundamentos históricos do processo de constituição das classes sociais fundamentais da ordem burguesa. Concordamos com Iamamoto (2008), quando afirma que é preciso considerar a dinâmica histórica a fim de

[...] desvendar os processos históricos e deles extrair as contradições e potencialidades transformadoras, para não cairmos na armadilha de

repor objetivos finalistas dissociados da dinâmica conjuntural e dos sujeitos que lhes dão sustentação histórica (Iamamoto, 2008, p.229).

Portanto, entendemos que a realização de um trabalho orientado pelo pensamento crítico-dialético não depende meramente da competência profissional, opção sociopolítica do profissional, ou forte mobilização da categoria na sua organização política. Pois, como afirma Guerra (2015, p.57), ao se referir à intervenção profissional, *não se trata apenas de decisões individuais, pois a necessidade social se afirma por meio de uma pressão sobre os indivíduos, que são impelidos pelas circunstâncias a agirem de um determinado modo*. Assim, no atual contexto de aprofundamento das políticas de cunho ultra neoliberal, a materialização dessa direção social encontra-se em constante tensionamento, devido à presença de forças sociais, econômicas, políticas e ideoculturais contrárias aos seus princípios. O que vai ao encontro da afirmação de Guerra (2015, p.63) de que *há limitações estruturais e históricas do modo de produção e do modo de ser da profissão, donde causas históricas não podem ser atribuídas à mera vontade ou capacidade dos sujeitos*.

No entanto, assim como a emergência dessa direção social crítica da profissão foi historicamente determinada, sua continuidade, consolidação e seus limites também o são e fazem parte da dinâmica social. No nosso entendimento, a construção de um trabalho profissional orientada pelo pensamento crítico-dialético, com vistas à consecução de um trabalho nos rumos do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social, não depende exclusivamente da intenção/opção crítica e política dos Assistentes Sociais, de forma isolada, de sua competência teórico-metodológica e técnico-operativa, ou mesmo de ações coletivas da categoria. A construção desse trabalho é mediada pela correlação de forças posta em determinado contexto sócio-histórico, uma vez que, conforme já demonstramos, o Serviço Social é uma profissão cujo significado sócio-histórico só pode ser desvendado a partir da sua análise no processo de reprodução das relações sociais, levando-se em conta seu caráter contraditório, sua relativa autonomia e as condições objetivas onde o trabalho profissional se realiza. Tal fato implica diretamente numa relativa

autonomia profissional do Assistente Social diante da realização do seu trabalho em qualquer espaço sócio-ocupacional. É, portanto, a partir dessa relativa autonomia que defendemos a questão da incorporação do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais como um aliado para o enfrentamento das exigências e imposições ou requisições institucionais, sem que se transforme numa panaceia. Pois, conforme Guerra (2015)

O domínio de uma capacidade crítica e dialética é o que permite não apenas ir além do dado imediato, mas dimensionar as possibilidades de construir estratégias visando a potencializar as forças de negação da ordem social e de sua transformação em futuro próximo e remoto, articulando princípios à suas manifestações empíricas no exercício profissional (Guerra, 2015, p.64).

Assim, a compreensão acerca da relação entre o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais e a direção social assumida pela categoria, a partir da incorporação do marxismo como orientação teórico-metodológica, só pode ser desvendada a partir do reconhecimento do Assistente Social como trabalhador assalariado e sua inscrição no universo do valor. Isto porque seu trabalho não se inscreve apenas no universo do valor útil de seu trabalho, como ideologia, mas também, e, sobretudo, enquanto trabalho abstrato socialmente necessário, alienado pela condição de assalariamento que lhe confere o estatuto de profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Caso contrário, a análise da profissão e do trabalho profissional limita-se à dimensão da utilidade social do Serviço Social, e o Assistente Social enquanto um profissional com uma responsabilidade social imensurável.

Com isso, queremos dizer que a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais, que dá a direção ao referido projeto profissional, em última instância, determina as possibilidades de construção de um trabalho nos rumos aludidos pelo atual projeto profissional do Serviço Social. Esta questão é fundamental para a direção que se quer construir com o trabalho profissional. Contudo, ela será sempre mediada por outras, como: as condições objetivas e materiais dadas pelos antagonismos e

contradições inerentes à ordem burguesa, pela política social do Estado burguês e por suas instituições sociais; a orientação teórico-metodológica que dá direção à organização do trabalho das equipes interprofissionais; e a condição de trabalhador assalariado do Assistente Social, subordinado a um contrato de trabalho e a determinações institucionais. Ou seja, o trabalho realizado e seu resultado dependem, ao mesmo tempo, de elementos materiais da realidade concreta, que fogem ao controle ou à determinação do profissional; de elementos que são de ordem teórico-intelectual, como diz Guerra (2015), ao se referir à condição do profissional de *desvendar os nexos entre o capital, o Estado burguês e suas instituições sociais, a engrenagem das políticas sociais, as estruturas da instituição*; bem como dependem da capacidade profissional de analisar *na história, os nexos e contradições de interesses e, em muitos casos, também, na sua inviabilidade e necessidade de se revolucionar* (Guerra, 2015, p.64).

1.3. Considerações sobre a política de saúde mental no Brasil

A fim de iniciarmos a problematização deste item, faz-se necessário apontarmos alguns elementos acerca da saúde mental como uma política social e um campo de reivindicação por direitos da pessoa com transtorno mental, com o intuito de oferecer elementos para uma problematização sobre as particularidades dessa política e como estas podem atravessar e informar o trabalho da/o Assistente Social nesta área.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que deu origem à atual política de saúde mental, sofreu influências das experiências que emergiram a partir de algumas visitas que Franco Basaglia, pioneiro da reforma psiquiátrica italiana, fez ao país no final da década de 1970. A experiência italiana teve início em 1961, com a transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia em comunidade terapêutica. Esse trabalho deu margem para que outros surgissem e o mais famoso foi o de Trieste. Franco Basaglia foi pioneiro nessas duas

experiências e se negava a definir a doença mental e suas causas; sua proposta era de definir o campo ético da ação em saúde mental, de tratar os doentes como sujeitos e não objetos de uma instituição.

Estas experiências, segundo Amarante (2010, p.27), teriam sido “instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados”. O autor se refere aos movimentos reformistas que ocorreram no interior da psiquiatria, como: a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva.²¹

Neste mesmo momento histórico, no Brasil, no campo da saúde, ganha destaque o processo de mobilização social, através do Movimento pela Reforma Sanitária que, segundo Bravo (2006, p. 32), “consiste na organização dos setores progressistas de profissionais da saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura da sociedade”. Ou seja, neste período havia um amplo movimento por reformas no campo da saúde, e no campo específico da saúde mental surgiram várias reivindicações contra o cotidiano de violência e segregação no interior das instituições psiquiátricas.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início marcado pela crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DIN-SAM), na qual os profissionais deflagraram greve em abril de 1978 em função de uma série de irregularidades no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), tais como falta de recursos e precariedade das condições de assistência (Amarante, 2010). Resende (2001, p.62) confirma que, neste contexto, além das referidas irregularidades havia também a marca da violência, desassistência, marginalização e, em especial, no setor privado, a marca da exploração da "indústria da loucura". Este termo indica a transformação da assistência psiquiátrica, oferecida até aquele momento no Brasil, em mercadoria. A assistência psiquiátrica,

²¹ Para maior aprofundamento consultar: BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. P.41-72.; BEZERRA, B.; Amarante, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

centrada no modelo hospitalocêntrico, era financiada pelo fundo público e gerida pela iniciativa privada.

Franco Basaglia realizou três visitas ao Brasil na década de 1970, mais precisamente nos anos de 1975, 1978 e 1979. Entretanto, sua última visita teve maior repercussão junto aos trabalhadores da saúde mental, uma vez que o momento político nacional era muito favorável à maior participação social e política, em função do contexto de abertura política que o País vivia, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) encontrava-se organizado e reivindicava mudanças no âmbito da assistência à pessoa com transtorno mental, fazia crítica à cronificação do tratamento manicomial, bem como a regularização da situação trabalhista e aumento salarial. Conforme Amarante (2010, p.52), este movimento refletia “um conjunto de heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.”

No entanto, as propostas de desinstitucionalização de Basaglia encontraram alguma resistência entre os brasileiros influenciados pela psiquiatria clínico-positivista norte-americana, por interesses mercantilistas, que argumentavam falta de rigor metodológico nas propostas basaglianas. Assim, naquele momento, o modelo de assistência psiquiátrica norte-americano²² encontrou, mais espaço para sua inserção no País.

No ano de 1979 é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, e a crítica ao modelo de asilamento do louco oferecido pelos hospitais públicos começa se solidificar, ao mesmo tempo em que aquela heterogenia do movimen-

²² O movimento pela Reforma Psiquiátrica realizado em alguns países da Europa e EUA difere potencialmente do movimento italiano. Nos EUA e na Europa, a reforma limitou-se à desospitalização do doente, enquanto na Itália houve a desinstitucionalização com seus conteúdos de mobilização dos sujeitos sociais como partícipes do processo, de transformação das relações de poder entre instituição e paciente, de reconstrução de uma estrutura de saúde mental que pudesse substituir inteiramente a internação que “nascem da desmontagem e da reconversão dos recursos materiais e humanos” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 18). Já o modelo de desinstitucionalização usado pelos norte-americanos desospitalizou o doente, mas criou outras instituições de pequeno porte com mais higiene e humanização, mas que reproduziram a lógica da exclusão/segregação, porém, fora do modelo asilar.

to, entre transformação psiquiátrica e organização corporativa, começa a se dissolver, na medida em que as questões relativas às transformações no campo da assistência psiquiátrica ganham maior destaque e força dentro do movimento, em detrimento das reivindicações de natureza trabalhistas. Neste mesmo ano, ocorre o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo horizonte, com a participação de Franco Basaglia, Antônio Slavich e Robert Castel (Amarante, 2010, p.55), expoentes do pensamento progressista em saúde mental.

Até esse momento as reivindicações do MTSM por melhorias no atendimento psiquiátrico, pela reforma do hospital, humanização do atendimento, segundo Vasconcelos (2000), não mudavam de fato a condição de segregação social em que viviam os chamados "loucos", pois continuariam à margem da vida em sociedade e confinado nos hospícios. Estas mudanças permitiriam a um tratamento mais digno, humanizado e de maior qualidade. No entanto, a reforma do hospício mantinha inalterada a condição de segregação e exclusão social do louco, gerada pelo modelo manicomial.

No ano de 1980 é realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador, juntamente como o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, nos quais foram discutidos temas referentes aos “determinantes das políticas de saúde mental, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade” (Amarante, 2010, p.56).

Neste processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, a década de 1980 é marcada pela expansão e formalização do modelo sanitário através das “Ações integradas de Saúde”, embriões do que mais tarde ficou consagrado como o Sistema Único de Saúde. Essas ações integradas davam ênfase ao atendimento ambulatorial, utilizando-se do sistema de referência e contrarreferência, no trabalho com equipes de saúde mental, privilegiando o cuidado extra-hospitalar e de forma paralela implementa-se um maior rigor quanto ao controle das internações. Estas ações no campo da saúde mental foram fortemente influenciadas pela proposta da reforma norte-americana,

que desospitalizou a pessoa com transtorno mental, mas criou outras instituições de pequeno porte que reproduziram a lógica da exclusão/segregação, porém, fora do modelo asilar. Este modelo também não representou um confronto direto com o hospital psiquiátrico. Com esse modelo, tem-se a possibilidade de expansão da reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos através da participação de lideranças do MTSM junto aos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, sem, contudo, apontar para sua extinção.

Neste período, este movimento reivindicava mudanças na política de assistência à saúde mental vigentes até aquele momento e defendia uma política de assistência à saúde mental, segundo Vasconcelos (2000, p. 25), centrada no modelo sanitarista baseada "no controle e na humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como na difusão de serviços ambulatoriais". As principais reivindicações do MTSM, em relação à assistência em saúde mental, naquele momento, giravam em torno da não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados; da regionalização das ações em saúde mental; do controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados; da expansão da rede ambulatorial em saúde; e da humanização e reinserção social dentro dos asilos estatais.

De acordo com Vasconcelos (2000, p.25), o período entre os anos de 1987 e 1992, é marcado pelo fechamento temporário do espaço político dentro do Estado para interesses democrático-populares e para as políticas de saúde mental, o que possibilitou o surgimento de conflitos dentro movimento, no sentido de que uma ala deste defendia que as lutas deveriam seguir por dentro do aparelho do Estado e uma outra que defendia a realiança do MTSM com os movimentos populares. Outro aspecto desse conflito interno diz respeito aos objetivos do MTSM em relação à reforma psiquiátrica que estavam relacionados ao controle e humanização dos hospitais e à expansão dos serviços ambulatoriais. Esta mesma ala que defendia a realiança do movimento da saúde mental com os movimentos populares, passou a defender também a necessidade de alinhar o movimento e suas reivindicações às propostas do movimento da reforma psiquiátrica itali-

ana, que superou modelo manicomial indo além da reforma do manicomio, reivindicando sua extinção.

Com isso, na segunda metade da década de 1980, o MTSMS transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), redirecionando seus objetivos para o fim dos manicômios e pela criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, assumindo o lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*. Isto quer dizer que, para o movimento não bastava a humanização do manicômio e sua reforma, vislumbrava-se a extinção no modelo de assistência à saúde mental centrado no hospital, na internação, no asilamento e na segregação do louco.

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira se constituiu como o vetor de grande importância no processo da reforma na assistência à saúde mental no Brasil, lutando pela alteração do modelo centrado no hospital e no paradigma da doença, em busca de mudança nas relações entre a sociedade, o louco e a loucura.

Neste processo em curso, em 1989, o então Deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei que previa, em especial, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e proibia a construção em todo o território nacional de novos hospitais psiquiátricos públicos. No entanto, essa proposta foi avaliada extrema diante do quadro de mercantilização da loucura instaurado no Brasil a partir dos anos de 1960. Este projeto transitou por 12 anos no Congresso Nacional, não sendo aprovado, até que um segundo projeto - este mais “ameno” do ponto de vista político e econômico -, foi proposto pelo Senador Sebastião Rocha, substituindo aquele de 1989. Este segundo projeto foi aprovado no ano de 2001, transformando-se na Lei da Reforma Psiquiátrica de nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Entre os anos de 1989 e 2001, até a regulamentação da Lei nº 10.216, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu por meio da criação

de leis estaduais,²³ que redirecionavam o modelo assistencial em saúde mental e criavam os serviços substitutivos ao manicômio. No entanto, esta reforma só ganha vulto nacional a partir do ano de 2001, legitimando-se juridicamente e expandindo a assistência a partir de serviços substitutivos ao manicômio.

A partir da regulamentação dessa lei, a implantação do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental no Brasil de base comunitária e territorial, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, ganha amplitude nacional. Ao mesmo tempo que a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha corpo e expande-se quantitativamente pelo país, ela se defronta com as restrições orçamentárias para o campo da Seguridade Social oriundas da política econômica em vigor. Tais restrições impactam na forma como esses serviços estão sendo prestados, uma vez que, conforme demonstraremos no segundo capítulo, a partir dos serviços pesquisados, o funcionamento dos CAPSIII/CERSAMs tem ocorrido com o mínimo de recursos humanos e materiais, exigindo dos trabalhadores competência para o alcance dos objetivos - independente das condições concretas para tal. Bem como podemos inferir que ao lançarmos mão do uso prolongado dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, por falta de dispositivos substitutivos adequados, por exemplo, iremos contra o modelo da Reforma.

Em dezembro de 2015, em meio ao processo de impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, o então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, substituiu o Coordenador Nacional da Saúde Mental, Roberto Tykanori Kinoshita, pelo psiquiatra conservador Valencius Wurch Duarte Filho, ex-diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, no Rio, apontado como o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, que foi fechado em 2012, após denúncias de violações de direitos humanos. Tal decisão teve forte impacto no âmbito

²³ Ceará, Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993; Distrito Federal, Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995; Espírito Santo, Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996; Minas Gerais, Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997; Paraná, Lei nº 11.189, de 09 de novembro de 1995; Pernambuco, Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994; Rio Grande do Norte, Lei nº 6.758, de 04 de janeiro de 1995 (BRASIL, 2004).

dos movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica, motivando críticas e protestos de entidades e movimentos da área. Após um ano no cargo, Valencius foi exonerado e substituído por Quirino Cordeiro Junior, responsável pelo credenciamento de apenas 16 CAPS no ano de 2017, em detrimento da média de 120 e 140 novos serviços desde 2002. Além disso, o governo Bolsonaro, considerado ultra neoliberal, fez intervenções no âmbito da saúde mental no sentido de ameaçar a direção política e ideológica antimanicomial, que tem sido hegemonic na condução nacional da política de saúde mental pelo menos até o final do ano de 2015, apesar das questões de sub financiamento.

Nesta direção, uma nova proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, anunciada em dezembro de 2017, por Ricardo Barros, Ministro da Saúde do governo Temer, se realizou sem nenhum debate com trabalhadores do SUS e com a sociedade. O referido ministro, apenas, anunciou um pacote de medidas que desfigurava completamente a Política Nacional de Saúde Mental, contrariando as determinações da Lei 10.216/2001. Dentre estas medidas, tem-se um repasse de 240 milhões de reais para: a ampliação e financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; a redução do financiamento das residências terapêuticas, dos leitos de saúde mental em hospital geral e a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares, como os CAPS; a flexibilização dos critérios de porte de hospitais e tempo de permanência dos usuários nos hospitais durante a internação, que vai de encontro a todo processo regulatório construído desde os anos 1990; a limitação dos credenciamentos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas; e o incentivo à criação de enfermarias especializadas em hospitais gerais. Tal proposta está associada à desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que tais mudanças privilegiam o atendimento hospitalar, aumentam os recursos para os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas e acenam para a desconstrução do modelo antimanicomial de base comunitária, territorial e de defesa dos direitos humanos em vigor até o momento.

Essa proposta, ao redirecionar o fundo público para a modalidade hospitalar e das Comunidades Terapêuticas, afronta não só o modelo de assistência à saúde mental hegemônico até então, como também o modelo de saúde pública que vem sendo construído desde meados dos anos 1980. No que diz respeito especificamente às Comunidades Terapêuticas, o movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Sanitária vêm somando esforços e lutas no sentido de impedirem que estas entrassem no rol de serviços de saúde mental, uma vez que a proposta de trabalho dessas comunidades é de internação e exclusão sóciofamiliar, contrária à proposta da política de saúde mental em vigor até então. Entretanto, grupos ligados às comunidades terapêuticas conseguiram regulamentação e subsídios junto ao Ministério da Justiça, por meio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). Nesse sentido, a inclusão das comunidades terapêuticas se confronta com a lógica da Reforma Psiquiátrica, incluindo na atenção aos usuários de álcool e outras drogas serviços que não possibilitam a construção da autonomia dos usuários.

Em suma, o cenário acima explicitado se mostra convergente com os objetivos de uma política econômica de corte conservador, que privilegia os interesses do setor privado em detrimento das necessidades da classe trabalhadora, destinando o fundo público para o financiamento de ações e serviços de natureza privada, sejam elas lucrativas ou não.²⁴ Este cenário demonstra também a direção política ideológica que vem determinando essas ações, que se confronta com o projeto democrático-popular que orientou a formulação da Constituição Federal de 1988, reconhecendo o campo da Seguridade Social no Brasil composto pelo tripé das políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, que em 2001, através da Lei 10.2016 (2001/2004c), conquistou o reconhecimento de proteção e dos

²⁴ Após um ano da ascensão do partido dos Trabalhadores ao poder, depois de derrotar nas urnas o ex-Presidente Jair Messias Bolsonaro, ainda não tivemos um redirecionamento real e concreto da direção da política de saúde mental, principalmente no que diz respeito às Comunidades Terapêuticas e as outras alterações realizadas na legislação da política de saúde mental e da política de álcool e outras drogas desde 2015.

direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

Diante do exposto, podemos afirmar que há um tensionamento entre dois projetos de Reforma Psiquiátrica que são distintos e estão em disputa: um que preconiza a progressiva ampliação do modelo de assistência à pessoa com transtorno mental antimanicomial, de base territorial e comunitário - hegemonic desde a aprovação da Lei nº 10.206/2001 até o ano de 2014; e outro que redireciona a assistência em saúde mental para o modelo hospitalar, excludente e segregador, no qual as Comunidades Terapêuticas figuram como aquelas que têm recebido desde então mais financiamento público do que CAPS e Residências Terapêuticas, por exemplo.

No próximo item, apresentaremos nossa perspectiva de análise em relação às influências teórico-políticas e ideológicas que vêm informando o campo da saúde mental, a fim de oferecermos subsídios analíticos para as reflexões que faremos sobre o trabalho da/o Assistente Social na saúde mental, ao longo deste livro.

1.4. As influências teórico-políticas e ideológicas que informam o campo da saúde mental: a desinstitucionalização e a influência pós-moderna

O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no Brasil, em meados da década de 1970, como vimos no item anterior, tem sido o responsável pela condução teórico-prática e político-ideológica da política assistencial à pessoa com transtorno mental no Brasil. Tal política remodelou a assistência psiquiátrica brasileira que, até meados da década de 1980, era absolutamente manicomial, transformando-a numa assistência de base comunitária, sustentada por serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, apesar das dificuldades

comuns a toda política social brasileira, no que diz respeito ao subfinanciamento e sucateamento dos serviços.

Do ponto de vista da orientação teórico-política e ideológica que informou e informa a Reforma Psiquiátrica Brasileira, autores como Paulo Amarante, Franco Rotelli, Eduardo Vasconcelos e Joel Birman²⁵ defendem uma forte influência da psiquiatria democrática italiana no processo de reforma nacional, bem como reconhecem também que esta recebeu influência de outros pensadores, dentre eles o Foucault e, de certa forma, confirmam a constatação de Rodrigues (2002)²⁶ acerca da influência de outras correntes de pensamento no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como a pós-moderna, além da influência da psiquiatria democrática italiana, como veremos adiante.

Rotelli e Amarante (1992, p.48) são categóricos quando expressam que “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” e que ela recebeu também a influência de outros pensadores, dentre eles: Foucault, Goffmann, Szaz e Castel. Contudo, para Rotelli e Amarante (1992, p.48), a influência italiana “tem sido a mais importante para aqueles que se empenham na verdadeira transformação da instituição psiquiátrica” e não fazem distinções teórico-ideológicas entre essas influências, diferentemente do que faz Rodrigues (2002), conforme demonstraremos adiante.

²⁵ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo. (Orgs). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000. Idem. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002. BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

²⁶ Uma análise da Reforma Psiquiátrica brasileira ancorada na crítica da economia política e no pensamento crítico-dialético encontramos nas produções de Rodrigues (2002 e 2006). Por isso, nos reportaremos a estas obras a fim de subsidiar nossa problematização sobre o trabalho do Assistente Social na saúde mental e a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético por esses profissionais no seu cotidiano de trabalho.

Rotelli e Amarante (1992) acreditam que a influência basagliana tem se dado em função de dois fatores: primeiro, pelo fato da consolidação teórico-prática do modelo analítico e, segundo, pela constatação da limitação dos modelos clássicos de assistência aos problemas relacionados à saúde mental, que não tinham por objetivo a extinção das instituições psiquiátricas totalitárias.

Para eles, o movimento pela Reforma Psiquiátrica realizado na Itália desinstitucionalizou o doente, mobilizando os sujeitos sociais como protagonistas na transformação das relações de poder entre a instituição e o paciente, bem como confrontou-se diretamente com o hospital psiquiátrico, quando se direcionou, prioritariamente, para o doente e não mais para a doença e, ainda, reconstruiu a estrutura de saúde mental para que esta pudesse substituir inteiramente a internação através da desmontagem e da reconversão dos recursos materiais e humanos (Rotelli *et alii*, 1990, p. 18). Tal processo foi iniciado por uma “verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos 'tratamentos' violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo” (Rotelli; Amarante, 1992, p. 44).

Assim, a transformação do hospital psiquiátrico, ao contrário do que os opositores de Basaglia pensavam, "diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social" (Rotelli; Amarante, 1992, p. 44).

No entanto, em contraposição a esses autores, Rodrigues (2002 p.114) afirma que o elemento que a Reforma Psiquiátrica Brasileira incorporou da psiquiatria democrática italiana foi apenas aquele que diz respeito à "dimensão desconstrucionista que postula a negação da doença mental e da terapia como solução-cura" -, combinando este elemento com traços das teorias pós-modernas, que tem em Foucault sua base privilegiada. Por isso, concordamos com Rodrigues (2002) quando esta afirma que no ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira,

Sob o prisma da pós-modernidade, o cuidado em saúde mental proposto pelos triestinos é tomado apenas como a promoção de novas formas de sociabilidade, de convivência com a diferença. Porém, no processo de desinstitucionalização psiquiátrica realizado em Trieste, o cuidado implica, para além dessa proposição, um compromisso com a transformação da vida concreta e cotidiana que alimenta o sofrimento. Para os italianos, o cuidado está estreitamente relacionado ao "tomar o encargo", ou seja, responsabilidade dos serviços de saúde mental substitutivos à hospitalização com a totalidade das necessidades dos usuários que residem no território (Rodrigues, 2002, p.115).

No entanto, o debate hegemônico no interior do campo da saúde mental não converge com a perspectiva defendida por Rodrigues (2002 e 2006), no que diz respeito à forte crítica que a mesma faz acerca da influência pós-moderna como relevante orientadora do cuidado em saúde mental no Brasil.

Nossa perspectiva de análise, apesar de contra-hegemônica no âmbito da saúde mental, vai ao encontro da crítica elaborada por Rodrigues (*op cit*), tendo em vista que as elaborações de Basaglia oferecem fortes argumentos acerca da sua preocupação com a materialidade da vida dos usuários dos serviços de saúde mental e da centralidade desses elementos em detrimento dos elementos de natureza subjetivista, clínica e individualista.

Para Basaglia (1985, p. 105), a Reforma Psiquiátrica não se restringe à questão biológica ou psíquica, ela dá ênfase ao doente como sujeito social e de direitos, evidenciando a segregação, o asilamento, o domínio dos saberes médico e psicológico, assim como incorporado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. O trabalho de Basaglia (1985) parece transcender a própria psiquiatria - como um campo das ciências médicas apenas -, uma vez que incorpora outras determinações e traz novos elementos para as discussões sobre as formas de tratamento, dentre eles a materialidade da vida das pessoas com transtorno mental. Basaglia denuncia que o mais grave é a situação em que o sujeito se encontra dentro do sistema social

contraditório e na explícita divisão entre classes sociais e, dessa maneira, exemplifica isso dizendo que:

[...] um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital público. O que caracteriza a hospitalização do primeiro não é somente o fato de não ser automaticamente classificado como doente mental “perigoso para si e para os outros e objeto de escândalo público”: é o tipo de internamento de que se beneficia, que impedirá que seja deshistorizado, separado de sua própria realidade. O internamento “particular” nem sempre interrompe a continuidade da vida do doente (Basaglia, 1985, p. 105).

As preocupações de Basaglia (1985) com o “tratamento” extrapolavam a dimensão da terapia como solução-cura, ele reconhecia que a doença está ligada a fatores socioambientais e por isso o “tratamento” deveria ser acompanhado também

[...] de um movimento estrutural de base que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: do trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para sua reintegração, acuam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico (Basaglia, 1985 p.116).

As questões relativas à divisão do trabalho, às contradições do sistema político, à exploração, à opressão da sociedade em geral e, em particular, de como isso afetava aos “doentes mentais” pobres, com diz, estavam sempre presentes em suas falas e suas produções.²⁷ Portanto, para Basaglia a preocupação com a vida concreta dos “doentes mentais” era evidente e se sobreponha, inclusive, à sua preocupação com as questões da doença e seus sintomas. Esse foi o tom dado a Reforma Psiquiátrica italiana ao lado da desconstrução do saber médico sobre a doença, do reconhecimento do louco como sujeito de direitos.

²⁷ Ver A psiquiatria alternativa (Basaglia, 1979) e Instituição negada (Basaglia, 1985), por exemplo.

Para Basaglia (1985, p.105 e 107), “um exame atento revela que a doença, enquanto condição comum, assume significados concretamente distintos segundo o nível social do doente”, não sendo “a doença o elemento determinante da condição do doente mental”, mas sim sua condição socioeconômica que pressupõe sua capacidade contratual. Ou seja, sua capacidade de colocar-se como detentor de algum poder diante do poder médico, ou não. E este poder do doente [sic!], para Basaglia, está relacionado ao poder econômico que possui, ou não.²⁸

Para Basaglia (1985), a psiquiatria clássica ao tratar o louco sob o prisma da doença apenas, não considerando suas necessidades de afeto, trabalho, dinheiro, encobriu a contradição social baseada na competição e nas diferenças de classes e culturais. Por isso, concordamos com Rodrigues (2002, p.117) quando afirma que Basaglia difere-se essencialmente de Foucault ao ressaltar a intrínseca relação entre a abordagem terapêutica e a esfera da produção, das tendências econômicas. Para Basaglia, o fim do manicômio impõe, por um lado, a necessidade de travar uma luta contra o poder médico e toda forma de coerção e violência e, por outro, a conquista de uma posição socioeconômica, como diz, que permita a reinserção desses elementos que ficaram à margem da vida em sociedade. Em conformidade com Rodrigues (2002), nessa dupla jornada contra o fim dos manicômios, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teria dado mais ênfase à desconstrução do poder e do saber médico e das formas de violência contra os loucos e menos ênfase às necessidades materiais dos mesmos. Rodrigues (2002) ressalta a ausência dessa preocupação com a materialidade da vida dos usuários no movimento da Luta Antimanicomial, bem como da inexistente articulação do movimento com sindicatos e partidos políticos de esquerda, como pudemos verificar também a partir da nossa pesquisa de mestrado (TOMAZ, 2009), conforme será demonstrado adiante.

²⁸ Basaglia, apesar de sua aproximação com o marxismo em suas produções não recorre, com frequência à categoria classe social para designar o “doente”, como diz, como pertencente à classe trabalhadora. Ele lança mão de outras denominações, como: pobres, nível social, poder econômico e, o por vezes, classes.

Rodrigues (2002, p.102) defende, então, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira incorporou de forma enviesada os elementos da reforma italiana, prevalecendo nas produções teóricas do campo da saúde mental brasileira, elementos que repudiam a objetividade científica, a pretensão universal da ciência, enfocando o fragmento, o efêmero e a indeterminação do real, que confluem para o campo das teorias pós-modernas.

Contudo, antes de darmos continuidade às elaborações de Rodrigues acerca dos elementos pós-modernos que ela identifica no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fazem-se necessárias algumas considerações acerca da emergência da pós-modernidade como expressão intelectual, teórica e cultural do capitalismo tardio, para posteriormente podermos identificar seus traços no âmbito da saúde mental.

De acordo com Anderson (1999), o termo pós-moderno surge na década de 1930 pela primeira vez no mundo hispânico - cerca de 50 anos antes de sua difusão na Europa e nos Estados Unidos -, para descrever um refluxo conservador dentro do movimento modernista artístico. Este termo ganha o campo da Filosofia apenas no final dos anos de 1970, com a obra *A condição pós-moderna*, de Lyotard (1979).

De acordo com Evangelista (2007, p.104), Lyotard tem o mérito de ter, primeiramente, sistematizado uma reflexão teórica sobre a emergência da pós-modernidade na qual “o termo pós-moderno designa o estado da cultura após as transformações que afetaram as regras dos jogos da Ciência, Literatura e das Artes, produzidas nas sociedades capitalistas mais desenvolvidas”. Ou seja, a pós-modernidade representa a transformação cultural emergente nas sociedades ocidentais no último quartel do século passado, marcada pela crítica ao fracasso da Social-Democracia, do Socialismo Real e da crítica à razão moderna - reduzida a uma dimensão instrumental. Este contexto de crise global da sociedade capitalista contemporânea se manifestou como crise do Estado de Bem-Estar Social nos países capitalistas ocidentais, bem como do socialismo real, nos países sob a influência soviética. De acordo com Evangelista,

A crise do socialismo real mostraria a inviabilidade de uma economia planejada e a crise do Welfare State demonstraria a insustentabilidade da interferência estatal como indutora do crescimento econômico e promotora do bem-estar social. Só então é possível ‘uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia’. Na falta de alternativa, o mercado tornou-se o fundamento tanto da liberdade econômica, como a justificação para a liberdade civil e política: sem livre mercado não haveria qualquer forma de liberdade (Evangelista, 2007, p. 81-82).

A pós-modernidade se estrutura a partir do culto ao fragmento; da negação da totalidade, da historicidade e de qualquer mecanismo de controle sobre o movimento do capital; da efemeridade e mercadificação das formas culturais; e da difusão da cultura de crise, cujos componentes centrais são o pensamento privatista e a constituição do cidadão-consumidor, como forma de adequação às mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

Foi neste contexto de crise dos ideais políticos do liberalismo (demonstrada pela suposta insustentabilidade da interferência estatal como indutora do crescimento econômico e promotora do bem-estar social) e do socialismo real (demonstrada pela inviabilidade de uma economia planejada), que, segundo Evangelista (2007, p. 81) emergiram as tendências ao conformismo social. Assim, a pós-modernidade, como expressão intelectual, teórica e cultural do capitalismo tardio, impactou diversos âmbitos da vida social, passando pela estética, política, economia, e pelo conhecimento.

No âmbito da estética, o pós-modernismo prima pelo ecletismo e pelo hibridismo de estilos. Segundo Anderson (1999, p.30), caracterizando-se por uma “mistura libertadora do novo e do velho, do elevado e do vulgar”.

Sua expressão no âmbito político está dada pela derrota estratégica dos movimentos sociais e das forças políticas radicais e pela afirmação do fim dos sujeitos políticos universais - como a classe trabalhadora e o partido político, que prevaleceram na modernidade –

e, em seu lugar, a emergência de grupos menores, cuja bandeira de luta está relacionada às questões particulares de gênero, raça, etnia, alterando com isso o cenário político e ideológico. Esses grupos menores lutariam contra um poder não mais localizado no Estado, mas disperso por toda a sociedade civil. Evangelista (2007, p.177) destaca que o aspecto positivo do fenômeno pós-moderno está relacionado ao fato de ter renovado a política contemporânea ao incorporar as reivindicações relativas às diferenças sexuais, culturais e raciais às lutas sociais e políticas emancipatórias. Tais incorporações trouxeram uma contribuição para uma autocrítica de muitos equívocos reducionistas e mecanicistas, cometidos pela esquerda socialista e revolucionária.

Entretanto, há que se ter cautela quanto a esse relativismo político, cultural e teórico da cultura pós-moderna uma vez que nesta concepção nenhuma mudança que dependa das instituições políticas seria mais esperada, porque as classes sociais e as lutas de classes teriam sido deslocadas da função de sujeitos históricos responsáveis pela transformação social, para ocuparem o lugar de suporte estrutural da política e do poder de Estado.

No âmbito econômico, as expressões da pós-modernidade podem ser verificadas no anúncio do nascimento de uma nova sociedade - a pós-industrial -, marcada pelo esgotamento do ciclo expansivo da economia capitalista ocidental, dos anos de 1970 e, a partir dos anos de 1980, pela expansão do neoliberalismo como novo padrão hegemônico do capitalismo avançado.

De acordo com Evangelista (2007 p. 99-100), as sociedades industriais caracterizavam-se pela produção de bens materiais, realizada por grandes corporações que se utilizavam da força de trabalho desqualificada ou semiqualificada e sociedades pós-industriais e teriam sua economia sustentada massivamente pelo setor de serviços, utilizando-se da informação e de pequenas organizações empresariais que empregam profissionais qualificados. Assim, para seus defensores, as sociedades pós-industriais trariam em seu interior a solução para conflito entre o antagonismo do capital e do trabalho, na medida em que

teria, supostamente, posto fim ao trabalho operário e, por consequência, à classe operária, à exploração e à alienação. A classe trabalhadora não mais existindo para os pós-modernos, deixam de existir também os conflitos de caráter coletivo e universal.

Nessa perspectiva, no lugar dos conflitos classistas emergem as demandas individuais e privadas de grupos específicos. A partir disso, os pós-modernos se apoiam na hipótese de que com a redução numérica do proletariado industrial, a ideia de classe social deixa de existir e, por isso, a classe trabalhadora não seria capaz de amalgamar uma ação coletiva.

Parte daí a tese do fim da sociedade do trabalho, cuja consequência é a crença no fim da classe trabalhadora como sujeito histórico responsável pela emancipação humana. No centro desse debate, estão autores como André Gorz (1982) e Clauss Offe (1985) e Jürgen Habermas (2012), apoiados na ideia ilusória de que o capitalismo em sua atual fase poderia prescindir do trabalho para manter sua reprodução, ou melhor, que o trabalho teria deixado de ter a centralidade anteriormente a ele atribuída em função da hipertrofia da esfera financeira. Por consequência, tem-se, supostamente, o fim da classe trabalhadora como sujeito histórico responsável pela emancipação humana.

Nesse contexto societário global, segundo Evangelista (2007, p.92), “é como se o pós-modernismo surgisse no rescaldo político da frustração de uma grande expectativa de mudança social radical”, ou da crise dos projetos societários alternativos à ordem do capital (Netto, 1995, p.198).

Já no âmbito da produção de conhecimento, o qual pensamos ter relação direta com a discussão que fazemos neste livro, o termo pós-moderno diz respeito às teses que sustentam a crise dos “paradigmas” nas ciências sociais, das metanarrativas e da objetividade científica. Assim, desde os finais dos anos 1970 e início dos anos 1980, sua expressão no âmbito das ciências humanas e sociais pode ser verificada a partir da emergência das teorias cujo alvo principal de crítica foi o marxismo. O fato de o marxismo estar no

horizonte da crítica pós-moderna adensou o pensamento de que a única ordem possível é a burguesa, uma vez que, após as referidas tentativas frustradas de mudanças sociais mais ou menos radicais, esta ordem passa a ser aceita como a única possível, formando um consenso em torno da sua manutenção. Nesse sentido, as perspectivas teóricas e ideológicas pós-modernas surgiram nos países capitalistas industrializados nos anos 1970, como fruto da chamada “crise da modernidade” que atravessava o mundo contemporâneo e fez emergir as tendências ao conformismo social. Contudo, conforme Rodrigues (2006), neste âmbito, é preciso reconhecer que há um pós-modernismo de oposição e um de celebração. Porém, ambos partem da premissa do esgotamento da modernidade. O primeiro adverte para a necessidade de constituição de uma nova condição social e de uma nova epistemologia e o segundo interpreta o esgotamento da modernidade como um colapso e como um esgotamento de qualquer alternativa às práticas sociais da modernidade.

Assim, concordamos com Rodrigues (2006) quando afirma que ambos constituem-se numa antiontologia, uma vez que é possível identificar aspectos comuns que remetem ao repúdio às metanarrativas e a perspectiva teórico-crítica da totalidade - que é erroneamente identificada com totalitarismo; ao irracionalismo, como o eixo basilar da cultura pós-moderna que sustenta o repúdio à totalidade, a semiológização do real e a diluição das fronteiras entre os pares categoriais essenciais à ontologia - sociedade/natureza, essência/aparência e ciência/arte (Netto, 1994).

Assim, Rodrigues (2006, p.30) afirma que o horizonte teórico e político do pós-modernismo é o conservadorismo, mesmo em seus estratos de esquerda, visto que os traços que o caracterizam, a antiontologia e o neoirracionalismo, não apontam para a possibilidade de superação da ordem vigente.

Segundo Frederico (1997), a presença desse irracionalismo, que emerge com a pós-modernidade, pode ser verificada no campo da Historiografia, das Artes em geral, da Literatura, da Sociologia e da

Economia Política. Contudo, vamos nos ater à sua expressão no campo da Historiografia, Sociologia e Economia.

No campo da Historiografia, esse irracionalismo está presente no abandono da ideia de estrutura social e de totalidade, donde a Historiografia passou a se basear no discurso, no subjetivismo e não mais na concretude do real. Como consequência desse abandono, verifica-se um afastamento em relação ao questionamento da ordem social burguesa, como uma ordem que explora de forma a força de trabalho.

Quanto à influência do irracionalismo pós-moderno na Sociologia, Frederico afirma que

A referência à sociedade como totalidade foi substituída pelos estudos monográficos; a concatenação entre os diversos fenômenos da vida social cedeu lugar às análises que fragmentam a realidade; a determinação da estrutura social sobre os demais planos do real desapareceu nos estudos sobre o cotidiano indiferenciado. E nos novos tempos, o professor não fala mais em Durkheim, Weber e Marx, e sim em Nietzsche, Foucault, Baudrillard, etc. (Frederico, 1997, p. 179).

Com isso, segundo o referido autor, a função do conhecimento não estaria mais vinculada ao conhecimento da essência dos fenômenos, sua razão de ser, mas à aparência destes e nas possibilidades de controle sobre a realidade, assemelhando-se ao empirismo funcionalista. Por isso, Frederico questiona: a quem interessa essa dispersão e atomização do conhecimento da vida social? (Frederico, 1997, p. 180). A resposta a essa pergunta parece não distanciar-se do que foi discutido acima em relação ao afastamento do questionamento da ordem social burguesa, como uma das consequências da negação da perspectiva de totalidade em relação ao conhecimento da realidade social, uma vez que dessa forma, os nexos com a sociedade capitalista não aparecem e as propostas de sua “superação” também deixam intocável a estrutura material/concreta da sociedade burguesa, o que faz transparecer o grau de funcionalidade desse pensamento à lógica do capital.

Wood (1999) ressalta o interesse de alguns pós-modernistas pela linguagem, pela cultura e pelo “discurso” e de outros pela “construção social” do conhecimento e - o que parece abranger toda construção do pensamento pós-moderno -, a rejeição às formas de conhecimento totalizantes e universais.

Para os pós-modernos interessados na linguagem, na cultura e no “discurso”, não há nenhum padrão externo de verdade, que sustente as relações sociais, nenhuma estrutura mais profunda, ou seja, para eles a realidade não pode ser revelada em sua essência, não há uma verdade por trás das aparências. Existem “verdades” sobre as relações sociais que são construídas a partir de uma perspectiva subjetivista, a qual constrói “discursos” sobre o real. Wood (1999) afirma que

[...] para alguns, isso parece significar, de forma bem literal, que os seres humanos e suas relações sociais são constituídos de linguagem, e nada mais, ou, no mínimo, que a linguagem é tudo o que podemos conhecer do mundo e que não temos acesso a qualquer outra realidade (Wood,1999, p. 11).

Para os pós-modernos defensores de uma “construção social” do conhecimento, a ciência ocidental é apenas manifestação de princípios imperialistas e opressivos. Como se as leis da natureza fossem socialmente construídas, historicamente variáveis e não tivessem nenhuma determinação ontológica. Como, por exemplo, a física que é tratada apenas como um construto histórico-social variável (Wood,1999, p.12).

Assim reiteramos que as teorias pós-modernas se constituem a partir de um ataque frontal às teorias totalizantes e universalizante, ancoradas na razão moderna, fundamentalmente o marxismo. Nessa direção, o pensamento pós-moderno substitui a razão pela análise do discurso, trazendo como premissa uma representação singular e subjetivista sobre o real em contraposição a uma interpretação universalista e totalizante.

Para Rodrigues (2006),

É unânime, no conjunto de autores que integram o pensamento pós-moderno, a condenação de qualquer perspectiva teórica mais inclusiva. Não é à-toa que nos pós-modernos toda metanarrativa ou metateoria seja refutada e que a perspectiva teórico-crítica da totalidade seja identificada com o totalitarismo. Em oposição à totalidade, os pós-modernos se preocupam com a alteridade e com a autenticidade de outras vozes e de outros mundos. Quanto à realidade objetiva, tão cara ao exame ontológico, os pensadores pós-modernos tendem a minimizá-la. Mesmo entre os pós-modernos mais críticos, há uma forte propensão a semiologizar o real, isto é, a reduzir a objetividade da vida material a suas dimensões estritamente simbólicas. Até para aqueles intelectuais pós-modernos comprometidos com as lutas de esquerda, o mundo e a ciência são concebidos como uma construção discursiva. Se a realidade, que é objeto da ciência, torna-se signo, o conhecimento científico só pode ser concebido como uma construção discursiva, um jogo de linguagem que, frente a outros saberes, não pode aspirar a qualquer superioridade cognitiva (Rodrigues, 2006, p. 27-28).

Nesse sentido, seja por via do interesse pela linguagem, pela cultura e pelo “discurso”, seja pela “construção social” do conhecimento, a crítica pós-moderna é direcionada ao materialismo histórico-dialético, de caráter ontológico-social, enquanto modo de análise da realidade, uma vez que as teorias pós-modernas refutam a possibilidade do conhecimento da totalidade social, o que leva à afirmação das singularidades e especificidades dos fenômenos de forma isolada e fragmentada, negando a análise causal relacionada à existência de estruturas e de conexões entre elas.

Para a crítica pós-moderna

Temos que rejeitar não só as antigas ‘histórias grandiosas’, tal como os conceitos de progresso do Iluminismo, mas também a noção de processo histórico e causalidades inteligíveis – e com elas, evidentemente, qualquer ideia de ‘escrever a história’. Não há processos estruturados acessíveis ao conhecimento humano (ou, temos que supor, à ação humana); há somente “diferenças” anárquicas, separadas e inexplicáveis (Wood, 1999, p.15).

Outra crítica pós-moderna ao marxismo assenta-se na ideia do proletariado como sujeito histórico revolucionário, acusando o marxismo de realizar uma leitura reducionista dos processos organizativos e ideopolíticos ao enfatizar a determinação de classe. Com isso, há o abandono da ideia da revolução, uma vez que o pós-modernismo propõe a ênfase nas identidades culturais, nas lutas fragmentadas e concentradas em temas e identidades particulares, e não mais na classe trabalhadora.

Esse caminho trilhado pela crítica pós-moderna impossibilita que a análise da realidade possa chegar à origem dos poderes que oprimem a classe trabalhadora, bem como o fato de que esta possa aspirar a qualquer tipo de resistência particular ou específica. Evangelista (2007, p. 77) afirma que o pensamento pós-moderno se refere a um *esvaziamento* de sentido e de representação sendo marcado pela efemeridade, pela indeterminação, pela descontinuidade, pelo ecletismo das diferenças e pelo caos. Assim, segundo o referido autor, tem-se um sujeito político descentrado, fragmentado em diversas identidades, cujas reivindicações e ações contrapõem-se àquela sustentada por uma identidade social comum e por interesses comuns.

O pós-modernismo, ao negar a historicidade, nega também um sistema de causalidades que o impede de chegar à origem das coisas e, portanto, de articular uma luta coletiva, restando apenas oferecer resistências particulares e fragmentadas. Para as teorias Pós-Modernas, os conceitos de revolução e de emancipação humana são abandonados e substituídos pela ideia da "micropolítica", do "poder microfísico" que gerará resistência a partir de um contra poder igualmente particular. Conclui-se, portanto, que os interesses universais e de classe são substituídos por objetivos grupais, específicos e localistas. Ou seja, o pensamento pós-moderno vai da defesa do individualismo à defesa das identidades culturais.

Dito isto, retomamos o debate acerca da influência pós-moderna no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rodrigues (2002) identifica alguns traços do pós-modernismo influenciando o campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que convergem para o

campo da negação das determinações ontológicas, ou seja, uma antiontologia marcada também por um neoirracionalismo que, segundo Netto (1994), é o eixo basilar da cultura pós-moderna que sustenta o repúdio à totalidade, à semiologização do real e a diluição das fronteiras entre os pares, categoriais essenciais à ontologia, supervalorizando as aparências, a superfície dos fenômenos imediatos.

Os traços da cultura pós-moderna identificados por Rodrigues (2002) são: uma postura anti-iluminista; a recusa à totalidade; a recusa à objetividade da vida material, que é reduzida a dimensões simbólicas; e à defesa da concepção de uma personalidade esquizofrênica.

O primeiro traço marca a postura anti-iluminista, que considera a razão como responsável pelas mazelas da modernidade e o louco, como produtos da ciência; e a desinstitucionalização psiquiátrica como um processo apenas epistemológico, fazendo com que a Luta Antimanicomial tenha como objetivo central a desconstrução do saber psiquiátrico tradicional centrado no tratamento asilar. Além disso, esta postura propõe a desconstrução de todo e qualquer saber racional, científico e objetivo, que busque desvelar a essência dos fenômenos, ou seja, "a luta pela Reforma Psiquiátrica deve abandonar qualquer pretensão do saber, deve proclamar o neo irracionalismo" (RODRIGUES, 2002, p.106).

O segundo traço, indicado por Rodrigues (2002), é o da recusa à totalidade – confundida equivocadamente com o totalitarismo – que traz a crítica aos “paradigmas” que buscam compreender a realidade como um todo conexo e cognoscível. Esta crítica não se restringe apenas ao campo do conhecimento da realidade, ou seja, sua base epistemológica, mas à própria condição de objetividade da realidade, afirmando que esta é caótica, fragmentada e em constante mudança e por isso, é impertinente a busca por tratá-la na sua totalidade.

O terceiro traço refere-se à redução da objetividade da vida material a dimensões simbólicas, bem como a uma compreensão do mundo a partir de uma construção discursiva em que a realidade é transmutada num jogo de linguagem.

O ceticismo em relação à verdade, propalado pelo ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira como condição necessária à democratização das relações terapêuticas e à escuta da diferença, expressa claramente a reciprocidade entre a semiologização do real e a recusa da totalidade. De acordo com esse prisma cético, devemos abandonar a busca do verdadeiro sentido da realidade ou dos argumentos sustentados pelos indivíduos não somente porque a objetividade de qualquer conhecimento seja questionável, mas, sobretudo porque a própria realidade não se deixa conhecer em sua verdade. A realidade "como ela é", concreta e objetiva, não existe, ela é o caos, um signo aberto a várias traduções, cujo significado original nos é inacessível (Rodrigues, 2002, p.109).

O quarto traço pós-moderno, a que se refere Rodrigues (2002, p.110), é a afirmação do sujeito descentrado, “proclamado abertamente por aqueles que [...] postulam o reconhecimento do caráter acidental e imprevisível da existência humana [...] defendendo a ideia de um sujeito aberto à pluralidade das produções que a cultura oferece”. Segundo a autora, este tem sido o fio condutor de diversas propostas de trabalho que têm sido denominadas de “nova clínica”.²⁹ Tais propostas proclamam a “nova clínica” como uma clínica alternativa à psiquiatria tradicional, sob alguns postulados consensuais. Dentre estes postulados, podemos afirmar que o primeiro concebe essa clínica “como espaço de criação, liberdade e inventibilidade, desprovida de qualquer pretensão científica” e o segundo corresponde ao estatuto do encontro em que a “clínica dispensa sua especialidade e profissionalidade, exigindo de seu operador a suspensão de todas as certezas, inclusive a certeza de que tem de analisar” (Rodrigues, 2002, p.109).

²⁹ A respeito dessa discussão sobre “nova clínica”, ver: BEZERRA JÚNIOR, B. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? In: PRÁTICAS ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano. Cadernos IPUB, n. 14. Instituto de Psiquiatria UFRJ., 1999. VAZ, R. D. Por uma arquitetura dos afetos.... Fragmentos para se pensar nos desafios na construção dos Centros de Atenção Diária no Município do Rio de Janeiro. In: PRÁTICAS ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano. Cadernos IPUB. Nº 14. Instituto de Psiquiatria UFRJ. Rio de Janeiro, 1999. LEAL, E. M. Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. In PRÁTICAS ampliadas em saúde mental : desafios e construções do cotidiano. Cadernos IPUB. Nº 14. Instituto de Psiquiatria UFRJ. Rio de Janeiro, 1999. BAREMBLITT, G. A Clínica como ela é. Des pontos para uma apresentação. In: SAÚDE e Loucura: a clínica como ela é. Nº 05. Editora Hucitec, 1995.

Ou seja, é a destituição de todo e qualquer saber, seja de base técnica ou teórica, que deve se basear na escuta, no acolhimento, na solidariedade, no afeto. O terceiro postulado refere-se à relação que se estabelece entre a "nova clínica" e a base teórica, isto, é a "nova clínica" além de eclética também prima pela inclusão dos saberes não teóricos (Rodrigues, 2002, p.111).

Como demonstraremos e problematizaremos no segundo capítulo, a figura do "Técnico de Referência", que possui centralidade na organização dos serviços de saúde mental, a partir do desempenho de funções de caráter genérico e inespecífico, é, a nosso ver, o que melhor representa a incorporação desses postulados apontados por Rodrigues (2002), uma vez que, como será demonstrado, espera-se desse profissional uma atuação que não esteja circunscrita aos limites do seu estatuto profissional (secundarizando as particularidades profissionais) e que esteja ancorada, principalmente, no "vínculo" e na "escuta", estabelecidos entre o profissional e o usuário. Identificamos que esses "postulados" parecem configurar parte daquilo que deve orientar a atuação do "Técnico de Referência". Contudo, a forma de organização do trabalho em equipe, como veremos, demonstra que esta atuação genérica e inespecífica está relacionada também à concepção de trabalho inter/transdisciplinar que, conforme demonstraremos no terceiro capítulo, está fundamentada numa proposta de trabalho supostamente plural.

Assim, concordamos com Rodrigues (2002) que estes postulados expressam em conjunto o voluntarismo e o pragmatismo, horizontes da pós-modernidade, cuja exigência única, imposta àqueles que com ela desejam trabalhar, é o afeto e uma disposição pragmática, que inevitavelmente ficam presos na imediaticidade da aparente realidade.

A pesquisa sobre a "Cidadania do Louco" (Tomaz, 2009), realizada durante o mestrado, também aponta elementos que convergem para a forte influência do pós-modernismo no campo da saúde mental. Naquela pesquisa, pude inferir que houve grandes avanços na política de saúde mental e conquistas realizadas pelo movimento da

Reforma Psiquiátrica Brasileira, em sua luta pela extinção do manicômio, pela transformação da cultura manicomial no trato com a pessoa com transtorno mental, pela criação de uma rede de serviços que pudesse ser substitutiva ao manicômio. Contudo, o elemento central da Reforma Psiquiátrica é a defesa da cidadania do louco, e neste aspecto pude identificar que a cidadania reivindicada, defendida e conquistada transformou-se, no período que vai de meados da década de 1980 até a primeira década do século XXI, numa concepção pós-moderna de cidadania.

Naquele estudo (Tomaz, 2009), identificamos uma tergiversação da concepção da cidadania defendida pelo Movimento Antimanicomial, que inicialmente estava afinada, minimamente, com a concepção de cidadania marshalliana³⁰ e esta concepção estava atrelada à necessidade de o movimento vincular-se à luta geral dos trabalhadores, a partidos políticos e movimentos sociais, numa perspectiva de superação deste modelo de sociedade, caracterizado pela produção de desigualdades e contradições sociais. Isso quer dizer que a concepção inicial de cidadania defendida pelo movimento trazia, de forma implícita, uma perspectiva de superação da ordem burguesa. Entretanto, pudemos identificar a mudança na concepção de cidadania presente ao longo de 20 anos de militância do movimento (1987 – 2007), bem como sua tergiversação à concepção inicial. Assim, este movimento, ao longo desses anos, passou por transformações na sua concepção de cidadania até chegar à defesa de direitos para os loucos no campo do reconhecimento das diferenças entre os sujeitos, perdendo a perspectiva de luta classista que estava presente no seu interior, marcadamente, nos anos de 1980.

As características da concepção de cidadania reivindicada e defendida pelo movimento da Luta Antimanicomial - que pudemos capturar à época daquela pesquisa, e que pudemos identificá-la com a

³⁰ Apesar de reconhecermos os limites inerentes a esta concepção de cidadania que, segundo o próprio Marshall (1967), responde aos anseios e necessidades de manutenção da ordem burguesa, controle e coerção da classe trabalhadora, que se dá a partir da identificação entre todos os indivíduos e a ordem social, acima de seus pertencimentos de classe. No entanto, é esta concepção que orienta a Carta Constitucional de 1988 até o final do século passado, e os loucos não tinham, sequer, esses direitos de cidadania reconhecidos.

concepção pós-moderna de cidadania -, têm como características: a ausência do questionamento acerca da estrutura social em que este fenômeno se dá e a inexistência de propostas de transformações estruturais nesta sociedade. Assim, suas reivindicações são pela inclusão dos loucos na sociedade burguesa; pelo reconhecimento de particularidades, subjetividades e necessidades especiais destes, ou seja, o reconhecimento da cidadania das “diferenças”³¹ - uma cidadania que respeite as singularidades da loucura, que não imponha a um sujeito “sem razão” que este se adapte a uma vida social ordenada pelo discurso racional,³² e pelo rompimento com o estigma da loucura e a luta pela construção de uma nova relação entre a loucura e a sociedade, não atingindo um nível de lutas e reivindicações inscritas num processo mais amplo, global e estrutural de transformações sociais.

Assim, depois de um longo caminho analítico, que não poderá ser aqui expresso, mas que está presente na referida dissertação (Tomaz, 2009), pudemos inferir que a concepção de cidadania defendida pela Luta Antimanicomial é fruto da chamada cultura pós-moderna, que prima, entre outros, pelo ecletismo das diferenças, valorizando a fragmentação do sujeito em várias identidades, pelo repúdio às metanarrativas e à perspectiva teórico-crítica da totalidade - que é erroneamente identificada com totalitarismo -, reduzindo a objetividade da vida material às suas dimensões simbólicas e a ciência a uma construção discursiva.

Ademais, não se trata de uma coincidência que esta concepção de cidadania tenha sofrido mudanças exatamente a partir de meados da década de 90 do século passado, momento em que vivíamos no Brasil a entrada e o aprofundamento do ideário neoliberal e do esta-

³¹ Boaventura de Souza Santos exerce forte influência no campo das produções teóricas da saúde mental, principalmente no que tange à concepção de cidadania, para o qual o ideal da igualdade universal, construído pelo projeto civilizatório moderno, que nivela todos os indivíduos a uma condição de igualdade e não reconhece as diferenças individuais, não é capaz de atender a todos, de fato, em suas necessidades através de uma cidadania que seria universal.

³² Identificamos (TOMAZ, 2009) também um forte traço do irracionalismo pós-moderno informando este campo de reivindicação de direitos de cidadania.

belecimento do conflito entre as forças progressistas, que apoiaram a Constituinte e as forças conservadoras, que trataram de implantar as medidas de ajuste neoliberal. Este contexto vivido pela sociedade brasileira foi fruto de um processo global de crise e de esgotamento do ciclo expansionista do capital que se deu a partir das últimas décadas do século XX. E foi justamente neste contexto histórico que emergiu a cultura pós-moderna. Pode-se considerá-la, portanto, como expressão intelectual, teórica e cultural dessa nova ordem societária que está se formando. Nesse sentido, as teorias pós-modernas refutam a possibilidade do conhecimento da totalidade social, o que leva à afirmação das singularidades e especificidades dos fenômenos de forma isolada e fragmentada, negando a análise causal relacionada à existência de estruturas e de conexões entre elas. De acordo com Duriguetto (2007, p. 227), como consequência dessa concepção de cidadania “o que se tem é a tendência ao reforço do corporativismo e das relações particularistas”. O que acarretará numa hipertrofia das diferentes lutas em “demandas e formas de expressão fragmentadas, despolitzadas, agarradas à pragmaticidade e a imediaticidade cotidianas” (*ibid*).

A partir dessas reflexões e daquelas que apresentamos a partir das produções de Rodrigues (2002 e 2006), partimos da compreensão de que no Brasil a área da saúde mental - enquanto campo de luta e reivindicações de movimentos sociais e política pública -, vem recebendo significativas influências do pós-modernismo, que tem delineado os contornos da política, das práticas e dos saberes nessa área. Contudo, conforme já salientamos, o campo da saúde mental é influenciado tanto pelas propostas de desinstitucionalização italiana quanto por propostas de cunho pós-modernista. No entanto, reiteramos que é inegável o avanço conquistado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira que deu uma nova direção para o tratamento dos loucos, tratamento este centrado hoje nos serviços abertos, comunitários, como os CAPS/CERSAMs, os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, os Consultórios de rua e os

Hospitais-Dia, que vêm construindo outra forma de relação entre o louco e a sociedade.

Assim, obviamente, reconhecemos as conquistas históricas da Reforma Psiquiátrica, o deslocamento da política de saúde mental do campo conservador para campo progressista, alterando sobremaneira a política do setor, no sentido em que os serviços alternativos à hospitalização vão sendo criados sob a proposta de serem substitutivos ao manicômio e que a luta pela extinção deste, incorpora familiares e usuários de serviços de saúde mental. Bem como se presenciou conquistas no campo legislativo, coibindo o arbítrio dos procedimentos de internação e resguardando a condição de sujeitos de direitos das pessoas com transtorno mental.

Porém, em tempos de políticas ultra neoliberais, as políticas sociais sofrem consequências da política econômica e são atravessadas por estas. Assim, se por um lado as políticas econômicas, em curso no Brasil, confrontam-se com os projetos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e põem em risco a possibilidade de construção de políticas de saúde pública universais, gratuitas e de qualidade e, ainda, no âmbito específico da saúde mental põem em risco as possibilidades de consolidação do modelo assistencial de base comunitária e territorial e antimanicomial -, por outro, os elementos pós-modernos presentes no âmbito da saúde mental, sejam aqueles expressos pela via do movimento social, sejam aqueles expressos no campo teórico, não convergem para a construção de um trabalho nesta área que vislumbre a superação das desigualdades sociais fruto das contradições inerentes à ordem burguesa, ao contrário, podem levar ao reforço do conservadorismo. Ou seja, frente a políticas de caráter ultra neoliberal e conservadoras, os tempos são difíceis para qualquer projeto progressista, seja ele da Reforma Sanitária e/ou Psiquiátrica, o que traz consequências e desafios para o trabalho das/os Assistentes Sociais, conforme será demonstrado e problematizado ao longo deste livro.

2.

O TRABALHO NOS CAPSIII/CERSAMs E O SERVIÇO SOCIAL

Neste capítulo, iniciaremos a discussão sobre o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde mental, em particular, aquele realizado nos CAPSIII/CERSAMs, no estado de Minas Gerais. Tal discussão dar-se-á com base nos elementos capturados a partir da pesquisa empírica realizada junto aos Assistentes Sociais situados nos referidos serviços. O contato direto com a realidade de trabalho vivida pelos Assistentes Sociais colocou-nos diante de questões relativas à objetividade das condições de trabalho postas nos serviços públicos de atenção à saúde mental e sua relação com as possibilidades e os resultados do trabalho realizado pelos Assistentes Sociais; bem como colocou-nos diante da forma de organização do trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs, que trouxe à tona a centralidade das requisições institucionais postas pela função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, conforme será demonstrado.

Por isso, o presente capítulo foi dividido em duas seções que tratam, respectivamente, da objetividade das condições de trabalho dos Assistentes Sociais e da forma de organização do processo de trabalho nos referidos serviços, a partir da centralidade e importância da atuação dos profissionais como “Técnicos de Referência”.

A partir da aproximação e captura dos elementos que compõem as particularidades do trabalho dos Assistentes Sociais inseridos nos CAPSIII/CERSAMs pesquisados, nos deparamos com uma dimensão da realidade de trabalho no âmbito da saúde mental que consideramos central para compreensão dos nexos existentes entre os determinantes da organização do trabalho nos CAPSIII/CERSAMs e o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais. Esta dimensão é a subsunção das atribuições e competências profissionais, histórica e legalmente reconhecidas, dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde mental às requisições institucionais postas pelas funções genéricas e

inespecíficas que vêm desempenhando como “Técnicos de Referência”. Esta função, entre outras, apresenta como demanda para os Assistentes Sociais: o domínio sobre o conhecimento de determinadas áreas para as quais a formação em Serviço Social não está direcionada, tais como as reivindicações por intervenções de caráter individualizante, terapêutico, clínico e subjetivista. Acreditamos que a compreensão dessa dimensão da realidade de trabalho no âmbito da saúde mental – a centralidade da função do “Técnico de Referência” – nos fornecerá elementos para compreendermos os nexos entre os determinantes da organização do trabalho nos CAPSIII/CERSAMs e o trabalho que vem sendo realizado pelos Assistentes Sociais. Revelando, com isso, as particularidades deste trabalho, os determinantes de seu resultado e sua relação com a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais.

Nesta pesquisa, pudemos identificar que a subsunção das atribuições dos Assistentes Sociais às funções genéricas e inespecíficas do “Técnico de Referência” está relacionada à organização do trabalho das equipes interprofissionais dos CAPSIII/CERSAMs, a qual determina que “todos” os técnicos assumam a função como “Técnicos de Referência” e realizem ações comuns, independentemente de sua formação acadêmica, conforme será demonstrado na seção 2.3 deste capítulo.

Contudo, esse trabalho se dá sob determinadas condições materiais e objetivas que, em maior ou menor escala, medeiam as possibilidades de trabalho na saúde mental, tanto para os Assistentes Sociais como para todos os outros trabalhadores. Por isso, antes de adentrarmos na discussão específica desta seção apresentaremos, primeiramente, alguns elementos que consideramos fundamentais para realização do trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs. Estes elementos são as condições objetivas e materiais nas quais esse trabalho se realiza, que, por sua vez, levaram-nos à discussão dessas condições com o atual contexto de políticas de ajuste fiscal e os impactos dessas políticas no âmbito da saúde mental. Assim, a discussão específica acerca da organização do trabalho nos

CAPSIII/CERSAMs e o trabalho do Assistente Social, a partir do qual pudemos identificar a centralidade da figura do “Técnico de Referência” no interior das equipes interprofissionais, será feita na segunda seção deste capítulo.

2.1. A objetividade das condições de trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs

De acordo com Marx (1985, p.151), “não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz, é o que distingue as épocas econômicas”. São, então, os meios de trabalho que indicam as condições sociais nas quais esse trabalho se realiza, ou seja, são as condições objetivas que “mediam a atuação do trabalho sobre seu objeto [...] sem elas, [o trabalho] não pode decorrer ao todo ou só deficientemente” (Marx, 1985, p.151) ou seja, sem uma análise das condições objetivas, a análise do trabalho se dá de modo incompleto.

Nesse sentido, o objetivo desta seção é apresentar as condições materiais e objetivas nas quais se realiza o trabalho das equipes interprofissionais nos CAPSIII/CERSAMs, para posteriormente problematizarmos a relação evidente entre as mesmas e as transformações ocorridas no mundo do trabalho na contemporaneidade, na relação entre o capital, o Estado e a sociedade civil cujos impactos podem ser sentidos, entre outros, no âmbito das políticas sociais, com as quais trabalham os Assistentes Sociais - em sua maioria -, em particular, da política de saúde mental. Com isso, pretendemos nos aproximar da compreensão de que essas condições objetivas (que estão acima das possibilidades de escolha e intencionalidade dos profissionais) condicionam, em certa medida, o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais nos referidos serviços. A nosso, ver essas condições estão ao lado e se dão de forma articulada com a orientação teórico-metodológica e ideopolíticas das equipes interprofissionais da saúde mental (que será apresentada no próximo capítulo); bem como acreditamos que estejam relacionadas com a condição de trabalhador assala-

riado do Assistente Social, apresentada no capítulo anterior, e com a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético.

Assim, a fim de apresentarmos os elementos concretos para a referida discussão, serão abordados nesta seção alguns aspectos do trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs que pudemos capturar a partir das entrevistas, tais como: a carga horária semanal de trabalho; os recursos materiais e humanos das instituições; a relação entre a política de saúde mental dos municípios e as propostas da Reforma Psiquiátrica; e a capacitação profissional.

a) Quanto à carga horária semanal de trabalho

Para 10 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, sua carga horária de trabalho semanal é de 40 horas e 01 possui carga horária de 30 horas. Sendo que 06, desses 10 Assistentes Sociais, cumprem 20 horas nos CAPSIII/CERSAMs e 20 horas como Assistentes Sociais dos Centros de Saúde. Dos outros 04 Assistentes Sociais, 01 está com carga horária reduzida parcialmente para fins de qualificação doutoral; 01 cumpre 28h no CAPSIII/CERSAMs e as outras 12 horas são destinadas à preceptoria da residência multiprofissional em saúde mental; e 02 cumprem as 40h de trabalho semanal nos CAPSIII/CERSAMs.

Estes dados demonstram que apenas um serviço cumpre a Lei Nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e define a jornada máxima de trabalho do Assistente Social em 30 horas semanais. Contudo, a maioria dos profissionais cumpre apenas 20 horas semanais nos serviços de saúde mental e as outras 20 horas são cumpridas em outro serviço público de saúde da rede do município.

Questionamos aos Assistentes Sociais sobre a compatibilidade das demandas apresentadas nos serviços e sua carga horária e, de acordo com os relatos, 20 horas são insuficientes para realização do trabalho como Assistentes Sociais e “Técnicos de Referência” e aqueles que cumprem as 40 horas nos CAPSIII/CERSAMs, consideram-nas excessivas.

De acordo com os relatos, o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais a partir das requisições institucionais postas pela função como “Técnicos de Referência” ocupa cerca de $\frac{3}{4}$ da carga horária de trabalho, restando pouco tempo para atenderem às demandas dirigidas ao Serviço Social³³ como, por exemplo, a realização de visitas domiciliares, que não ocorrem devido à falta de tempo para sua realização e também pela necessidade de agendamento prévio do veículo para realização dessas visitas, como veremos adiante.

b) Quanto aos recursos materiais e humanos

Dos 11 Assistentes Sociais, 10 disseram que os recursos materiais são insuficientes para a realização do trabalho, com destaque para a disponibilidade de veículo destinado à realização de atividades externas, como as visitas domiciliares. Segundo os Assistentes Sociais, os CAPSIII/CERSAMs não fazem visita a uma pessoa que está em crise. A responsabilidade por levar o paciente ao serviço é da família, do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou da polícia. Os referidos serviços realizam visitas domiciliares somente para os usuários que já estão em tratamento, ou seja, quando a equipe percebe que estes não estão sendo medicados como deveriam. Apenas nesses casos, há um agendamento do veículo para realização da visita domiciliar, uma vez que não há veículos disponíveis para tal atividade.

Por isso, as visitas domiciliares são realizadas esporadicamente, apenas em casos muito graves de usuários que estão em P.D. e depois da equipe ter extrapolado outras possibilidades de contato com o usuário e/ou sua família. Em 04 municípios há disponibilidade de veículo cerca de uma, ou no máximo, duas vezes por semana para o qual estão destinadas demandas para realização do matrículamento, de visitas domiciliares e de tratamento de questões administrativas dos

³³ A próxima seção deste capítulo apresentará de forma detalhada o trabalho do Assistente Social como “Técnico de Referência”.

serviços. Dessa forma, nesses municípios, as visitas domiciliares também devem ser agendadas previamente, impedindo o atendimento imediato das demandas dos usuários.

Em casos de urgência, quando há uma situação que não pode ser adiada e que deve ser resolvida rapidamente, como os episódios de violência e agressividade dos usuários - pois se houver demora, pode-se colocar em risco o próprio usuário, a família e até a comunidade. Assim, se o objetivo dos serviços de saúde mental de base comunitária e territorial é oferecer assistência à pessoa com transtorno mental, de forma que a internação não seja o primeiro recurso a ser solicitado, ou o único disponível nas situações de urgência, há a necessidade de disponibilização do veículo imediatamente, ao contrário do que vem ocorrendo nos serviços pesquisados.

Esta questão da necessidade e disponibilização relativa do veículo nos serviços pode parecer um dado aparentemente simples, mas deve ser considerado de profunda importância para o trabalho em saúde mental. Como prevê o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001

Os gestores deverão facilitar o processo de reorganização da assistência em saúde mental, proporcionando e garantindo, em todos os níveis da rede de serviços, recursos e condições financeiras, materiais, técnicos e espaço físico adequado para a viabilização de novos modelos assistenciais e o desenvolvimento das ações de saúde mental, incluindo, também, veículos para situações de pronto atendimento, visitas domiciliares e outros. (Brasil. 2002, p.30)

Segundo os Assistentes Sociais, caso houvesse veículo disponível diariamente para realização das visitas domiciliares necessárias, a organização do serviço seria outra, permitindo a busca ativa³⁴ dos usuários em crise psiquiátrica, ou que estejam com outras

³⁴ Pressupõe atender às necessidades de saúde para além da demanda espontânea, quando a equipe de saúde ou um técnico desta equipe se desloca do serviço de referência para ir ao encontro do usuário seja na sua residência, seja na rua ou em qualquer outro lugar que ele se encontre e, supostamente, esteja necessitando de assistência.

demandas, por exemplo, ou um acompanhamento mais próximo dos usuários fora dos muros dos serviços.

Dentre os outros recursos necessários para realização do trabalho nos serviços pesquisados, alguns problemas foram relatados pelos Assistentes Sociais: a **insuficiência de material para realização das oficinas, de espaço físico e de computadores; a falta de suprimentos como o café**, servido nos lanches da manhã e da tarde, de copos descartáveis ou até mesmo de pessoal, como copeiro e ajudante de serviços gerais - o que tem levado os técnicos a servirem as refeições aos usuários. Em determinado município, foi relatado também o **corte no pagamento dos funcionários terceirizados**, como os motoristas dos veículos que fazem a rota diária dos usuários, fazendo com que esses profissionais reduzissem sua carga horária de trabalho pela metade, ou seja, fazendo apenas meia rota. Com isso, neste período, os usuários não puderam ir ao serviço para sua permanência-dia e tiveram que ser medicados diariamente em casa, sem receber a assistência devida e necessária, além da medicação, tais como: o atendimento individual, a participação em grupos e oficinas.

Os Assistentes Sociais afirmaram que os **espaços físicos** não são suficientes para o tipo de trabalho priorizado pelos serviços, qual seja: o atendimento ao usuário em crise e o acompanhamento individual realizado pelos “Técnicos de Referência” aos usuários admitidos nos CAPSIII/CERSAMs. As ações realizadas pelos técnicos para execução desse trabalho estão assentadas, preponderantemente, em atendimentos individuais, como demonstraremos e problematizaremos no último item deste capítulo. Estes atendimentos são realizados em salas específicas, que os Assistentes Sociais denominam de consultórios, onde o sigilo das informações possa ser garantido e, tanto o usuário, quanto o profissional tenham privacidade nesses atendimentos. No entanto, a título de exemplo, em um dos serviços pesquisados há 04 consultórios para uma equipe diária de 07 técnicos, cujas ações são essencialmente realizadas a partir de atendimentos individuais. Este fato tem levado os profissionais a disputarem os espaços físicos

existentes e quando não há consultórios disponíveis, os atendimentos são feitos em espaços inadequados como pátios, corredores e salas de reuniões. Essa é uma realidade comum a todos os serviços pesquisados.

De acordo com os relatos, há salas para atendimentos individuais. No entanto, em 08 dos 09 serviços pesquisados, estas salas são de uso comum de todos os técnicos e não de uso exclusivo do Serviço Social, uma vez que “todos” são considerados “Técnicos de Referência” e, supostamente, realizam as mesmas atividades.

Contudo, os Assistentes Sociais informam que estas salas não são suficientes para o atendimento das demandas dos usuários, e, assim como dito anteriormente, muitas vezes, têm de atender aos usuários em espaços inadequados. Esta é uma realidade para 09 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, em 08 dos 09 serviços pesquisados. Em apenas 01 dos serviços pesquisados, os Assistentes Sociais relataram haver **sala exclusiva de atendimento do Serviço Social** e não têm problemas relacionados a espaço físico adequado para os atendimentos realizados. No entanto, pudemos evidenciar que este mesmo serviço adotou essa forma de organização do trabalho, centrado na figura do “Técnico de Referência”, há poucos meses da realização desta pesquisa, diferentemente dos outros serviços que trabalham com essa organização há pelo menos dois anos. Por isso, acreditamos que este serviço ainda apresenta traços característicos da organização do trabalho em equipe anterior, no qual as particularidades de cada profissão eram mais distintas, diferentemente da atual organização do trabalho em equipe inter/transdisciplinar, como será problematizado no terceiro capítulo. Por isso, mantém-se, ainda, a sala do Serviço Social e os profissionais relataram não encontrar dificuldades de espaço físico para a realização dos atendimentos.

Este serviço nos alertou para o fato de que esta insuficiência de salas para atendimentos individuais pode estar relacionada não só a uma questão de espaço físico, mas também à orientação teórico-metodológica implícita na forma de organização do trabalho das equipes de trabalho. Pois, os CAPSIII/CERSAMs que adotaram o

modelo de trabalho organizado a partir das equipes inter/transdisciplinares, centrado na figura do “Técnico de Referência”, cuja atuação tem como ferramenta principal o atendimento individual de cunho subjetivista e clínico e a partir da qual “todos” realizam as mesmas atividades, são os mesmos que reclamam a insuficiência de salas para atendimentos individuais.

Quanto aos **espaços para os trabalhos em grupo**, os Assistentes Sociais afirmaram que eles existem, porém não são adequados e/ou preservados. Esses espaços são os refeitórios, os pátios e/ou os auditórios. Em um dos serviços pesquisados, estes espaços estão quebrados e sucateados. Em outro serviço, o Assistente Social informa, inclusive, que em períodos de chuvas há a necessidade de reduzir o número de usuários em permanência-dia, devido à falta de espaço e a impossibilidade de o pátio ser usado.

Quanto aos **recursos humanos**, de modo geral, todos afirmaram haver, também, uma insuficiência, o que tem levado à sobrecarga de referências técnicas para os trabalhadores, por exemplo. Além disso, as seguintes falas explicitam as condições de trabalho a partir dos recursos humanos disponíveis.

“A hospitalidade noturna não tem leitos femininos e masculinos, há horários em que não há médicos no plantão.”

“Com os recursos que tem, a equipe faz o melhor possível.”

“Faltam recursos humanos para contenção de paciente”

“Como não tem técnicos suficientes, quando o paciente entra em crise ele quebra o serviço todo. O chuveiro estava queimado, aí um familiar doou um chuveiro e um funcionário, com boa vontade, trocou o chuveiro”

Além desses aspectos, questionamos aos Assistentes Sociais se havia **parcerias entre os serviços de saúde mental e outras instituições** e dos 11 profissionais entrevistados, 07 afirmaram que os serviços de saúde mental ao qual estão vinculados trabalham em par-

ceria com outras instituições e 04 disseram não haver nenhuma parceria. Tais parcerias se dão por meio da realização de oficinas junto aos usuários oferecidas por Organizações Não-Governamentais (ONGs) e pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC); bem como tal parceria se dá também por meio de convênio com uma escola psicologia e uma residência multiprofissional em saúde mental, a partir do qual os estagiários de psicologia e residentes acompanham o trabalho realizado pela equipe e desenvolvem todo tipo de atividade dentro do serviço.

Questionamos aos Assistentes Sociais se a instituição contava com a **participação de voluntariado** para a realização de algumas atividades. Dos 11 Assistentes Sociais, apenas 04 disseram haver trabalho nos serviços de saúde mental pesquisados. Nestes serviços, as atividades voluntárias vêm se dando por meio da realização de oficinas e de rifas, estas com vistas a angariar fundos para a execução de passeios e viagens com os usuários.³⁵ Um dos Assistentes Sociais citou o estágio em psicologia e/ou enfermagem, também como ação voluntária.

Com isso, podemos perceber que tanto as parcerias quanto a ação dos voluntários, ou aquilo que um dos Assistentes Sociais considerou como ação voluntária, como o estágio, tem maior enfoque na realização de oficinas. Esses dados nos levam a questionar se os recursos humanos dos serviços pesquisados são suficientes ou não para realização do trabalho a que estes se propõem, uma vez que as atividades desenvolvidas pelas parcerias e por aquilo que consideram ação voluntária são atividades típicas e constitutivas dos serviços de saúde mental, como preconiza Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre as modalidades de serviços de saúde mental. Em seu artigo 4, item 4.3.1, esta portaria deixa claro que a assistência prestada no CAPS III deve incluir “o atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio”. Nesse sentido, consideramos que estas atividades deveriam

³⁵ Este trabalho é realizado, em especial, por um grupo de familiares que dão “apoio” ao serviço e pelos próprios técnicos que se organizam para angariar fundos para realização de festas de final de ano, por exemplo.

ser realizadas por profissionais dos serviços de saúde mental, portanto, por trabalhadores assalariados e qualificados para tal função.

Conforme demonstramos, segundo os relatos dos profissionais, os recursos humanos são insuficientes para a realização do trabalho e as oficinas são as atividades mais prejudicadas, ou deixadas em segundo plano, uma vez que a prioridade do trabalho dos profissionais das equipes destes serviços é a execução das funções como “Técnico de Referência”. Assim, acreditamos que tais parcerias e ações voluntárias têm se constituído como estratégias das coordenações dos respectivos serviços para lidarem com a insuficiência de profissionais, no intuito de tentarem suprir ou minimizar as demandas existentes que não têm sido atendidas pela equipe.

Conforme demonstramos, as equipes desses serviços necessitam de uma série de recursos materiais e humanos para realização do trabalho, que exigem financiamento público para sua execução e sua insuficiência tem levado muitos serviços a recorrerem a arranjos institucionais, bem como o uso de recursos da própria equipe - o uso de veículo particular para realização de visitas domiciliares, por exemplo.

O já referido relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, prevê também que

[...] um dos itens de fundamental importância está relacionado à questão da assistência farmacêutica. [...] à garantia de que cada estado tenha um plano, integrado com os municípios, de distribuição descentralizada e controle sistemático dos medicamentos psiquiátricos. Os municípios devem se responsabilizar pela organização de protocolos de tratamento com os medicamentos padronizados, de acordo com a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), além de cadastros de dispensação de medicamentos. Propõe-se também a revisão da lista dos medicamentos psicotrópicos disponíveis no SUS, inclusive os de alto custo” (Brasil., 2002 p.52).

Porém, a **falta recorrente de medicamentos** de uso contínuo e ininterrupto também foi um dado revelado pela pesquisa.

Este é outro elemento de grande importância na assistência em saúde mental, uma vez que a falta de determinados tipos de medicamentos por poucos dias pode levar o sujeito a uma intercorrência psiquiátrica, agravando seu quadro psíquico, podendo chegar a uma crise ou surto psiquiátrico, com episódios ou não de agressividade, e por consequência disso, levar à pressão familiar e social para que se proceda à internação. Entendemos que este é um exemplo clássico de como as condições objetivas para realização do trabalho são determinantes para o alcance dos objetivos propostos pelos CAPSIII/CERSAMs.

A atual política de saúde mental preconiza o atendimento da pessoa com transtorno mental em serviços abertos e de base comunitária. Houve um trabalho de grande fôlego por parte do Ministério da Saúde³⁶ para avaliação dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos e conversão gradativa dos recursos financeiros a eles destinados para a criação de serviços substitutivos, para que a atenção ao usuário da saúde mental nesses serviços pudesse garantir de fato um tratamento em nível ambulatorial. No entanto, para tal se faz necessário o investimento público numa série de dispositivos que, em conjunto, possam substituir a internação em hospitais psiquiátricos, dentre eles: os CERSAMs/CAPS I, II e III – de acordo com o porte e capacidade dos municípios e regiões ; as Residências

³⁶ A partir do ano de 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002 (que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências, em seu artigo 3º, estabelece que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria, no período de janeiro a maio de 2002, pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias Estaduais – Portaria GM/MS nº 799, podendo contar com outros profissionais convocados por decisão do gestor local), vem realizando anualmente o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/PSIQUIATRIA). Este programa visa a contribuir para o processo de mudança do modelo assistencial, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Essa estratégia visa a garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (BRASIL, 2004a).

Terapêuticas; os leitos em hospital geral - para casos que necessitem de internação em municípios que não comportem um serviço de 24 horas como os CAPSIII/CERSAMs; o fornecimento de medicação de uso contínuo e ininterrupto; um trabalho de matriciamento junto às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS); a capacitação das equipes de saúde mental; e “munição” – recursos humanos e materiais -, para que toda essa assistência possa de fato garantir atendimento digno, de qualidade para a pessoa com transtorno mental e que possa de fato substituir a internação hospitalar.

Os Assistentes Sociais são unânimes ao dizerem que há uma limitação em relação à execução do trabalho e ao alcance dos objetivos propostos, em função da limitação de recursos materiais e humanos e que, apesar disso, conseguem prestar um bom atendimento. Ou seja, apesar das condições adversas, há um empenho da equipe para o alcance dos objetivos apresentados. Como exemplifica um dos Assistentes Sociais ao dizer que o resultado do trabalho realizado pelo serviço tem mais o mérito da equipe do que das condições para realização de um bom trabalho, mas que mesmo assim, segundo este Assistente Social, ainda há falhas que não dependem dos profissionais ali envolvidos, mas da organização da política, da estrutura dos serviços e da rede assistencial.”

Para todos os Assistentes Sociais, as condições objetivas, materiais e de financiamento da política de saúde mental municipal têm impactos diretos nos serviços prestados pelas unidades de saúde mental. Os profissionais afirmam que essas condições não têm sido favoráveis à manutenção e à ampliação do trabalho em saúde mental, conforme as propostas da Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, a falta de medicamentos básicos para o tratamento dos usuários em crise e outros insumos.

Para 03 dos 11 Assistentes Sociais há a necessidade de **ampliação dos recursos humanos e materiais**, por parte das gestões municipais, para dar continuidade ao trabalho que vem sendo realizado pelos serviços. Esta ampliação faz-se necessária para a realização do que chamam de “**trabalho externo**”, que seria o

trabalho junto à comunidade e à família dos usuários, e para o atendimento de novas demandas como, por exemplo, a questão da drogadicção associada aos diagnósticos de psicose e/ou neuroses graves atendidos pelos serviços; bem como para melhoria do trabalho realizado na assistência diária nos serviços.

A questão da insuficiência de recursos humanos aparece no relato de outro entrevistado e está relacionada à forma de organização do atendimento noturno de urgência e nos finais de semana, uma vez que não há médicos plantonistas à noite e finais de semana nestes serviços que funcionam 24 horas. Nestes casos, há sempre um serviço de retaguarda psiquiátrica neste município, para o qual os usuários em crise e que necessitem de atendimento médico devem ser encaminhados. No entanto, não há garantias de transporte desse usuário para o tal serviço de retaguarda. Como já fora discutido anteriormente, a disponibilização de veículo por parte das secretarias de saúde tem se configurado como um grande problema para a realização do trabalho nos CAPSIII/CEARSAMs.

Dois Assistentes Sociais referem-se à insuficiência e/ou inexistência de outros serviços de saúde mental que possam, em conjunto com os CAPSIII/CEARSAMs, oferecer assistência à saúde mental de forma mais completa ou abrangente, como Centros de Convivência, Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), CAPS I e II. Tal fato, para esses Assistentes Sociais, parece denunciar que a gestão desses municípios não está afinada com as propostas reformistas no âmbito da saúde mental, revelando que há uma suposta preocupação de cunho administrativo-financeiro, por parte do executivo municipal, se sobrepondo à direção político-ideológica da política de saúde mental. Apenas um Assistente Social afirma que a política de saúde mental do município avançou. Segundo este profissional, este avanço pode ser verificado com a implantação de um CAPSi, um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) e a criação das Residências Terapêuticas, o que nos leva à discussão seguinte quanto à relação entre a política de saúde mental dos municípios e as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Conforme pudemos demonstrar neste item, as condições de trabalho nas quais se encontram os Assistentes Sociais, inseridos nas equipes interprofissionais nos CAPSII/CERSAMs, em Minas Gerais, se mostraram consideravelmente desfavoráveis, uma vez que estes serviços se encontram com uma precariedade de recursos materiais e humanos típica de qualquer outro serviço público neste país. Este fato tem gerado, entre outras consequências, uma sobrecarga de trabalho para os Assistentes Sociais, o duplo emprego, bem como tem dificultado e até impossibilitado a criação de momentos ou espaços para estudo, discussões e reflexões sobre o trabalho do Assistente Social na saúde mental.

Em síntese, de acordo com os relatos dos Assistentes Sociais, as condições materiais e objetivas presentes nos CAPSIII/CERSAMs são precárias e insuficientes para realização do trabalho no âmbito da saúde mental, o que tem criado dificuldades para os serviços prestarem atendimento de maior qualidade aos usuários com os recursos materiais e humanos que possuem. Além disso, evidenciamos que a sobrecarga das atividades oriundas da função da referência técnica, somada à carga horária de trabalho reduzida, tem atingido diretamente o trabalho do Assistente Social no sentido de que esses não dirigirem, prioritariamente, sua atuação para a identificação e atendimentos das demandas para o Serviço Social. Evidenciamos também que esta insuficiência de recursos humanos e materiais tem impactado nas possibilidades de realização de algumas ações internas como, por exemplo, as oficinas; e externas aos muros dos CAPSIII/CERSAMs, como o matriciamento e a construção da RAPS, as quais consideramos ter maior afinidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-instrumental com a formação em Serviço Social e com a proposta de Desinstitucionalização italiana.

De acordo com os relatos dos Assistentes Sociais, para a realização do matriciamento e construção da RAPS, são necessárias ações para além dos muros dos serviços - ações externas e comunitárias -, que demandam tempo dos técnicos envolvidos e meios para sua realização, como, por exemplo, a disponibilização de

recursos materiais, como veículo para deslocamento dos técnicos até os serviços da comunidade. Além disso, há também as demandas internas do serviço que precisam ser atendidas. De acordo com o que foi relatado, a carga horária diária dos Assistentes Sociais e dos outros técnicos da equipe é incompatível com as demandas internas e externas dos serviços. Nessa disputa, as demandas internas, que são consideradas mais urgentes porque estão relacionadas à necessidade de estabilização dos usuários em crise, ao acompanhamento do uso correto da medicação, etc., são priorizadas. Com isso, o trabalho externo fica relegado a segundo plano. Estamos aqui discutindo ações internas e externas dos serviços, também, de modo genérico sem atribuir uma ou outra ação a determinado profissional, que supostamente teria mais conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo para tal. Isto porque, independente do cargo ou função, “todos” estão sobrecarregados e os serviços como um todo não têm apresentado condições de se organizarem de modo a atender às demandas internas e externas com a mesma dedicação, tampouco têm podido expandir suas ações. E, mais uma vez, nessa disputa, o imediato vence.

Segundo os relatos, além dessa insuficiência de recursos, o investimento nos CAPSIII/CERSAMs varia de acordo com a orientação político-ideológica das gestões municipais. Se estas estiverem afinadas ou não com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haverá um maior ou menor investimento em determinadas ações.

Consideramos que esta insuficiência de recursos humanos e materiais, relatada pelos Assistentes Sociais é reflexo das políticas de ajuste fiscal adotadas pelos governos brasileiros desde a década de 1990. Conforme sabemos e demonstraremos na próxima seção deste capítulo, essas políticas têm impactos diretos no financiamento das políticas de Seguridade Social e vêm sucateando os serviços prestados pelas políticas sociais, como os serviços de saúde mental.

c) Quanto à relação entre a política de saúde mental dos municípios e as propostas da Reforma Psiquiátrica

Reforçando os elementos tratados no item anterior, para a maioria dos Assistentes Sociais (09), as condições de trabalho dos CAPSIII/CERSAMs estão intimamente ligadas à atual política de saúde mental que os municípios vêm desenvolvendo e sua afinidade ou não com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.³⁷ Na perspectiva desses profissionais, essa afinidade ou a falta dela tem impactado na qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde mental, bem como no trabalho realizado pelos Assistentes Sociais.

Para 06 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, há afinidade da atual política de saúde mental desenvolvida pelos municípios com as propostas da Reforma Psiquiátrica. No entanto, segundo os mesmos, para que esta direção tenha continuidade é preciso repensar a organização dos serviços e ampliar os recursos humanos e materiais.

Para 02 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, há uma divisão tanto na gestão da política, quanto dentro dos serviços de saúde mental entre aqueles trabalhadores que são reformistas e os que não são. Como relata um dos Assistentes Sociais:

“Tem muito pensamento manicomial lá dentro ainda. Nem tanto dos técnicos de nível superior, mas dos técnicos de nível médio que, pela insuficiência de recursos humanos, querem mandar os pacientes mais difíceis para o hospital psiquiátrico.”

Este profissional acrescenta, afirmando que

“A família não está preparada para lidar [com a pessoa com sofrimento mental]. A gente não consegue aproximar a família do tratamento. Hoje não vejo familiar militante. A família não sabe o que é a política de saúde mental. Isso é um retrocesso da política.”

³⁷ Referimo-nos a perspectiva antimanicomial.

Para este Assistente Social, a divisão em relação à orientação político-ideológica dentro da equipe, entre aqueles profissionais que são antimanicomiais e os que não são, exerce influência no trabalho de “inclusão social” [sic], junto à família dos usuários “porque ela [a família] acha que para resolver o problema precisa afastar [o familiar doente], precisa deixar ele aqui”. A partir da fala desse profissional, entendemos que há uma contradição neste município. Segundo ele, apesar da política de saúde mental do município ter avançado e - em tese, ser contrária ao manicômio e ao tratamento excludente e segregador e de certa forma estar afinada com as propostas da Reforma Psiquiátrica -, as famílias dos usuários não apresentam adesão às propostas reformistas, demandando tratamento hospitalar com certa frequência.

O outro entrevistado nos oferece exemplo esclarecedor sobre a divisão de posições político-ideológicas na gestão do serviço e na execução da assistência em saúde mental.

“A gerência [do serviço], por solicitação da secretaria municipal de saúde, popôs extinguir o plantão dos técnicos aos finais de semana para reduzir custos de horas extras. Foram alguns técnicos do serviço que sustentaram a necessidade de manutenção do plantão, para garantir o atendimento de CAPS nível III. Daí houve uma negociação de redução do plantão de 12 horas para 8 horas, que foi aceita pela secretaria.”

Segundo esse entrevistado, a argumentação da gerência para extinção do plantão foi “pró-reforma”, como diz, apesar do resultado dessa mudança apontar no sentido contrário, na medida em que o serviço deixaria de contar com a cobertura da assistência dos técnicos aos finais de semana, deixando os usuários dos serviços sem o apoio devido.

Quanto a esse aspecto da afinidade da atual política de saúde mental desenvolvida pelos municípios com as propostas da Reforma Psiquiátrica, outro Assistente Social informou haver aparente afinidade entre a política de saúde mental implementada no município e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e refere-se a esta

aparência com o termo “maquiagem”. Outro entrevistado diz que ainda há essa afinidade, mas não vê possibilidade de continuidade dessa direção em decorrência de mudanças na gestão municipal. Na sua avaliação, tais mudanças terão impactos na direção da política de saúde mental do município, uma vez que o município está passando por uma mudança de governo que levou à mudança na gestão da saúde mental, na qual estão à frente profissionais cuja orientação político-ideológica não tem afinidade com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, segundo esse profissional.

2.2. Os impactos das políticas de ajuste fiscal no âmbito da política de saúde mental e nas condições de trabalho de Assistentes Sociais

A partir dos elementos capturados com base na pesquisa empírica apresentados nos itens anteriores, pudemos evidenciar as precárias condições objetivas e materiais nas quais se dá o trabalho dos Assistentes Sociais dos CAPSIII/CERSAMs, cuja síntese é a seguinte: a carga horária de trabalho tem se mostrado insuficiente para o atendimento das demandas dos usuários, seja pelas funções que deveriam exercer como Assistentes Sociais, seja pelas funções exigidas como “Técnicos de Referência”; os recursos materiais também se mostraram insuficientes, faltando medicamentos de uso contínuo e suprimentos alimentares nos serviços, apresentando restrição de outros insumos e instrumentos para realização do trabalho, como a disponibilização veículo para visitas domiciliares de acordo com a necessidade dos serviços; a precariedade e a insuficiência dos espaços físicos para o atendimento das necessidades de trabalho das equipes; a escassez de recursos humanos conforme prevê a legislação. Além desses elementos, os profissionais indicaram que as condições de trabalho dos CAPSIII/CERSAMs, estão diretamente ligadas à atual política de saúde mental que os municípios vêm desenvolvendo e sua afinidade ou não com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que tem impactado na qualidade

dos serviços prestados pelas unidades de saúde mental, bem como no trabalho realizado pelos Assistentes Sociais. Naqueles serviços em que há essa afinidade, para que a direção dada ao trabalho tenha continuidade, segundo os Assistentes Sociais, faz-se necessário uma reorganização dos serviços e ampliação dos recursos humanos e materiais.

Nesse sentido, pudemos verificar, sem surpresas, que essas condições materiais dos CAPSIII/CERSAMs refletem o sucateamento das políticas sociais do atual contexto de desmonte dos serviços públicos, que se dá sob os argumentos da suposta e falaciosa crise fiscal do Estado, iniciada nos países capitalistas avançados no final da década de 1960 e, particularmente, no Brasil, no final dos anos de 1980. Os traços constitutivos dessa crise, as alternativas e as formas de enfrentamento adotadas de modo geral, diferem-se em maior ou menor grau entre os países capitalistas de economia central ou periférica, uma vez que as formas de enfrentamento adotadas pelos diferentes países têm relação direta com desenvolvimento, a forma e a amplitude das políticas de bem-estar social implementadas anteriormente por cada país.³⁸

Esta crise, de natureza macrossocietária, conforme Mészáros (2009), é uma crise sem precedentes históricos, não se configurando como mais uma crise cíclica do capitalismo, mas, sim, como uma crise estrutural do próprio sistema do capital.³⁹ Nesse sentido, considera-se que não se trata de uma crise do modo de produção capitalista simplesmente. Trata-se de uma crise do sociometabolismo do capital, que na sua forma capitalista, segundo o referido autor, está se

³⁸ Em função dos propósitos deste texto, não haverá possibilidade de adentrarmos na discussão da constituição do chamado Estado de Bem-Estar Social em diferentes países de economia central ou periférica. Para tal sugerimos: ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, n.24. São Paulo: Marco Zero/Cedec, set. 1991.; BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.; FALEIROS, V. P. **Política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1980.

³⁹ Mészáros (2002) diferencia capital de capitalismo. Para ele, o sociometabolismo do capital é anterior ao capitalismo e pode ser posterior a ele também. Assim, o que caracteriza este sociometabolismo é a divisão hierárquica do trabalho que antecede ao capitalismo, como, por exemplo, o capital mercantil, e que pode sucedê-lo, como no caso da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e dos países do Leste europeu, que o autor denomina de países pós-capitalistas

aproximando de certos limites estruturais do capital. Assim, a natureza da crise

[...] não pode ser explicada, como foi tentado de início, apenas em termos de uma crise *cíclica* (sic) tradicional, uma vez que tanto o âmbito, como a duração da crise a que fomos submetidos nas últimas duas décadas superam hoje os limites historicamente conhecidos das crises cíclicas (Meszaros, 2009, p.41).

O sociometabolismo do capital na sua forma capitalista se configurou num sistema global de produção de mercadorias cuja finalidade essencial é a expansão constante e progressiva do valor de troca sobre o valor de uso. Isto é, um sistema em que as necessidades humano-sociais se tornaram secundárias em detrimento das necessidades de autorreprodução do capital.⁴⁰ Assim, o capital pôde alcançar, então, sua dominação de forma global como produção generalizada de mercadorias, tratando o trabalho vivo – a força de trabalho - como mercadoria comercializável, reduzindo os trabalhadores ao *status* de meros “custos de produção” e sujeitando-os às determinações desumanizadoras da compulsão econômica. Assim, de acordo com Mészáros (s/d, p.8)

O capital, como um sistema de controle do metabolismo social pôde emergir e triunfar sobre seus antecedentes históricos abandonando todas as considerações às necessidades humanas como ligadas às limitações dos “valores de uso” não quantificáveis, sobrepondo a estes últimos — como o pré-requisito absoluto de sua legitimação para tornarem-se objetivos de produção aceitáveis — o imperativo fetichizado do “valor de troca” quantificável e sempre expansível.

⁴⁰ Estas transformações impactaram também na vida planetária. De acordo com Mészáros (2002), esta forma de sociabilidade erguida sob o comando do grande capital apresenta uma exploração desmedida dos recursos naturais em escala generalizada, que tem levado à degradação do meio ambiente, pela exploração exacerbada dos recursos naturais, com o único propósito da autorreprodução do capital. Uma das consequências dessa exploração pode ser confirmada nos desastres socioambientais que têm ocorrido, tais como: como o rompimento de barragens de minério, como o crime ambiental de Mariana, por exemplo, as explosões em plataformas de petróleo, o naufrágio de navios petroleiros com derramamento de óleo, vazamento de gases tóxicos, bem como o desmatamento de florestas.

Dessa forma, podemos afirmar que o sistema de sociometabolismo do capital, sob a forma capitalista, tem por finalidade precípua sua autorreprodução e não apenas o atendimento das necessidades sociais. Assim, para sustentar sua autoatividade, o capitalismo aumentou tanto sua capacidade de produzir riquezas, como de concentrá-la nas mãos dos proprietários dos meios de produção. Este aumento da capacidade de produzir riquezas se deu pelo imperativo da redução do trabalho vivo e sua substituição pelo trabalho passado, incorporado nos meios de produção – como uma estratégia de expropriação cada vez maior da mais-valia produzida pelo trabalhador, que é a fonte para a criação do valor; bem como pela sobreposição do valor de troca sobre o valor de uso da mercadoria. Dessa forma, o sistema capitalista constituiu-se num sistema cuja finalidade é sua autorreprodução, acima do atendimento das necessidades sociais.

Ao encontro dessas afirmativas tem-se o que Finelli (2003, p. 101) chama de realização do capital, quando este explicita sua verdadeira natureza, qual seja: a generalização da forma mercadoria. Trata-se do fato de as relações sociais capitalistas, mediadas pela mercadoria, consolidarem-se como um determinado modo de vida.

Para a classe trabalhadora, o impacto dessas transformações se expressa no aumento do desemprego estrutural; na precarização das relações trabalhistas; na perda de direitos historicamente conquistados; no aumento da pobreza material em nível mundial; na queda dos índices de sindicalização e na dificuldade de organização dos trabalhadores com baixo grau de qualificação profissional; e na manipulação reflexiva⁴¹ e na captura da subjetividade;⁴² além de gerar segmentos diferenciados da classe trabalhadora.

⁴¹ De acordo com Alves (2010 p.46), “manipulação reflexiva” significa uma exigência direcionada à formação de uma nova personalidade do trabalhador, ou seja, se trata de uma “(...) manipulação sistêmica invisível e onipresente pela qual, por um lado, o operário e empregado vigiam (e avaliam) o Outro-próximo-de-si, o Igual concorrente que compartilha os mesmos valores particularistas a serviço do capital; e por outro lado, ele, o trabalhador assalariado, vigia (e avalia) a si mesmo de acordo com valores-fetiches compartilhados (“torna-se carrasco de si mesmo”).”

⁴² O trabalhador submetido a esse processo está cada vez mais alienado tanto em relação ao processo de trabalho quanto em relação a si mesmo, configurando aquilo que Alves (2010, p 48) denomina de captura da subjetividade do trabalhador, uma vez que a partir deste

Além disso, estas transformações exigem dos trabalhadores competências e metas muitas vezes inatingíveis, oprimindo, alienando e humilhando o trabalhador empregado. Estas também foram responsáveis por colocar à margem do processo de trabalho um contingente enorme de trabalhadores “desqualificados”, elevando o desemprego estrutural a níveis alarmantes, além de fragmentar, heterogeneizar e complexificar ainda mais a classe trabalhadora.⁴³

Segundo Chesnais (1996), o regime de mundialização da economia predominantemente financeiro,⁴⁴ que marca este período, levou a uma nova configuração do capitalismo mundial e dos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação. Este período é marcado por uma hipertrofia da esfera financeira, se comparada à esfera produtiva, que se sustenta por um complexo volume de transações bancárias, de créditos e débitos, de fundos de pensões e fundos mútuos e com certa autonomia em relação à esfera produtiva. É nesta fase do capital, na qual há uma sobreposição da esfera financeira à esfera produtiva, bem como um incremento das forças produtivas, que fazem com que haja uma redução do capital variável em relação ao capital constante. Conforme Marx (1985, p.171)

A parte do capital, portanto, que se converte em meios de produção, isto é, em matéria-prima, matérias auxiliares e meios de trabalho [...]

processo de reestruturação da produção e das formas de gestão da força de trabalho “a subjetividade do homem que trabalha está a todo momento sendo convocada para se posicionar, assumindo para si uma responsabilidade que não é sua.”

⁴³ Antunes (2009) comprehende a classe trabalhadora de forma ampliada que corresponde, hoje, a todos aqueles trabalhadores que vendem sua força de trabalho em troca de um salário, sejam eles trabalhadores produtivos ou improdutivos - no sentido em que Marx dá para estas categorias, que estão presentes no capítulo VI Inédito de O Capital. Nesta obra, Marx afirma que os trabalhadores produtivos são todos aqueles que produzem diretamente mais-valia, não se restringindo ao trabalho manual direto, incorporando outras formas de trabalho que também são consideradas por Marx como produtivas – além dos trabalhadores desempregados que engrossam o exército industrial de reserva, expandindo o desemprego estrutural. Estariam fora dessa concepção de classe trabalhadora os gestores do capital, os altos funcionários das empresas, aqueles que vivem da especulação e dos juros, os pequenos empresários e a pequena burguesia urbana e rural.

⁴⁴ No ano de 2007 deflagrou-se uma crise financeira internacional precipitada, sobretudo, pela falência do tradicional banco de investimento estadunidense Lehman Brothers. Em efeito dominó a esta falência outras grandes instituições financeiras foram à bancarrota.

Eu a chamo [...] capital constante. A parte do capital convertida em força de trabalho [...] reproduz seu próprio equivalente [...]. Essa parte do capital transforma-se continuamente de grandeza constante em grandeza variável. Eu a chamo [...] capital variável. As mesmas partes componentes do capital, que do ponto de vista do processo de trabalho se distinguem como fatores objetivos e subjetivos, como meios de produção e força de trabalho, se distinguem, do ponto de vista do processo de valorização, como capital constante e capital variável.”

Somado a este quadro está o receituário neoliberal que se constituiu a partir da adoção pelo Estado das políticas contrarreformistas⁴⁵ de ajuste fiscal desregulamentadoras e privatizantes. Tais políticas têm por finalidade elevar as taxas de juros, reduzir os impostos dos mais ricos, criar níveis massivos de desemprego, combater o poder dos sindicatos, cortar gastos sociais e implantar um amplo programa de privatizações, principalmente, nas indústrias de petróleo, aço, eletricidade e água, ou seja, no setor produtivo primário, onde a utilização dos recursos naturais é base para a produção.

As políticas de ajuste fiscal reduziram os gastos públicos com políticas garantidoras de direitos sociais, regulamentando e desregulamentando-os, tendo em vista destruir direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora desde finais do século XIX e ao longo do século XX. Tais políticas de ajuste ganharam e continuam ganhando apoio social sob a argumentação de crise fiscal do Estado e da necessidade de redução dos gastos públicos. No entanto, o que se passa é o aumento da necessidade do Estado, através do fundo público, de garantir a continuidade da acumulação capitalista e os gastos sociais que, neste caso, tornaram-se um problema e um obstáculo para tal. Como afirma Salvador (2010, p.134), “o que ocorre no âmago da ‘crise fiscal do Estado’ é uma disputa entre os recursos destinados à reprodução do capital e os fundos destinados à manutenção das políticas sociais”, ou seja, é uma disputa pelos recursos do fundo público.

⁴⁵ Segundo Behring (2008, p.38), estes mecanismos constituem-se numa “contrarreforma, já que existe uma forte evocação do passado no pensamento neoliberal”, uma vez que este resgata vários elementos do antigo liberalismo, que haviam sido superados com o Welfare State.

A partir da era monopólica/imperialista, a intervenção do Estado muda funcional e estruturalmente no sentido de deixar de ser apenas o guardião das condições externas da produção capitalista e garantidor da propriedade privada dos meios de produção, com intervenções emergenciais e esporádicas, para se transformar num Estado intervencionista, no qual suas funções políticas embrincam-se com funções econômicas, garantindo com isso os superlucros dos monopólios.⁴⁶

Portanto, era monopólica/imperialista, para atender às necessidades de reprodução do capital e enfrentar uma crise cíclica pela qual este modo de produção passava, o Estado assumiu para si funções políticas e econômicas que antes não eram suas, ampliando-se.

No estágio imperialista de mundialização financeira e neoliberal, este mesmo Estado, por meio das políticas de ajuste fiscal - dando continuidade à função de organizador da economia, administrador dos ciclos de crise para propiciar as condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista, ou seja, ele é central na criação de condições gerais para reprodução ampliada do capital - reduz seu escopo de atuação em relação aos gastos sociais para direcionar o fundo público para o atendimento das necessidades do capital financeiro e especulativo, servindo de “almofada amortecedora das crises”. De acordo com Behring (2010, p.20),

[...] o fundo público se forma a partir de uma punção compulsória – na forma de impostos, contribuições e taxas – a mais-valia socialmente produzida, ou seja, é parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra e que é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções.

No entanto, o fundo público no capitalismo monopolista é sustentado pelo excedente metamorfoseado em valor e também pela tributação dos salários, daí se opera certa divisão desse fundo para atender aos interesses e as necessidades do capital e do trabalho. Contudo, esse processo de divisão do fundo público é tensionado

⁴⁶ Ver Netto, 1996

pela luta de classes, o que vai impactar no resultado deste processo. Outro aspecto importante a ser destacado é que na fase madura e financeirizada do capitalismo, o fundo público passou a ter um papel central na valorização do capital, sobretudo para reduzir o tempo de rotação do capital⁴⁷ que, segundo Marx, é esse movimento global da produção que envolve produção e circulação. Assim, quanto maior o tempo de rotação do capital, maior será o risco e, por conseguinte, maior a necessidade de crédito como suporte à rotação mais rápida do capital, crédito este fornecido pelo fundo público.

Este modelo de política econômica de Estado, no atual ordenamento societário capitalista, não mais é uma economia de investimento na produção, mas, ao contrário, é um modelo de investimento no capital financeiro, que está submetido às decisões dos organismos multilaterais, como o Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), colocando à margem as necessidades da população. Assim o Estado capitalista, internalizado no âmbito da economia, oscila entre o binômio coerção/consenso. Ao mesmo tempo em que, precisando se legitimar, o Estado desenvolve um conjunto de ideologias para envolver a classe trabalhadora, através das políticas sociais, também assume a função de Estado penal, por via da repressão direta no combate à pobreza.

As políticas de ajuste fiscal citadas subordinaram os Estados nacionais dos países de capitalismo periférico aos ditames dos organismos multilaterais, fazendo com que os Estados passassem a usufruir, apenas, de uma relativa autonomia em relação às decisões nacionais. Os argumentos utilizados para a implementação das políticas de ajuste fiscal escamoteiam as reais intenções dessas políticas, que estão na diminuição dos custos do trabalho, na derrota imposta aos segmentos organizados da classe trabalhadora, na transferência de uma parte ainda maior do fundo público para o pagamento dos juros da dívida externa, na apropriação do fundo

⁴⁷ De acordo com Marx (1984, p. 187), entende-se o tempo total de rotação do capital como a soma do tempo de circulação mais o seu tempo de produção, ou seja, é o período de tempo que tem início quando o valor-capital é adiantado sob determinada forma e termina quando o valor-capital retorna em processo sob a mesma forma.

público para a manutenção do superávit primário⁴⁸ e para a remuneração de títulos públicos que contribui para a valorização do capital.

Assim, entendemos que o projeto neoliberal é um projeto vinculado ao econômico que configura ideologia e “restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (NETTO, 1995, p. 192). Nesta direção, as estratégias de enfrentamento da crise estão localizadas na criação de um Estado forte para romper com o poder dos sindicatos e financiar a acumulação capitalista e fraco ou mínimo quando destinado aos gastos sociais. Nesta direção política de financiamento da acumulação capitalista, o neoliberalismo foi o responsável por entregar nas mãos do capital privado as fontes de exploração das riquezas naturais, que se tornaram objeto de uma exploração desmedida, trazendo consequências devastadoras para a natureza, o meio ambiente e para a relação metabólica entre o homem e a natureza.

A adoção de políticas mais “flexíveis” nas relações de trabalho - pela mudança e até eliminação de leis trabalhistas que garantiam os direitos do trabalhador - levou ao aumento do desemprego estrutural e do exército industrial de reserva e repercutiu diretamente nas condições de vida do trabalhador, deixando-o desprotegido, ameaçado e vulnerável aos mandos e desmandos do capital, pois seus direitos de cidadania estão cada vez mais reduzidos.

É com base nesses elementos que Anderson (1995) afirma que o neoliberalismo, como uma força ideológica teve mais sucesso do que como alicerce a projeto econômico, propriamente. Uma vez que

⁴⁸ “Superávit primário é o resultado positivo de todas as receitas e despesas do governo, excetuando gastos com pagamento de juros. O déficit primário ocorre quando esse resultado é negativo. Ambos constituem o ‘resultado primário’. O resultado primário é importante porque indica, segundo o Banco Central, a consistência entre as metas de política macroeconómicas e a sustentabilidade da dívida, ou seja, da capacidade do governo de honrar seus compromissos. A formação de superávit primário serve para garantir recursos para pagar os juros da dívida pública e reduzir o endividamento do governo no médio e longo prazos.”Fonte:<http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/superavit>.

no plano econômico pretendia a retomada do desenvolvimento e do crescimento, que não ocorreu. Porém, do ponto de vista ideológico, conseguiu se tornar mundialmente hegemonic e derrubar a suposta ameaça comunista. O que pode ser notado na repercussão de tais medidas na queda dos índices de sindicalização e na dificuldade de organização dos trabalhadores.

No Brasil, o projeto neoliberal aqui implementado no início dos anos 1990, previa a retomada do crescimento econômico expresso no Plano de Estabilização, através da estratégia de combate à inflação, desregulamentação da economia, redução das ações do Estado (que engloba a privatização de empresas estatais) e menos investimentos nos setores de saúde e educação.

Além disso, as propostas neoliberais previam a abertura econômica ao exterior, através da liberalização das importações, estimulando a entrada de capitais internacionais. A estabilização proposta através da aplicação do ajuste no Brasil, no entanto, gerou um elevado endividamento interno e externo, culminando numa recessão intensa, manifestada, sobretudo, no agravamento da “questão social”.

Conforme Soares (2003), “o neoliberalismo fundamenta-se em um discurso que privilegia a esfera econômica. Sua principal vítima é o social. O mercado não reconhece sequer direitos já conquistados e, com isso, sacrifica prioritariamente a população” (Soares, 2003, p.9). O ajuste neoliberal na América Latina é denominado por Soares de desajuste social, na qual assinala,

“[...] tal ajuste não apenas agravou as condições sociais preexistentes de desigualdade estrutural em nosso continente como também provocou o surgimento de ‘novas’ condições de exclusão social e generalização da precariedade e da insegurança em vastos setores sociais antes ‘incluídos’, a partir da sua inserção no mercado de trabalho e dos mecanismos de proteção social construídos ao longo de décadas” (Soares, 2003, p.22).

Tanto no Brasil, quanto nos países capitalistas centrais, as alternativas adotadas pelo capital e pelos Estados, para o

enfrentamento da crise estrutural deflagrada no último quartel do século passado, apresentam, então, um duplo desdobramento. Por um lado, o incremento da produção na esfera produtiva, alcançada por meio da revolução tecnológica e organizacional, tem por consequência o aprofundamento deste modo de vida fundado no supérfluo e no descartável e, como tal, um aumento ainda maior e mais acelerado de destruição dos recursos naturais em nível planetário. E, por outro lado, para reduzir custos, uma das estratégias é reduzir o contingente de trabalhadores, ou seja, reduzir o valor-trabalho que, segundo Marx, em última instância, determina o valor da mercadoria, suscitando com isso o desemprego em massa em níveis de degradação e barbárie social sem precedentes, fazendo emergir diferentes manifestações da “questão social”. Assim como afirma Netto (2001, p. 45), “diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da “questão social””. Essas alterações nas formas de produção e gestão do trabalho alteraram as relações entre o Estado e a sociedade, atingindo a “questão social” - trazendo à tona novas expressões da “questão social” e novas formas de enfrentamento destas pelo Estado -, redefinindo os rumos da política social na contemporaneidade.

Nesse sentido, sendo as políticas sociais prioritariamente o meio pelo qual o Assistente Social realiza sua intervenção no enfrentamento da “questão social” e se, historicamente, no Brasil tais políticas caracterizam-se por sua forma fragmentada em áreas, segmentos, recortes de gênero, raça, etnia, isto significa que a “questão social” vem sendo enfrentada de modo a favorecer ao capitalismo. Isto ocorre na medida em que este modelo de política social oculta os conflitos de classe e as relações contraditórias entre as classes, despolitizando e enfraquecendo a classe trabalhadora na sua potencialidade de classe organizada, porque, frequentemente, as respostas possíveis na lógica deste modo produtivo vão ao encontro da individualização e responsabilização dos sujeitos por suas mazelas e dificuldades.

Dessa forma, o Estado brasileiro, cada vez mais subordinado aos interesses do grande capital criou um amplo programa de privatização da coisa pública e de mercantilização das políticas sociais, como no caso da saúde e da previdência social, através do incentivo a ofertas desses serviços por meio da iniciativa privada. Nesse contexto, para que as economias pudessem se adaptar às atuais condições da economia mundial, as políticas sociais constituíram-se a partir de um viés ideológico responsável pelo esvaziamento da concepção de direito social, transitando para o campo do direito do consumidor, devendo ser acessadas via mercado, como no caso específico da saúde com a expansão dos planos de saúde privados e da previdência social, através da criação e fomento dos fundos de pensão. A repercussão dessas ações na política de assistência social caracteriza-se por um retrocesso ao universo da filantropia, do assistencialismo e do voluntariado, responsável pela perda da noção de direito social e pela retomada de concepções, consideradas superadas, como o favor, a solidariedade e a caridade. Assim, de acordo com Bhering (2008, p.65),

[...] a grande orientação é a focalização das ações, com estímulos a fundos sociais de emergência, e a mobilização da ‘solidariedade’ individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não-governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil.

Dessa forma, tais medidas rebatem diretamente nas condições de vida do trabalhador que se sente desprotegido, ameaçado, vulnerável aos mandos e desmandos do capital, pois seus direitos de cidadania estão cada vez mais reduzidos. O desmonte da organização dos trabalhadores gerado pela flexibilização das relações de trabalho (eliminação de leis trabalhistas que garantiam os direitos do trabalhador), pelo aumento do desemprego estrutural e do exército industrial de reserva, tornou-se uma verdadeira ameaça ao projeto de uma sociedade democrática, abrindo portas para o neoconservadorismo, na medida em que os movimentos sociais e os espaços de participação popular estão ameaçados em sua natureza e seus objetivos. Com a redução

da capacidade de intervenção do Estado brasileiro, através do ajuste neoliberal, há uma tendência à diminuição do controle democrático, configurando um Estado forte para o capital e enxuto para o social que evidencia uma tendência antidemocrática e neoconservadora desse modelo de Estado.

Esses desdobramentos alcançaram também a luta política que se deslocou gradativamente da luta de classes, para a luta por direitos específicos e particulares, como, por exemplo, pelo meio ambiente, contra discriminações étnico-raciais e de gênero. É preciso deixar claro que com esta afirmação não estamos menosprezando a luta por direitos específicos e particulares; ao contrário, a emergência desses direitos faz parte da realidade social capitalista nesta fase de desenvolvimento a que nos referimos. Contudo, acreditamos que elas não devem ser alijadas do processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas como um todo. Ou seja, acreditamos que estas lutas necessitam de uma densidade política e de uma perspectiva de totalidade das relações sociais, para que possam vislumbrar a superação da ordem estabelecida e não apenas garantir condições menos desiguais dentro desta ordem. Isto deve se dar para que os nexos com a sociedade capitalista possam aparecer e as propostas de sua “superação”, também. Caso contrário, as lutas particulares deixarão intocável a estrutura material/concreta da sociedade burguesa. Isto faz transparecer certo grau de funcionalidade desse pensamento, com a lógica do capital.

Assim, tem se formado um novo consenso em torno da manutenção da ordem capitalista, onde as alternativas para o enfrentamento da crise estrutural do capital têm se dado dentro dos limites desta ordem com vistas a garantir, em primeira instância, a reprodução do capital. Isso ocorre, uma vez que a perspectiva de superação desta sociabilidade teria sido descartada do ideário político, bem como o fora, também, a orientação intervencionista sistemática do Estado sobre as sequelas da “questão social”. Nessa perspectiva, a ampliação dos direitos sociais foi rechaçada, restando apenas a possibilidade de enfrentar as consequências da crise, tentando

amenizá-las. No entanto, essas possibilidades de enfrentamento de caráter residual e fragmentado tem gerado um agravamento das diferentes expressões da “questão social”, cujas “frágeis” políticas sociais existentes, ou sua inexistência só fazem alargar o fosso das desigualdades sociais.

Essa fragmentação demonstra o viés conservador desse tipo de política social esvaziando seu caráter democrático e eliminando o aspecto redistributivo contido nas mesmas. Esse modelo de política traz os traços do velho e do novo na política, ou seja, de um neoconservadorismo, com vistas ao controle e administração da pobreza apenas. Este modelo não permite ou cria possibilidades para que o cidadão saia da condição de pobreza, estabelecendo um controle sobre o mesmo através da exigência de cumprimento das condicionalidades, por exemplo.

Entendemos que a dinâmica do ajuste fiscal de contingenciamento orçamentário, de ampliação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), de intensificação da privatização do patrimônio público - que já vinham ocorrendo desde os anos de 1990 – de aprovação da nova lei de terceirização (nº 13.429/2017), da reforma trabalhista (Nº 13.467/2017) e de aprovação da PEC 55/241, são responsáveis por profundos retrocessos civilizatórios, que penalizam a classe trabalhadora, salvaguardando os interesses do capital financeiro em detrimento da soberania nacional e dos direitos sociais e trabalhistas cujo horizonte é sempre o mesmo: o desmonte dos direitos sociais, particularmente, trabalhistas; e o benefício aos credores da dívida pública, ao capital financeiro e ao grande capital, para salvaguardar a acumulação capitalista. Tais medidas pretendem atingir diretamente as conquistas históricas da classe trabalhadora, que estão materializadas, em parte, na Seguridade Social, deixando os trabalhadores cada vez mais desprotegidos, inseguros, vulneráveis e à mercê dos mados e desmandos do capital.

Conforme demonstramos, essas transformações na relação entre o capital, o Estado e a sociedade civil, cuja finalidade é garantir a superacumulação do capital e sua hegemonia, têm impactos diretos no

campo das políticas sociais e dos direitos sociais. Assim sendo, possui também relação direta com o trabalho realizado ou com as possibilidades, os limites e os desafios para realização de um trabalho por parte de diversos profissionais que atuam no campo das políticas públicas, como os Assistentes Sociais. Isso se torna evidente, se considerarmos os espaços sócio-ocupacionais nos quais os Assistentes Sociais se inserem como espaços que materializam as transformações na relação entre o capital, o Estado e sociedade civil, acima explicitadas. Dessa forma, os serviços sociais nos quais, majoritariamente, os Assistentes Sociais se inserem apresentam-se com financiamento estatal reduzido e permeáveis à privatização e à terceirização. Assim, os serviços têm sido levados às condições precárias de funcionamento, de atendimento às necessidades sociais e à viabilização de direitos sociais, conforme pudemos evidenciar a partir da pesquisa empírica realizada, cujos dados foram parcialmente apresentados na seção anterior. Esta realidade tem imposto uma série de desafios para os Assistentes Sociais comprometidos com a ampliação dos direitos sociais universais e com relações sociais de fato democráticas.

As medidas brasileiras de desonerações tributárias e de valorização da esfera financeira, adotadas pelo Estado para “combater” a crise, afetaram ainda mais o orçamento da Seguridade Social, pois tais medidas trataram de limitar a implementação das políticas de segurança contidas na Constituição de 1988, ameaçando a garantia da implementação destas políticas conforme o texto constitucional. Dessa forma, tais medidas tensionaram a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios chocam-se com as políticas contrarreformistas, propondo as Reformas da Previdência Social e garantindo um baixo financiamento para as políticas de Assistência Social. Estas políticas contrarreformistas remodelaram o sistema de Seguridade Social, reforçaram a lógica restrita do seguro levando à privatização dos sistemas públicos, enfraquecendo as políticas sociais da Previdência Social, Saúde e Assistência Social em decorrência da perda do orçamento da Seguridade Social de suas fontes tributárias “exclu-

sivas”. Isto ocorre devido à transferência de recursos do orçamento fiscal por meio da Desvinculação das Receitas União (DRU), que transforma os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social em recursos fiscais para composição do superávit primário e sua utilização para o pagamento da dívida (Salvador, 2010). Tal manobra política termina por impedir a ampliação de gastos com serviços sociais, favorecendo o mercado e transformando benefícios da Seguridade Social em novos produtos de especulação financeira, como os fundos de pensão,⁴⁹ por exemplo.

No caso da política de Assistência Social, esta foi objeto de grande incentivo às parcerias público/privadas, ao voluntariado e ao assistencialismo, contrariando seu reconhecimento constitucional como direitos de cidadania e direcionando esta política para situações de extrema pobreza, ampliando os programas de combate à pobreza com critérios cada vez mais seletivos e excludentes, possibilitando a mercantilização de serviços sociais e ampliando a capitalização do setor privado.

Esta direção adensa a privatização dos programas sociais públicos, que pode ser entendida também como a transferência da responsabilidade do Estado para o setor privado não-lucrativo, como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Organizações Sociais (OSs) na criação, execução e gerenciamento dos programas sociais. Este quadro leva a um deslocamento da satisfação das necessidades sociais do âmbito público para o âmbito privado, seja ele lucrativo ou não.

Com referência à política de saúde, tem se constituído como uma tendência uma forma diferente de privatização, daquela clássica, em que o bem público é entregue à empresa privada com fins lucrativos, o que tem sido chamado de privatização não-clássica. Esta privatização considerada não-clássica se dá através da terceirização da

⁴⁹ A exemplo do Fundo de Pensão de Funcionários da Caixa (FUNCEF), criado com base na *Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977*; da Fundação Petrobrás de Seguridade Social (PETROS), criada em junho de 1970; do Fundo de Pensão dos Funcionários Banco do Brasil (PREVI), criado em 1904; do Fundo de Pensão de Funcionários dos Correios (POSTALIS), criado em 1981; e do *Fundo de Pensão dos Servidores Públicos Federais* (FUNPRESP), criado em 2012.

gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), por exemplo, pelas OSs ou OSCIPs. Esta iniciativa, ameaça o caráter público da saúde, precariza as relações de trabalho através de contratos não garantidores de direitos trabalhistas, bem como fomenta a indústria laboratorial através da terceirização, pela gestão das UPAs, dos laboratórios de análises clínicas. Outro exemplo dessa privatização considerada não-clássica na saúde foi a criação no ano de 2010 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é uma empresa pública de direito privado. Sua criação foi justificada sob a argumentação da má gestão pública dos Hospitais Universitários. No entanto, a EBSERH constitui-se mecanismo de gestão terceirizada de hospitais universitários públicos, que desrespeita a autonomia universitária, desarticula ensino-pesquisa-extensão, ameaça o caráter público da saúde, além de precarizar as relações de trabalho através de contratos regulados pela CLT, apesar da realização de concurso. Além desses exemplos de privatização no âmbito da política de saúde, tem-se também o repasse de subsídios do fundo público para os planos de saúde privados, por um lado e por outro o sub financiamento dos serviços públicos de saúde.

A política de saúde mental não foge a essa tendência, tendo em vista diversos serviços de saúde mental como os CAPS, as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência terem sua assistência oferecida à população por meio dessa forma de terceirização e privatização realizada através da prestação de serviços por meio de OSs ou OSCIPs, como ocorre, principalmente, em diversos municípios de pequeno porte em Minas Gerais⁵⁰, além do financiamento público destinado às comunidades terapêuticas geridas majoritariamente por entidades religiosas ou por entidades privadas sem fins lucrativos. Vale ressaltar que as Comunidades Terapêuticas

⁵⁰ Como nos municípios mineiros de Ubá, Santos Dumont, Lima Duarte, que têm os serviços prestados pelos CAPS a partir de uma cooperativa de trabalhadores da saúde mental. Em relação aos municípios em que obtivemos os dados empíricos da pesquisa ora apresentada, não encontramos essa realidade de privatização não-clássica nos CAPSIII/CERSAMs, mas esta se manifesta, em determinado município participante desta pesquisa, na prestação de outros serviços de saúde mental, que não estavam incluídos na delimitação do nosso objeto de estudo, como as Residências Terapêuticas.

reforçam a lógica de segregação e controle, ao contrário da lógica da promoção da reinserção social e defesa da autonomia dos usuários, adotam práticas coercitivas e de isolamento, reproduzindo o modelo asilar e manicomial.

Entretanto, conforme indicamos, diante dos serviços pesquisados, deparamo-nos com forte precarização dos serviços públicos, tanto em termos de estrutura física, financiamento, como de insuficiência de recursos humanos e materiais. Assim, as últimas medidas governamentais direcionadas à política de saúde mental desde 2015, além de demonstrarem crescente precarização dos serviços de saúde mental, vão de encontro ao modelo de ampliação dos serviços abertos e de base comunitária e fomentam o retorno dos hospitais psiquiátricos.

Conforme apresentamos no primeiro capítulo, a atual política de atenção em saúde mental encaminha-se numa perspectiva antimanicomial que direciona suas ações no sentido de quantificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar de assistência à pessoa com transtorno mental. De acordo com o que foi demonstrado, pode-se afirmar que esta política ganhou amplitude nacional a partir dos anos 2001, com a aprovação da Lei Nº10.2016 (2001/2004c), que passou a orientar a nova Política Nacional de Saúde Mental na direção da construção dessa rede extra-hospitalar.

Entretanto, os dados apresentados naquele item confirmaram a gradativa expansão da rede comunitária e territorial de assistência à pessoa com transtorno mental, em substituição ao modelo hospitalocêntrico até o ano de 2014. Vale ressaltar que do ponto de vista financeiro, os serviços substitutivos ao manicômio, como os CAPS, têm um custo menor e abrangem atendimento a uma população maior que o hospital psiquiátrico. O que vai ao encontro das políticas neoliberais de restrição orçamentária. Conforme demonstramos na referida seção, o movimento pela Reforma Psiquiátrica ganha corpo no Brasil em meio a um movimento maior da Reforma Sanitária e de movimentos de luta pela redemocratização. Contudo, ao mesmo tempo em que esses movimentos reformistas

ganham espaço e poder no âmbito político-ideológico, no âmbito econômico o país dá início à implementação das políticas neoliberais que implicaram em sérias restrições orçamentárias para execução das políticas sociais. Com isso, tem-se um tensionamento em relação aos projetos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e o projeto econômico em curso desde então.

Assim, se por um lado, a Reforma Psiquiátrica avançou no sentido de caminhar na direção de construção de uma rede extra-hospitalar, inspirada em parte pelo ideário da reforma italiana (assentada tanto na perspectiva da desinstitucionalização, como pelo ideário pós-moderno – conforme demonstramos no primeiro capítulo), apesar da disputa pela direção desta política e da ameaça de retrocesso em decorrência do avanço do neoconservadorismo no país, por outro, as condições objetivas para execução das ações dos serviços que compõem essa rede são as mesmas de qualquer outra política social no Brasil, nos últimos 30/40 anos, como pudemos demonstrar a partir dos dados obtidos por meio da pesquisa realizada junto aos Assistentes Sociais dos CAPSIII/CERSAMs de Minas Gerais.

Conforme advertem Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, P.18), a perspectiva da desinstitucionalização tem implicações referentes a toda organização sanitária, sobretudo em relação à crise dos projetos sanitários. Sendo assim, quando a desinstitucionalização é tomada apenas como racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução gradual do número de leitos hospitalares, aumento das altas hospitalares e de fechamento de hospitais - sem que haja a construção da rede extra-hospitalar qualificada e composta por todos os equipamentos, recursos materiais e humanos necessários para dar conta da demanda oriunda dessa política -, tem-se a desospitalização e não a desinstitucionalização. Esta versão é coerente com as orientações neoliberais e conservadoras.

Em relação a este aspecto Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p.20) questionam, e concordamos com eles, “quais os efeitos, desejados ou não, essas mudanças produzem na prática? Que eficácia têm demonstrado em relação ao objetivo de superar a internação?”

Entendemos que as respostas a estas questões não cabem no escopo desta produção. Contudo, a aproximação à realidade que pudemos constatar, a partir da pesquisa empírica, nos revelou a fragilidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira de caráter antimanicomial e a necessidade de estudos mais aprofundados a esse respeito.

O cenário de precarização dos serviços de saúde mental pode ser observado e confirmado neste capítulo como produto do tensionamento da relação entre o capital, o trabalho, o Estado e a sociedade civil, no contexto de financeirização do capital, de aprofundamento das políticas econômicas de corte neoliberal implementadas no país a partir da década de 1990 e de avanço do neoconservadorismo, que têm representado profundos retrocessos em relação a conquistas da classe trabalhadora e impactado nas condições de trabalho dos Assistentes Sociais.

Entendemos que a análise crítica desta realidade se constitui mediação necessária para o trabalho do Assistente Social, uma vez que é a partir dela que se pode lançar luz ao chamado “cotidiano” profissional e conseguir desvelar, pelo menos em parte, a natureza das dificuldades, dos limites e dos entraves à realização de um trabalho com vistas à viabilização dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Bem como, é a partir dessa análise que se pode traçar estratégias de enfrentamento e criar possibilidades de trabalho que coadunem com a direção social assumida pela categoria nos últimos 40 anos.

Conforme dissemos no início desta seção, o contato direto com a realidade de trabalho vivida pelos Assistentes Sociais colocou-nos diante de questões relativas à objetividade das condições de trabalho dos CAPSIII/CERSAMs, trabalhadas até este momento; bem como, colocou-nos diante, também, da forma de organização do trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs, o que trouxe à tona a centralidade da função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”. Por isso, na próxima seção faremos uma incursão na organização do processo de trabalho que encontramos nos

CAPsIII/CERSAMs, evidenciando suas particularidades e a relação com o trabalho dos Assistentes Sociais nestes serviços.

2.3. A organização do processo de trabalho nos CAPSIII/CERSAMs: o trabalho do Assistente Social na saúde mental e suas imbricações com a função do “Técnico de Referência”

De acordo com Marx (1985), todo processo de trabalho possui três elementos simples: a atividade orientada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; o objeto sobre o qual incidirá a força de trabalho; e os meios e/ou instrumentos necessários para a realização desta atividade. Esses elementos estão presentes em todo processo de trabalho.

No processo simples de trabalho, como processo entre o homem e a natureza, “considerando-se o processo inteiro de trabalho do ponto de vista de seu resultado, então aparecem ambos, meio e o objeto de trabalho, como meios de produção, e o trabalho mesmo como trabalho produtivo”. No entanto, no processo capitalista de produção essa definição de trabalho produtivo é, para Marx (1984 p.105), totalmente insuficiente para explicar o trabalho produtivo nesta sociedade. Esta definição de trabalho produtivo só pode ser considerada para o trabalhador coletivo e não para cada um de seus membros isoladamente, uma vez que “o produto se transforma, sobretudo, do produto direto do produtor individual em social, em produto comum de um trabalhador coletivo” (Marx, 1984 p.105). Assim, com a ampliação do processo de trabalho, a partir da complexificação das relações de produção da sociedade capitalista, há processos de trabalho nos quais se inserem os trabalhadores, como trabalhadores coletivos de um determinado processo de trabalho.

Ao considerarmos o processo de trabalho nos serviços de saúde mental pesquisados, verificamos que este se dá a partir da formação das equipes interprofissionais, nas quais os Assistentes Sociais se inserem como trabalhadores coletivos. Portanto, consideramos fun-

damental desvelar a forma de organização do trabalho em equipe dos CAPSIII/CERSAMs a fim de conhecer e problematizar o trabalho que vem sendo realizado pelo Assistente Social na saúde mental. Inclusive, porque essa forma de organização do trabalho tem atravessado o trabalho dos Assistentes Sociais a ponto de, a nosso ver, estar dando a direção deste trabalho acima do estatuto social desta profissão, como veremos adiante.

No momento da entrevista, junto aos Assistentes Sociais, fizemos uma pergunta, aparentemente simples, para os mesmos: “Quem são os sujeitos atendidos pelo Serviço Social na instituição?” E, para nossa primeira surpresa, foi unânime a resposta não havia sujeitos atendidos pelo Serviço Social, mas usuários dos serviços que necessitam de acompanhamento e este é feito por toda equipe, a partir da distribuição dos usuários entre os “Técnicos de Referência”, que são, supostamente, todos os técnicos que compõem as equipes interprofissionais. Foi unânime a resposta entre os Assistentes Sociais de que todos atuavam como “Técnicos de Referência”, como exemplificam algumas falas a respeito dos sujeitos atendidos pelo Serviço Social:

“Todos [os sujeitos] que entram no CERSAM. Não tem aqueles que vão ser atendidos pelo Serviço Social ou não. Tem uma porta de entrada em que os plantonistas recebem os usuários. Na reunião de equipe é feita a divisão dos usuários entre os técnicos a partir da microárea de referência de cada miniequipe, composta por 04 técnicos. Nessa reunião decidimos quem vai ficar com aquele paciente, independente se é o Assistente Social ou outro técnico”.

“Pelo Serviço Social? Atendemos mais como Técnico de Referência dentro do serviço. Então, acaba que vêm alguns casos para o Serviço Social, mas na maioria das vezes atendemos como Técnico de Referência.”

Tínhamos uma sequência de perguntas sobre o trabalho do Assistente Social na saúde mental, tais como: quais são as demandas que chegam para o Serviço Social e como chegam? Existe estudo de demanda para a definição de ações? O Serviço social participou ou

participa da realização deste estudo? Quais são os objetivos do Serviço Social na instituição? Esses objetivos são definidos pela instituição ou pelos Assistentes Sociais? Você concorda com eles? Você consegue atingi-los? Quais são as ações que você desenvolve no seu trabalho? Existe autonomia para realização do seu trabalho? E, por fim, o Assistente Social atua como “Técnico de Referência”? Como é essa atuação, qual sua função?

No entanto, as respostas a estas perguntas foram todas atra- vessadas pela resposta à primeira pergunta sobre os sujeitos atendidos pelo Serviço Social, quando todos os Assistentes Sociais se referem imediatamente à função do “Técnico de Referência” assumida por eles, em detrimento da atuação como Assistentes Sociais. Tal fato impactou diretamente nas outras questões relativas às demandas, ações e objetivos do Serviço Social. Ao longo das entrevistas fomos constatando que de fato o trabalho do Assistente Social na saúde mental tem se configurado a partir das atribuições genéricas e inespecíficas do “Técnico de Referência” e estas trazem consigo, entre outras, demandas por intervenções de cunho individualista, subjetivista e terapêutico. Assim, neste primeiro momento, ficou evidente para nós que o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde mental está subsumido a esta função genérica e inespecífica. Entretanto, desconhecíamos seus possíveis determinantes. Por isso, consideramos este elemento central para compreendermos as mediações existentes entre o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais na saúde mental e a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos mesmos.

De acordo com os Assistentes Sociais, do ponto de vista operacional, assumir a função de “Técnico de Referência” significa que cada profissional da equipe vai ter um determinado grupo de usuários que estarão sob sua referência, para os quais deverá criar um projeto terapêutico singular. Este projeto, supostamente, tem por finalidade dar a direção do tratamento do usuário no CAPSIII/CERSAM, articular o trabalho realizado neste serviço com a comunidade na qual o usuário vive e com os demais serviços sociais, sejam estes serviços na área da saúde e/ou assistência social, com os quais o usuário tenha

algum tipo de vínculo. Entretanto, conforme pudemos evidenciar o trabalho como “Técnico de Referência” tem enfatizado mais a direção do tratamento do usuário no serviço, do que a articulação deste usuário com a comunidade e os demais serviços, o que requer a disponibilização de recursos materiais e humanos para tal. Conforme demonstramos no item anterior, as condições objetivas e materiais para a realização de qualquer trabalho fora dos muros dos CAPSIII/CERSAMs, tem se mostrado insuficiente e até inexistente. Isto porque a realização desse tipo de trabalho requer a disponibilização de recursos humanos e materiais como, por exemplo: número maior de técnicos diariamente nos serviços para atender às necessidades internas e externas dos mesmo; disponibilização de veículo para as visitas domiciliares e as atividades comunitárias para realização do matrículamento e da construção e articulação da RAPS; disponibilização de linha telefônica para realização dos contatos externos (em apenas um serviço pesquisado, os Assistentes Sociais possuem linha telefônica direta em suas salas. Nos outros serviços esta linha encontra-se na recepção).

As atribuições como “Técnicos de Referência” foram postas para os Assistentes Sociais como uma requisição institucional, a partir da organização do trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs, no qual estes profissionais se inserem, que se dá por meio da constituição das equipes interprofissionais. Contudo, não encontramos produções teóricas que fundamentassem as origens da denominação “Técnico de Referência” nos serviços de saúde mental. As produções teóricas a que tivemos acesso⁵¹ partiam da existência dessa figura como algo dado, inevitável e, para nós, desprovida de historicidade.

⁵¹ E SILVA, M. B. B. O técnico de referência no centro de atenção psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? Disponível em: file:///C:/Users/diversos03/Downloads/T%C3%89CNICO%20DE%20REFER%C3%8A%NCIA%20CAP%2013_MARTINHO%20BRAGA%20B%20SILVA.pdf. SILVA, E. A. e DA COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dezembro 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/diversos03/Downloads/O%20profissional%20de%20refer%C3%A1ncia%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>. MIRANDA L., -CAMPOS, Rosana T. Onocko Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad.

Encontramos alguma referência para a incorporação desta função em um documento do Ministério da Saúde, de 2004, intitulado *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*⁵². Este documento informa o funcionamento dos CAPSs e a necessidade de elaboração do projeto terapêutico juntamente com o usuário, afirmando que o profissional que acolher o usuário no serviço passará a ser uma referência para ele e este profissional poderá seguir sendo, o que este documento denomina de *Terapeuta de Referência* (TR). Consideramos que este *Terapeuta de Referência*, ao qual se refere o documento, é o mesmo que o “Técnico de Referência” citado pelos Assistentes Sociais, uma vez que suas atribuições são, em parte, as mesmas. Dissemos que as atribuições do *Terapeuta de Referência* são, em parte, as mesmas dos “Técnicos de Referência”, porque o que o referido documento determina como função do *Terapeuta de Referência* retrata parte das funções que vêm sendo desempenhadas pelos “Técnicos de Referência” nos serviços de saúde mental. Conforme podemos verificar no documento *Saúde Mental no SUS* (BRASIL, 2004b),

O Terapeuta de Referência terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.

Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1153-1162, jun, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/diversos03/Downloads/ANALISE%20DAS%20EQUIPES%20DE%20REFERENCIA%20EM%20SA%C3%A9%20MENTAL.pdf. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.^a edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2007. Disponível em: file:///C:/Users/diversos03/Downloads/CLINICA%20AMPLIADA%20EQUIPE%20DE%20REFERENCIA%20E%20PROJETO%20TERAPEUTICO%20SINGULAR%20-%20MINISTERIO%20DA%20SAUDE.pdf.

⁵² De acordo como o referido documento ministerial a finalidade da criação deste documento está em “(...) ajudar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a saberem um pouco mais sobre os CAPS. Informações sobre a origem dos CAPS, seu crescimento em todo o país, a integração com a rede de saúde, a participação dos usuários e familiares, a distribuição dos medicamentos, a relação com a rede básica, as oficinas terapêuticas e vários outros temas são apresentados de maneira simples, com o objetivo de esclarecer sobre o modo de funcionamento desses novos serviços de saúde mental (BRASIL, 2004, p.9).

Ou seja, de acordo com este documento, a função do *Terapeuta de Referência* se assemelha à de um mediador, um facilitador, entre usuário, família e equipe do serviço. Contudo, avaliamos que a função do “Técnico de Referência” nos serviços pesquisados, de acordo com os relatos dos Assistentes Sociais, vai além das orientações contidas no referido documento, uma vez que ele é responsável pelo acompanhamento do usuário no serviço e, como dizem, tem que saber “tudo” sobre este usuário, desde a medicação à vida familiar. Como exemplificam os seguintes relatos dos Assistentes Sociais entrevistados sobre o que faz o “Técnico de Referência”:

“[O “Técnico de Referência” precisa saber] se [o usuário] tem medicação, se busca na secretaria, se tem receita, se está preenchido o papel da secretaria, se ele buscou, se não buscou [a medicação], se está em hospitalidade noturna, se tem roupa, se não tem, se tem família se não tem”. (...) Até o cigarro do paciente eu tenho que ficar controlando”.

“[O “Técnico de Referência”] vai referenciar aquele caso. Você acolhe; coloca em P.D. [permanência-dia], ou hospitalidade noturna; acompanha o momento da crise, do surto e da estabilização; e depois disso você vai junto com ele [usuário] e com a família construir projeto terapêutico singular dele.

Além disso, os Assistentes Sociais informaram que “todos” os profissionais, como “Técnicos de Referência”, assumem a responsabilidade do acolhimento. No entanto, em 06 serviços pesquisados os Assistentes Sociais consideram como “todos” os profissionais da equipe interprofissional os assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, excluindo os médicos. Em dois serviços, os enfermeiros e os médicos não assumem as funções do acolhimento e da referência técnica. Ou seja, não são todos os técnicos que de fato assumem esta função.

Um dos 11 Assistentes Sociais entrevistados apresenta uma síntese, que vai ao encontro dos relatos dos outros profissionais, em relação ao acolhimento nos CAPSIII/CERSAMs, da seguinte forma:

“O acolhimento é feito pelo técnico que está no plantão. Nesse primeiro acolhimento é sugerida conduta. O acolhimento funciona como uma triagem em relação às demandas que chegam no serviço. O técnico do acolhimento é responsável por atender o usuário, colher a história e identificar se é uma demanda para o CERSAM ou não, e, se é uma demanda para o CERSAM, [o técnico] tem que identificar também que tipo de demanda é essa, se é uma demanda terapêutica, se é medicamentosa. Se não é [uma demanda] para o CERSAM, o técnico do acolhimento orienta e encaminha o usuário para o serviço ou programa que necessita. Sempre tem um médico psiquiatra no plantão que dá suporte ao acolhimento quando requisitado.”

Entendemos que os serviços de saúde mental, pela sua própria natureza, atendem demandas no âmbito da *psique* das pessoas com transtorno mental. No entanto, pudemos identificar uma tendência nos CAPSIII/CERSAMs à valorização dos saberes denominados “*psi*”, uma vez que na maioria dos serviços (08) o número de psicológicos é maior do que os o número de assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, e em 04 serviços é igual somente ao número de enfermeiros. O que nos faz questionar se esta prevalência quantitativa de psicólogos sobre os outros técnicos e, principalmente, sobre os Assistentes Sociais, estaria contribuindo para uma condução do trabalho centrado na dimensão subjetiva em detrimento da objetividade da vida material dos usuários dos serviços de saúde mental.

Esses dados obtidos por meio das entrevistas vão ao encontro da observação de Vasconcelos (2000) de que, no Brasil, há uma valorização relativa dos psicólogos e psicanalistas nos serviços de saúde mental. Segundo o referido autor, “além da tradicional hegemonia histórica da psiquiatria, vimos assistindo a um forte processo de psicologização e difusão de culturas terapêuticas, tais como a psicanálise, nas camadas médias” (Vasconcelos, 2000, p.58). Além desse dado quantitativo, o conteúdo dos relatos dos Assistentes Sociais demonstra, qualitativamente, o quanto os saberes, considerados “*psi*” apresentam certa valorização no âmbito da saúde

mental, na medida em que a maioria (09) relatou sentir necessidade de buscar conhecimentos em psicanálise e psicopatologia, por exemplo, para poderem atuar como “Técnicos de Referência” dos usuários.

De acordo com a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002) - que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, denominados de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad -, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, deve ser composta por 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; além dos profissionais de nível médio, somando um total de, no mínimo, 06 técnicos de nível superior, mais 02 médicos psiquiatras e 08 técnicos de nível médio, constituindo a **equipe mínima diária** nos serviços. Apesar da legislação considerar equipe mínima como sendo esta composta tanto pelos profissionais de nível médio, como de nível superior, trabalhamos aqui com uma compreensão de equipe cuja composição se dá apenas pelos profissionais de nível superior, porque foi dessa forma que a maioria dos Assistentes Sociais respondeu às questões relativas ao trabalho em equipe.

Em termos gerais, a realidade dos serviços pesquisados demonstra o cumprimento desta portaria, uma vez que a composição total de tais equipes varia de, no mínimo, 06 a, no máximo, 17 técnicos de nível superior, além dos médicos psiquiatras que variam entre 03 a 06 lotados nos serviços, conforme demonstramos na tabela acima.

No entanto, em termos particulares, não identificamos o cumprimento desta portaria, haja vista que a **equipe mínima diária** presente nos serviços é de apenas 01 médico psiquiatra, e não 02, como dispõe a portaria, mais 05 ou 06 técnicos de nível superior, a depender do serviço e do dia da semana. A referida portaria determina que sejam, pelo menos, 06 técnicos de nível superior, além de 02 médicos e 01 enfermeiro. Identificamos uma defasagem de

médicos psiquiatras e técnicos de nível superior no atendimento diário em todos os serviços, apesar do aumento crescente das demandas em função do fechamento dos hospitais psiquiátricos e do aumento da demanda oriunda do crescente uso de drogas como o crack, conforme revelam.

Questionamos aos Assistentes Sociais se havia relação entre as demandas da *psique* e o Serviço Social. Dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, 08 disseram que havia essa relação e 03 responderam negativamente a esta questão. Destes 03, um afirma: “Hoje eu tenho clareza de que eu não tenho que fazer diagnóstico de ninguém, mas no início tinha dúvida, porque era algo que me tomava. No início você treme numa reunião de equipe quando te perguntam: qual é o diagnóstico?” Entretanto, este Assistente Social não relaciona as demandas da *psique* com a função específica de Assistente Social, mas sim com a função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, que lhe foi atribuída. Ou seja, este profissional comprehende que como Assistente Social não tem competência para intervir nas demandas oriundas da *psique* dos usuários. Contudo, para ele e para o serviço de saúde mental no qual está inserido, segundo seu relato, as demandas da *psique* constituem-se como demandas para atuação de todos os profissionais que assumem a função de “Técnico de Referência”, ou seja, para este serviço, esta é uma atribuição inerente à esta função. Pudemos identificar que esta é a compreensão de 07 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados.

Dessa forma, percebemos, que a necessidade pela formação complementar em psicanálise e/ou psicopatologia está associada às demandas oriundas das requisições postas pelas funções assumidas como “Técnicos de Referência” no interior das equipes interprofissionais e, não diretamente, às demandas inerentes ao Serviço Social. Por isso, o trabalho dos Assistentes Sociais tem sido, predominantemente, realizado a partir de ações de natureza individualizante, subjetivista e, por que não, clínica, em detrimento de ações coletivas, grupais e que consideram a totalidade das relações sociais. A maioria dos Assistentes Sociais, apesar de dizer que há uma indissociabilidade

entre as demandas subjetivas e objetivas, demonstrou que as demandas objetivas - aquelas ligadas às necessidades materiais dos usuários - ficam em segundo plano, porque há, segundo eles, uma necessidade de estabilização dos sintomas da crise psiquiátrica num primeiro momento. Entretanto, o que pudemos perceber é que a predominância dos saberes considerados “*psi*” tem dado o tom nos serviços pesquisados e isso tem sido fonte de dúvidas, incertezas e inseguranças para os Assistentes Sociais, uma vez que sua qualificação acadêmico-profissional não oferece elementos teórico-metodológicos e técnico-interventivos para a realização de trabalhos no âmbito da *psique* dos usuários.

A partir da nossa experiência de trabalho como Assistente Social no âmbito da saúde mental e como Professora/Supervisora Acadêmica de campos de estágio nesta área, já havíamos nos deparado com essa questão de predominância dos saberes considerados “*psi*”, nos serviços de saúde mental e pensávamos que este seria um dos determinantes das dificuldades dos Assistentes Sociais em construírem seu trabalho de forma convergente com o acúmulo teórico-metodológico do Serviço Social dos últimos 40 anos. Pensávamos que, em função dessa predominância, havia certa dificuldade de os Assistentes Sociais reconhecerem seu objeto de intervenção na saúde mental nas expressões da questão social e na materialidade da vida dos usuários, uma vez que a dimensão fenomênica da loucura pode “roubar a cena”. Pensávamos que esta dificuldade estaria levando à necessidade de os Assistentes Sociais buscarem outros conhecimentos e instrumentais para sua intervenção em outras áreas, como por exemplo, a formação em psicanálise e/ou terapia sistêmica. Ou então, que essas dificuldades estariam levando à construção de um trabalho subordinado, superficial, burocrático, rotineiro, tarefeiro, voluntarista.

Entretanto, o que vimos é que não há dificuldade expressa pelos Assistentes Sociais no reconhecimento da relação entre a chamada “questão social” e suas múltiplas expressões, objeto da intervenção do Assistente Social, e a loucura; e destas com o Serviço

Social. Afirmamos isso porque ao indagarmos os Assistentes Sociais sobre as expressões da chamada “questão social” nos CAPSIII/CERSAMs e sua relação com a loucura, 09 Assistentes Sociais responderam que são claras as expressões da “questão social” nos serviços de saúde mental, bem como a relação entre elas e a loucura e 01 entrevistado não respondeu a esta pergunta. No entanto, entre aqueles que identificaram as expressões da “questão social” nos serviços de saúde mental, pudemos perceber a presença de dois grupos de respostas. Um grupo, de 03 Assistentes Sociais, considera a “questão social” nas suas múltiplas expressões como o “estopim” do processo saúde-doença mental. Reconhecem que “por traz da crise [psiquiátrica, que é a demanda imediata que chega aos serviços] há sempre uma “questão social”, como diz um deles.

O segundo grupo, composto por 07 Assistentes Sociais, considera a “questão social” nas suas múltiplas expressões como elementos que estão associados às demandas por tratamento na saúde mental, mas não necessariamente como o “estopim” para o adoecimento mental. Esses Assistentes Sociais exemplificam as expressões da “questão social” como: “pobreza”; “problemas de moradia”; “vulnerabilidade financeira”; “precariedade das condições de vida”; “relações familiares complicadas”; “falta de acesso a habitação, saúde e educação”; “abandono”, “desemprego”, “exclusão familiar e da comunidade”; e “preconceito”.

Assim, seja a “questão social” nas suas múltiplas expressões tomada como o “estopim” do adoecimento mental, seja pelo reconhecimento desta estar associada às demandas por tratamento, é inegável, sua presença e a relação intrínseca com a saúde mental dos usuários dos serviços, apesar das diferentes compreensões e orientações teórico-metodológicas implícitas nas respostas acerca da natureza da “questão social” e suas diversas expressões.

Dante disso, o que, a nosso ver, têm gerado dificuldades na atuação profissional no campo da saúde mental são as requisições postas pela função de “Técnicos de Referência”, no interior das equipes interprofissionais e o incipiente posicionamento crítico dos

profissionais diante de tais requisições. Assim, os Assistentes Sociais reconhecem que o objeto de intervenção do Serviço Social na saúde mental está nas expressões da chamada “questão social” e na sua relação com a loucura. Contudo, como assumiram a função de “Técnico de Referência” há certo “descolamento” dessa função em relação às competências conferidas ao Assistente Social pela sua formação acadêmico-profissional.

Contudo, percebemos que há uma contradição nos relatos dos Assistentes Sociais. Por um lado, todos afirmaram que a relação entre “questão social” e loucura é inequívoca, que o fenômeno da loucura traz consigo - seja como determinante do adoecimento seja como parte integrante do sujeito - diversas expressões da chamada “questão social” e, portanto, uma série de demandas para atuação do Assistente Social. Por outro, segundo os Assistentes Sociais, a escassez de recursos materiais e humanos e o modelo de assistência centrado na figura do “Técnico de Referência” não permite que o Assistente Social possa se organizar para atender a essas demandas, como faz em outros serviços públicos como os Centros de Saúde, os CRAS e CREAS, por exemplo. Algumas falas dos Assistentes Sociais são muito claras a respeito, tais como:

“Muitas vezes é a crise, é a urgência, mas o que tem por traz é uma “questão social”. Às vezes é mais social. Mas, pela forma como o serviço está organizado, como Assistente Social, eu me vejo longe disso. Temos uma reunião mensal de todos os serviços do município e eu vejo as outras Assistentes Sociais falando e eu me sinto tão distante delas. O Serviço Social assumiu uma formatação muito diferente dentro da saúde mental.”

“A demanda social na saúde mental é muito grande, organização do serviço não dá conta de atender a isso e a rede não é estruturada para isso, porque faltam recursos em todas as políticas sociais.”

Os profissionais informaram que, dessa forma, tais demandas ficam pulverizadas entre os “Técnicos de Referência”, ou são encaminhadas para a atenção básica. Segundo os Assistentes Sociais

entrevistados, os “Técnicos de Referência”, que não são Assistentes Sociais, nem sempre têm conhecimentos específicos e instrumentais técnico-operativos para intervir junto a tais expressões da “questão social” e as demandas, por elas produzidas. Nesses casos, de acordo com os relatos, como dizem, faz parte da “rotina” do serviço a troca de experiências e conhecimentos entre os técnicos, com vistas a atender às demandas dos usuários para as quais não possuem qualificação profissional, ou seja, quando se trata de alguma demanda fora do âmbito do conhecimento acadêmico-profissional de cada técnico da equipe.

Diante disso, reafirmamos que os serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio apresentam vasto campo de atuação para os Assistentes Sociais, seja pela natureza do adoecimento mental e sua relação com a chamada “questão social”, seja pela proposta de reconhecimento do louco como sujeito de direitos, explícita na Reforma Psiquiátrica. No entanto, questionamos: a forma de organização do trabalho das equipes interprofissionais, centrada na função do “Técnico de Referência”, somada à insuficiência de recursos materiais e humanos - conforme relatada -, tem contribuído para que os Assistentes Sociais construam um trabalho na saúde mental convergente com a direção social crítica assumida por parcela significativa da categoria?

Por outro lado, contraditoriamente ao trabalho que vem sendo realizado, os profissionais demonstraram ter clareza de qual seria ou já foi o trabalho do Assistente Social na saúde mental. Quando indagamos sobre as demandas para o Serviço Social, ao mesmo tempo em que os Assistentes Sociais afirmam que nesta atual organização do trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs não deveria haver demandas para o Serviço Social, eles reconhecem que tais demandas existem e consideram-nas como, por exemplo: encaminhamento para benefício assistencial e previdenciário e para abrigo; parecer social; orientação sobre retirada de documentação; elaboração de relatório social para perícia junto ao INSS. E ainda, como demonstraram os seguintes relatos:

“Milhões de coisas em torno de um sujeito: encaminhamento e discussão para abrigo; encaminhamento de gestante em uso de droga; discussão de caso com o hospital; acompanhando da mãe até sua alta; acompanhamento de pacientes referenciados no CERSAM; visita domiciliar; articulação com a família.”

“Benefícios, como: Benefício de Prestação Continuada (BPC); aposentadoria; questões relacionadas à precariedade familiar; famílias que não dão conta de cuidar desse familiar, que está em surto. Você tem que fortalecer a rede local, construir, verificar quais familiares que têm disponibilidade e condições de cuidar dessa pessoa, mostrar que há jeito e que ela não está sozinha nisso. A gente está lá para conduzir essa família”.

“Reunião com familiares; abrigamento para usuário em situação de rua e, na maioria das vezes, não conseguimos atender a essa demanda dos usuários por via de outras políticas pública, por que elas são precárias”.

De modo geral, os Assistentes Sociais afirmaram que as demandas que chegam para o Serviço Social, além daquelas advindas dos usuários que estão sob suas referências, normalmente, são demandas por informações que os outros técnicos solicitam sobre como devem proceder com os encaminhamentos e as orientações para programas e serviços sociais ou benefícios assistenciais e previdenciários.

Um dos Assistentes Sociais informou que a maior parte das demandas que chegam são as demandas que a equipe considera que sejam para o “Técnico de Referência”, independentemente de sua formação profissional. No entanto, este profissional reitera o que já afirmamos:

“[...] isso não significa que não existam demandas para o Serviço Social. Ao contrário, elas existem e não têm sido atendidas pelo Serviço Social, por falta de tempo para isto e muitas vezes tenho que encaminhar os usuários para o Assistente Social da atenção básica”.

Outros relatos nos ajudam a compreender essa relação entre demandas para o Serviço Social e a função do “Técnico de Referência” nos CAPSIII/CERSAMs:

“Teoricamente não era para ter demanda específica para o Serviço Social, mas tem. Porque a proposta é a seguinte: todos os TNS [Técnicos de Nível Superior] acompanham junto. A ideia é trocar experiências. Se eu estou acompanhando um paciente e se eu estou em dúvida em relação àquele paciente, eu procuro o colega que pode me ajudar. Agora, no Serviço Social os casos sociais demandam demais. Já tive a necessidade de trocar de paciente com outro colega, porque aquele paciente tinha uma demanda [social] maior. Porque na saúde mental a demanda social grita. É uma demanda que às vezes a gente não tem para onde correr, porque não tem uma rede estruturada. Lá, trabalhamos com a intersetorialidade⁵³ mesmo. Lá, não tem o papel do psicólogo. O psicólogo não atende psicoterapia. Fazemos o mesmo trabalho. Ali é o local da urgência. As demandas de psicoterapia deveriam ser encaminhadas para o centro de saúde depois que [o usuário] estabilizasse. Mas acaba que não é isso que acontece, porque tem paciente que está há anos no serviço. Nós “trocamos figurinha” mesmo. Não tem o paciente do assistente social”.

“[...] por outro lado, esse mesmo psicólogo vem a mim ou a minha companheira [Assistente Social], perguntar coisas sobre o Serviço Social, como: questões relacionadas à promotoria de defesa da pessoa com deficiência; encaminhamento para cesta básica; encaminhamento para família acolhedora. Esse tipo de coisa”.

Diante disso, ficou evidente a existência de demandas que deveriam ser atendidas e respondidas por determinadas profissões, em particular, mas esta organização do trabalho das equipes interprofissionais dos CAPSIII/CERSAMs, centrada na função do “Técnico de Referência”, não considera preponderante que essas demandas sejam atendidas pelos profissionais que têm competência acadêmico-

⁵³ Acreditamos que esta(e) Assistente Social referiu-se à intersetorialidade, quando deveria ser interdisciplinaridade. No entanto, como diz na sequência que “lá não tem o papel do psicólogo” e “a gente faz o mesmo trabalho”, acredito que o que está por trás dessa compreensão seja um trabalho em equipe transdisciplinar, como veremos no próximo capítulo.

profissional para tal. Por isso, acreditamos que 03 Assistentes Sociais disseram não haver demandas para o Serviço Social, uma vez que não há função específica para o Serviço Social e “todos” devem ser “Técnicos de Referência”. Nesse sentido, um Assistente Social declarou que “as funções realizadas pela Assistente Social são comuns aos outros técnicos, como: plantão/acolhimento, ambulatório de P.D. e reunião de equipe.” E, em algumas situações, como afirmou outro profissional, “as demandas específicas para o Serviço Social vêm de encaminhamentos dos outros técnicos”, ou são identificadas pelo próprio Assistente Social, somente em relação aos usuários que estão sob sua referência.

Refletindo sobre a realidade exposta acima, identificamos três questões de naturezas distintas, que se misturam no emaranhado do trabalho e das dificuldades encontradas pelos Assistentes Sociais, a partir do que estamos considerando ser uma subsunção do trabalho da/do Assistente Social às funções genéricas e inespecíficas do “Técnico de Referência”.

A primeira questão diz respeito à falta de clareza em relação ao papel do “Técnico de Referência”, uma vez que, de acordo com relatos, os técnicos de cada serviço dão a direção que pensa ser melhor para o trabalho. **A segunda** está relacionada ao impacto da sobreposição das funções genéricas de “Técnico de Referência” sobre as profissões, em especial sobre o Serviço Social, e as consequências disso tanto para a profissão como para a qualidade dos serviços prestados aos usuários. **E por fim**, mas não menos importante, é algo que acreditamos atravessar tanto a primeira, quanto a segunda questão que é a orientação teórico-metodológica e ideopolítica que tem informado esta organização do trabalho em equipe nos serviços pesquisados.

Essa forma de organização, centrada na atuação do “Técnico de Referência”, tem descaracterizado a intervenção profissional dos Assistentes Sociais que, por um lado, têm assumido funções para as quais não têm competência acadêmico-profissional e, por outro, têm deixado de responder às demandas historicamente dirigidas ao

Serviço Social, para as quais possuem competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativas.

No entanto, mesmo que os Assistentes Sociais venham assumindo as funções como “Técnicos de Referência”, com demandas para intervenções no âmbito da *psique* dos usuários da saúde mental, para as quais não possuem qualificação acadêmico-profissional, estes demonstraram certa clareza na compreensão acerca da indissociabilidade entre as dimensões objetiva e subjetiva dos usuários. Mesmo que, para os serviços, as demandas imediatas estejam relacionadas à subjetividade dos usuários - compreendida apenas a partir da dimensão da *psique*, e da necessidade de procederem com a estabilização da crise psiquiátrica, como veremos adiante –, os Assistentes Sociais reconhecem que essas demandas, cuja natureza é subjetiva, vêm sempre associadas a outras demandas de natureza objetiva e material, não podendo ser desvinculadas ou dissociadas. Conforme podemos demonstrar com as seguintes falas, sobre a relação existente entre a chamada “questão social” e as demandas da *psique*:

“[...] estão de mãos dadas [as demandas da *psique*] com o social”.

“Muitas pessoas que chegam ao CERSAM, chegam porque tiveram alguma tensão em casa, [no] trabalho, [com os] filhos. Eu não consigo desvencilhar as pessoas que chegam [em crise] de uma “questão social”. Está intrínseco. Está ligado. As pessoas chegam com quadro depressivo porque o filho está preso, o marido está doente”.

“A condição do paciente tem relação com o contexto social dele. Depende do momento do tratamento. No momento do acolhimento essa situação psiquiátrica sobressai, na medida em que você vai acompanhado, essas questões sociais [sic] do paciente até se sobressaem. Há alguns casos em que o social interfere muito na estabilidade do paciente, na possibilidade dele continuar no tratamento. Às vezes, a situação familiar traz uma instabilidade para ele, como: uma dificuldade de manejo da família; uma questão financeira; uma angústia do paciente de não estar trabalhando, de não estar recebendo nenhum benefício; e o CERSAM acaba sendo aquele único lugar que dá uma perspectiva de acolhimento de apoio para esse paciente.”

“A urgência maior é da crise [psiquiátrica], ela é clínica, depois vêm as outras demandas. Como elas não têm a mesma urgência da crise, os técnicos tentam atender as outras demandas após a crise. As outras coisas ficam diluídas e o “Técnico de Referência” dá conta daquilo que dá conta”.

“Com o Serviço Social em si acho que a relação que existe [entre as demandas da *psique* e o Serviço Social] é o abandono e o desamparo ou a rejeição. Acho que a relação do Serviço Social com a *psique* entra nessas questões, para construir com essa família um lugar social para esse sujeito”.

“Na verdade, muitas vezes a gente vê que a demanda não é da *psique*, é mais social mesmo. A gente vê muito disso no serviço e também que isso se perde na falta de diagnóstico⁵⁴. Tem uns casos que são bem sociais mesmo, de violação de direitos, que a gente encaminha para o CRAS e CREAS”.

“Em muitos casos você não consegue identificar se é uma situação de miséria que gerou um adoecimento mental no sujeito, ou se é a doença que o levou a uma condição de miséria também”.

“90% dos casos são demandas para o Serviço Social. Na realidade, o sujeito não foi preparado para garantir o direito dele, ele não sai de um primeiro diagnóstico de ser usuário da saúde mental conhecedor dos seus limites, suas possibilidades. E quando ele chega na crise, ele chega na crise por essa falta de conhecimento, de conhecimento de sua saúde mental, do seu sofrimento mental.”

Segundo um dos Assistentes Sociais, em várias situações os usuários permanecem no serviço, apesar de sua estabilização psíquica. Tal fato se torna objeto de questionamento, principalmente, por parte da equipe de enfermagem. Este mesmo Assistente Social questiona a concepção de “crise” dos outros profissionais da equipe, que parece estar relacionada apenas ao que denominamos “fenômeno da loucura”, ou seja, às desordens da *psique*, que se manifestam a partir dos

⁵⁴ O Assistente Social cita o exemplo de moradores de rua, usuários de drogas, que se “tornam” pacientes da saúde mental em função da precariedade das condições materiais de vida desses sujeitos.

delírios, das alucinações, dos comportamentos agressivos e violentos. Para este Assistente Social, assim como para nós, está claro que não é apenas o aspecto psíquico, de forma isolada, que leva o sujeito a uma “crise” e a buscar o serviço de saúde mental, mas também suas condições objetivas que, conforme já dissemos, estão articuladas dialeticamente com a dimensão objetiva da vida.

No entanto, esta é uma compreensão deste profissional neste serviço, que é diferente de qualquer outro serviço que visitamos. Para os outros profissionais, a estabilização da crise é o objetivo precípua do serviço e somente após a sua estabilização é que as outras demandas se apresentam como necessidades a serem atendidas.

Assim, apesar de os Assistentes Sociais afirmarem que não tem como separar subjetividade e objetividade, a crise, em si, não tem sido compreendida e tratada por todos os técnicos e por todos os serviços em suas dimensões objetiva e subjetiva, uma vez que sua expressão fenomênica “rouba a cena”, mesmo que seja num primeiro momento, “ela se sobressai”, como disse um dos Assistentes Sociais. Sendo assim, é majoritária a compreensão de que somente depois da crise psiquiátrica estabilizada (demanda subjetiva) é que as outras demandas (objetivas) ganham espaço nestes serviços de saúde mental.

Esta concepção de crise, restrita ao “fenômeno da loucura” vai de encontro à proposta de Desinstitucionalização italiana, que tem naquilo que Rotelli (1990) chama de “Instituição inventada”, como sendo a direção do trabalho a ser construído na saúde mental. Nessa instituição o objeto é, segundo o referido autor (1990, p.90), “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. Ou seja, o objeto não é o sintoma, mas é o sujeito como um corpo social e sua “existência global, complexa e concreta” (ROTELLI, 1990, p.90)

Nesse sentido, segundo Rotelli (1990, p.93),

A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de

reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.

Esta proposta de Rotelli (1990), além de não separar as dimensões objetiva e subjetiva dos usuários, supõe que a grande transformação da instituição a ser inventada esteja na capacidade de os técnicos voltarem-se para a compreensão do usuário como um corpo social, cujas necessidades materiais e concretas das pessoas com transtorno mental tornaram-se objeto do trabalho na saúde mental, com importância determinante no processo de reinserção social dos usuários na vida comunitária.

Consideramos, também, que a função da referência técnica nos CAPSIII/CERSAMs, segundo os relatos dos Assistentes Sociais, ao incluir como responsabilidades de todos os técnicos envolvidos a identificação do quadro clínico dos usuários - para levar tais informações ao psiquiatra, a fim de discutirem o diagnóstico e tratamento medicamentoso, bem como fazer o acompanhamento terapêutico do usuário já inserido no serviço - extrapolam as determinações ministeriais (BRASIL, 2004b) acerca do papel do “Terapeuta de Referência”. De acordo com tais determinações, a nosso ver, o papel do “Terapeuta de Referência” está no nível pragmático, apenas, pois diz respeito ao monitoramento do projeto terapêutico, contato com a família e avaliação periódica das metas traçadas neste projeto.

Diante disso, começamos a nos indagar: se o que documento ministerial determina como função da referência técnica são atribuições de caráter pragmático, qual seria a natureza dessa função genérica do “Técnico de Referência”, que tem demandado conhecimentos para além das competências acadêmico-profissionais dos técnicos das equipes? Qual sua orientação teórico-metodológica? Em particular, por que os Assistentes Sociais aceitam assumir funções para as quais sua formação acadêmico-profissional não lhes confere competência teórico-metodológica e técnico-operacionais? E qual a

relação de todas essas questões com a questão central dessa investigação que é a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais?

Essas questões levaram-nos aos dados sobre o trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs. Todos os Assistentes Sociais consideram que o trabalho realizado nos serviços de saúde mental seja um trabalho em equipe. Sendo que 04 consideram a equipe multidisciplinar; 05 consideram-na interdisciplinar; 01 multi/interdisciplinar e 01 transdisciplinar. Ou seja, a maioria comprehende que o trabalho realizado nos serviços pesquisados se dá sob a modalidade das equipes inter/transdisciplinares.⁵⁵

No entanto, 04 Assistentes Sociais são categóricas/os ao afirmarem que a equipe é composta apenas pelos **psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais**; 07 Assistentes Sociais referem-se à equipe cuja composição inclui psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e **enfermeiros**; dessas/es 07, apenas 01 refere-se à equipe cuja composição inclui os **médicos e os enfermeiros**.

Um dos Assistentes Sociais entrevistados refere-se à composição da equipe e sua forma interdisciplinar dizendo que esta forma é somente entre os Técnicos de Nível Superior, como chamam neste serviço os assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Os outros profissionais, como os médicos e os enfermeiros não fazem parte do que consideram equipe interdisciplinar e, segundo este entrevistado, “é cada um no seu quadrado”.

Outro Assistente Social endossa essa concepção de equipe interdisciplinar composta apenas por assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos, afirmando que é “inter” sem o médico, como diz, e que a participação deste profissional na equipe depende da sua disponibilidade de tempo, ou varia de acordo com a

⁵⁵ Sobre este aspecto do trabalho interdisciplinar na saúde mental apresentaremos e problematizaremos os elementos constitutivos do mesmo no Capítulo 3, uma vez que o conjunto dos elementos capturados pela pesquisa empírica, principalmente aqueles relacionados à centralidade do “Técnico de Referência”, nos colocou diante da necessidade de nos aproximarmos mais dessa discussão e de seus fundamentos teórico-metodológicos.

concepção de trabalho em saúde mental de cada profissional da medicina. Este mesmo profissional refere-se ao modelo de trabalho nesta instituição ainda como o modelo biomédico e relata que a reunião de equipe semanal “tem sido uma reunião muito mecânica, por causa do tempo do médico, [e] que [esta reunião] serve mais para dar uma direção para ele [o médico] sobre os casos individuais”. Esta é uma reunião dos assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psicólogos, com o médico. Este mesmo Assistente Social afirma também que a admissão dos usuários no CAPS é uma decisão do médico, enfatizando mais uma característica do modelo biomédico.

Um Assistente Social deste mesmo serviço tem uma concepção diferente acerca da configuração da equipe, pois a considera como equipe multidisciplinar, entretanto concorda com outro Assistente Social no que diz respeito ao fato de considerarem que esta equipe ainda está orientada pelo modelo biomédico. Este profissional faz tal afirmação, uma vez que a equipe de Enfermagem é separada da equipe dos outros técnicos, inclusive com uma referência técnica da enfermagem. Além disso, a equipe de enfermagem tem uma distribuição de carga horária semanal de forma diferente dos outros técnicos da equipe do serviço. Essa distribuição da escala semanal da equipe de Enfermagem se dá em escalas de 12 horas de trabalho, por 36 horas de descanso. Enquanto os assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos cumprem entre 05 e 06 horas diárias. Segundo esse entrevistado, esta escala de trabalho da enfermagem tem deixado o serviço descoberto pelos profissionais desta área em alguns turnos da manhã e da tarde. Este mesmo Assistente Social afirma que são “três equipes” no serviço, a saber:

Faz-se necessário esclarecer que este serviço, que apresenta essas três composições de equipe, passou recentemente por uma transformação na organização do trabalho, adotando a perspectiva de trabalho centrado na figura do “Técnico de Referência” há menos de um ano da realização desta pesquisa. Sendo assim, é um serviço que está passando por um processo de transição na sua forma de prestar

assistência aos usuários. Acreditamos que esta transição possa ser um dos motivos, ainda, para a presença dessas diversas equipes dentro de um mesmo serviço de saúde mental, uma vez que não encontramos realidade semelhante nos outros serviços pesquisados.

Questionamos aos entrevistados se havia uma equipe de Assistentes Sociais, naqueles serviços em que há mais de um profissional da área e em nenhum deles foi identificada a constituição de equipes de Assistentes Sociais. O que os Assistentes Sociais relatam é que há apenas uma troca de “ideias” entre eles, em alguns casos, mas não há reuniões, tampouco se constituem como uma equipe de Assistentes Sociais. No entanto, num dos municípios, há uma reunião mensal de Assistentes Sociais da área da saúde, dividida por regional de saúde e os profissionais que trabalham nesse município referem-se a esta reunião como o único espaço de reflexão coletiva dos Assistentes Sociais.

Assim, apesar de 08 dos 09 serviços pesquisados terem no mínimo 02 Assistentes Sociais, não há uma articulação entre eles no sentido de construir um espaço de discussões sobre o Serviço Social na saúde mental. Segundo os relatos, há troca de informações, de ideias, mas, nada mais organizado, sistemático e que possa contribuir para o debate sobre as funções, atribuições, os desafios e as possibilidades de trabalho contidas nesta área para o Assistente Social, por exemplo.

Contudo, todos os Assistentes Sociais afirmaram haver reuniões de equipe semanal, das quais participam. No entanto, o que varia entre os relatos é a composição dessa equipe e a finalidade das reuniões, que tem relação com as diferentes composições das equipes, conforme apresentamos. As seguintes falas exemplificam o funcionamento dessas reuniões:

“Os médicos não participam dessas reuniões”.

“Mas tem sido uma reunião muito mecânica, por causa do tempo do médico. Essas reuniões servem mais para dar uma direção para o médico sobre os casos individuais”.

“É uma reunião passagem de casos com o psiquiatra e há outra reunião da equipe de Assistentes Sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos, onde há estudo de caso e discussão de equipe”.

“Quem participa são apenas os psicólogos, o Assistente Social e o terapeuta ocupacional, a enfermagem não participa, nem a medicina”.

Os Assistentes Sociais avaliaram positivamente a forma como se inserem no interior das equipes e afirmaram que o reconhecimento que têm no interior das equipes de trabalho seria fruto do trabalho que vem sendo realizado pelos mesmos. No entanto, tal reconhecimento parece estar associado mais às funções como “Técnico de Referência” do que como Assistente Social. Vejamos as seguintes falas, como exemplares, para esta observação que fazemos:

“Dentro da equipe eu sou visto e respeitado como qualquer outro profissional. Eu tenho total certeza de que o olhar dos meus companheiros, para mim e para a outra Assistente Social, é de total respeito como “Técnico de Referência”. Não vejo mais ou menos respeito, porque eu sou Assistente Social e maioria lá é psicólogo. Isso, como técnico de referência, pois não consigo lhe dizer como Assistente Social.”

“Acho que ele [o Serviço Social] falta aparecer mais enquanto Serviço Social dentro da equipe, ele fica meio escondido [atrás da função do “Técnico de Referência”].”

“A equipe também está perdida [com o novo modelo de “Técnicos de Referência”]. Acho que a equipe ainda se pergunta se isso [alguma função que vem sendo realizada por outro profissional] não seria atribuição do Serviço Social”.

Apenas um Assistente Social afirmou claramente que o Serviço Social é reconhecido no interior da equipe pela “garantia de direitos”, como diz. Os outros Assistentes Sociais referem-se ao seu “lugar” nas equipes a partir da troca de experiências, da ajuda mútua, da busca de apoio em relação à condução de determinados casos, aos posicionamentos do Serviço Social que seriam muito respeitados pela

equipe e, como diz um Assistente Social, os posicionamentos do Assistente Social são “levados em conta e em alguns casos ou em situações específicas a gente é até algum tipo de referência para o colega da equipe”. Contudo, sentimos falta nesses relatos de maior clareza em relação ao tipo de reconhecimento ao qual se referem.

A evidência de que o trabalho nos CAPSIII/CERSAMs é organizado a partir de uma perspectiva de trabalho inter/transdisciplinar, somada às questões acerca da ultrapassagem do caráter pragmático da função da referência técnica, da necessidade de conhecimentos para além das competências acadêmico-profissionais dos técnicos das equipes e da orientação teórico-metodológica contida nessa perspectiva de trabalho, levou-nos, primeiramente, a uma investigação “por dentro” do âmbito da saúde mental. Essa investigação diz respeito à concepção de trabalho interprofissional que informa este campo, sua relação com a função do “Técnico de Referência” e seus fundamentos, pois consideramos este um dos determinantes para as possibilidades e os limites do trabalho que vem sendo realizado pelas/os Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs. Por isso, no próximo capítulo apresentaremos e problematizaremos a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental e seus fundamentos.

3.

A PROPOSTA DE TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE SOBRE SEUS FUNDAMENTOS

Conforme dissemos na seção anterior, evidenciamos que o trabalho que vem sendo realizado nos CAPSIII/CERSAMs tem sido organizado a partir de uma perspectiva de trabalho inter/transdisciplinar, o que nos levou à investigação a respeito da concepção de trabalho interprofissional que informa este campo, bem como sua relação com a função do “Técnico de Referência” e seus fundamentos. Por isso, neste capítulo apresentaremos e problematizaremos a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental e seus fundamentos, a fim de nos aproximarmos dos nexos entre esta proposta e a realidade capturada pela pesquisa realizada junto aos Assistentes Sociais. Tais análises e problematizações constituem parte integrante do caminho percorrido e mediações necessárias para apreendermos se os Assistentes Sociais incorporam, ou não, o pensamento crítico-dialético e se isso se materializa, ou não, numa intervenção profissional crítica, a fim de problematizarmos os possíveis determinantes para a realidade de trabalho exposta pelos profissionais.

A partir da pesquisa teórica realizada para atingirmos esse objetivo, pudemos compreender que o debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental se apresenta assentado nos seguintes fundamentos: a perspectiva da Desinstitucionalização italiana; a defesa de certo pluralismo na constituição dessas equipes de trabalho; a crítica ao relativismo pós-estruturalista, ao pós-moderno e ao radicalismo da esquerda; a crítica da fragmentação do saber das propostas de trabalho interprofissionais no âmbito das Ciências Sociais e sua particularidade no âmbito da saúde mental; e, por último, apresentaremos o pluralismo metodológico, considerado por nós, como fun-

damento implícito na proposta de constituição das equipes interdisciplinares.

Nessa direção de raciocínio este capítulo apresentará inicialmente o debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental e posteriormente seus fundamentos.

3.1. O debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental

O debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental no Brasil tem como um dos seus principais expoentes o Professor Eduardo Vasconcelos - cuja produção teórica é direcionada tanto para a formação de recursos humanos quanto para a formação política e militante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, ao qual é vinculado. Há muito, Vasconcelos (2000 e 2002) vem promovendo esse debate no âmbito da saúde mental e sua interface com o Serviço Social. Como o mesmo afirma (2009, p.20), esse debate teve início com sua obra *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da Subjetividade e interdisciplinaridade*, lançada no ano 2000. Segundo Vasconcelos (2009, p.20), essa obra tornou-se referência básica para a saúde mental e, particularmente, para o Serviço Social, e já está em sua terceira edição. Em 2002, lançou o livro *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. Desde 1997, tem publicado diversos artigos de menor envergadura sobre o tema⁵⁶ e que deram origem às obras supracitadas. No entanto, optamos por não trabalhar com os referidos artigos de Vasconcelos, uma vez que suas obras de 2000 e 2002 oferecem uma

⁵⁶ VASCONCELOS, E M. **Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. Cadernos IPUB; VASCONCELOS, E M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, v. 54, p. 132-57, 1997; VASCONCELOS, E M. Pós-modernidade, complexidade e estratégias epistemológicas para práticas interdisciplinares e interparadigmáticas em saúde mental. In: CAVALCANTE, Maria Tavares. (Org.). **Saúde mental: campos, saberes e discursos.** Rio de Janeiro: IPUB - CUCA, 2001; VASCONCELOS, E M . Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em saúde mental. In: Jornada de Pesquisadores em Ciências Humanas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ, 1996, Rio de Janeiro. **Programa e caderno de resumos da Jornada de Pesquisadores em Ciências Humanas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

gama mais articulada e aprofundada de elementos teóricos para nossa discussão e são produto do amadurecimento da produção teórica do autor sobre o tema.

Por isso, o debate que ora apresentamos parte das elaborações do referido autor, devido à sua forte influência no campo da produção do conhecimento e de práticas no âmbito da sua mental e na sua interface com o Serviço Social.

Assim, segundo o autor, no âmbito particular da saúde mental, a proposta de práticas interprofissionais está ancorada, por um lado, na proposta de Desinstitucionalização italiana (VASCONCELOS, 2000, p. 43, 2002, p.105), principalmente aquela apresentada por Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) e Rotelli (1990), e, por outro, na crítica à fragmentação dos saberes e a crescente especialização em torno do conhecimento (Vasconcelos, 2002, p.105). Avalia também que o campo da saúde mental precisa ampliar seu foco de abordagem, buscando romper com os limites dos saberes tradicionais e, por isso, este campo estaria sendo chamado

[...] a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados (Vasconcelos, 2000, p.43).

Como nos parece evidente, a partir da referência exposta acima, há nas elaborações do autor uma crítica à fragmentação dos saberes⁵⁷ e uma necessidade de romper com as delimitações dos saberes tradicionais na saúde mental, buscando então uma recomposição de conhecimentos, a qual se daria a partir de rupturas e da construção de novas premissas, que não seriam um somatório dos saberes parcializados, como diz Vasconcelos (2000).

⁵⁷ A discussão sobre essa questão da fragmentação dos saberes e a interdisciplinaridade será apresentada na seção 3.1.4 deste capítulo.

A obra *Complexidade e pesquisa interdisciplinar* (Vasconcelos, 2002, p.100) apresenta “uma revisão do debate contemporâneo acerca da complexidade, das práticas interdisciplinares e interparadigmáticas, e suas bases epistemológicas”. O intuito da apresentação dessa discussão, segundo Vasconcelos (2002), é indicar, de modo geral, os “seus fundamentos, no terreno da epistemologia, através do conceito de complexidade”. Este debate, por sua vez, é atravessado pelo conceito de complexidade e tangenciado pelas produções acerca do imperialismo epistemológico; do pós-positivismo; do relativismo moderado; da noção de paradigmas e revoluções científicas; das perspectivas da sociologia do conhecimento e da teoria crítica; da crítica da totalidade abstrata por Adorno e Horkheimer; das bases interteóricas e interparadigmáticas da psiquiatria italiana; do método de articulação circular de diferentes saberes de Edgar Morin; e da transição paradigmática de Souza Santos (Vasconcelos, 2002, p.37).⁵⁸

Vasconcelos, a partir de uma apresentação panorâmica desse debate, afirma “tratar-se muito mais de um itinerário de leituras e temas para pesquisa e aprofundamento, sem qualquer pretensão de alcançar um patamar satisfatório de sistematização” (2002, p.101), como também ao longo do texto afirma concordância com diversos aspectos defendidos pelos seus propositores, apontando suas divergências em relação a tais produções. Assim, declara que

De um lado, temos a fragmentação e simplificação do saber nas ciências convencionais. Em outro pólo, temos as perspectivas pós-modernas, enfatizadoras da diferença e diversidade, mas cuja ruptura completa com o realismo e a fragmentação, relativismo radical e dispersão provocam sérias limitações para a construção de um arcabouço teórico e institucional capaz de sustentar lutas

⁵⁸ Não apresentaremos uma discussão em torno desse debate por três motivos. Primeiro, porque o próprio Vasconcelos, ao apresentá-lo, afirma que não o faz com a devida sistematização, uma vez que seu objetivo é indicar a necessidade de leitura e aprofundamentos sobre o tema. Segundo, porque não se trata dos fundamentos para o debate específico do campo da saúde mental. Para este campo, o caminho que o autor indica será por nós problematizado. Terceiro, porque entendemos que uma análise mais acurada desse debate, pela perspectiva crítico-dialética, apesar de necessária, nos distanciaria do nosso objeto que é o trabalho do Assistente Social na saúde mental e a questão da incorporação do pensamento crítico-dialético.

emancipatórias para além do plano da clínica e da micropolítica (Vasconcelos, 2002, p.101).

Nessa direção, sua proposta de práticas interprofissionais pretende indicar um “caminho do meio”, como diz, que, por um lado, valoriza a multidimensionalidade e complexidade dos fenômenos, configurando-se como certo relativismo moderado, com base no que chama de “pluralismo crítico, sem ecletismo, buscando interagir perspectivas particulares” sem, contudo, negar as diferenças entre essas perspectivas particulares e sem “violentar as regras epistemológicas de cada campo” (Vasconcelos, 2002, p.14). Esse “caminho do meio” seria algo entre o que chama de radicalismo do relativismo pós-moderno e pós-estruturalista e de radicalismo das abordagens marxianas clássicas.

Contudo, apesar dessa apresentação acerca do debate em torno de tais práticas, que não aparece em sua primeira obra, a concepção em torno do que considera serem as práticas multi, inter e transdisciplinares na saúde mental não foi alterada em relação à sua produção anterior (Vasconcelos, 2000). Assim, tal proposta está ancorada em construções anteriores sobre o tema da interdisciplinaridade feitas por Japiassu (1976) e Jantsch (1972),⁵⁹ com elaborações adjacentes de Vasconcelos (2000, p.45, 2002, p.111), que lhe conferem características particulares, conforme verificamos. Em consulta direta à obra de Japiassu (1976, p.73-74),⁶⁰ foi possível identificar os acréscimos feitos por Vasconcelos em relação à proposta original.

A proposta de trabalho interprofissional na saúde mental se define a partir dos conceitos de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. No entanto, trabalharemos com as definições multi, inter

⁵⁹ Lamentavelmente, não conseguimos ter acesso à fonte original de Jantsch (1972), citada por Vasconcelos. Apesar da busca exaustiva que fizemos, encontramos apenas várias referências a este autor e a outras obras do mesmo. Mas, em

⁶⁰ Japiassu (1976, p. 73), por sua vez diz que a ilustração que faz acerca do tema está baseada no trabalho de JANTSCH, E. *Une planification intégrante des “systèmes conjoints” de faits sociaux et technologiques*, documento CERI/HE/CP/70.08.

e transdisciplinaridade, uma vez que foram essas definições apresentadas pelos Assistentes Sociais dos CAPSIII/CERSAMs, acerca da composição das equipes de trabalho interprofissionais. Há que se destacar que as diferenças entre a demonstração de Vasconcelos e aquela feita por Japiassu (1976, p.73-74) dizem respeito a alguns acréscimos feitos pelo primeiro à obra de 1976, assim evidenciados: no esquema de Japiassu não consta a composição da interdisciplinaridade auxiliar; à conceituação de interdisciplinaridade de Japiassu (1976) é acrescentada uma tendência para a criação de campo de saber “autônomo”, com tendência à horizontalização das relações de poder; à transdisciplinaridade é acrescentada a responsabilidade de criação de um campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativas próprias, tendendo à horizontalização das relações de poder.

Dito isto, seguem as definições de Vasconcelos (2000, p.45) acerca da proposta de trabalho interprofissional para a saúde mental.

- A **Multidisciplinaridade** seria uma gama de disciplinas simultâneas sem relações existentes entre si, com objetivos únicos e nenhuma cooperação entre essas disciplinas. O autor exemplifica essa modalidade como as práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente e sua interlocução se dá, por vezes, por meio do sistema de referência e contrarreferência, apenas como uma coordenação administrativa.
- A **Interdisciplinaridade** seria um grupo de disciplinas conexas, com objetivos múltiplos e identificação de uma problemática comum, apresentando dois níveis hierárquicos, com uma suposta tendência à horizontalização das relações de poder e criação de um campo de saber autônomo, onde haveria reciprocidade e enriquecimento mútuo. Donde, segundo o referido autor, as práticas dos diversos serviços de saúde mental brasileiros, que se inspiram na proposta de desinstitucionalização italiana, seriam exemplares desse modelo.

• A **Transdisciplinaridade** seria a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, com objetivos múltiplos, com tendência à horizontalização do poder e criação de autonomia teórica, disciplinar ou operativa. Assim, a transdisciplinaridade seria a radicalização da interdisciplinaridade, pois levaria à criação de um campo operacional ou disciplinar novo. Nesta construção, o campo da saúde mental seria um exemplo, onde seria possível confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre as diversas disciplinas, com a capacidade de criar novos tipos de profissionais, como o “trabalhador da saúde mental” o qual teria um campo de atuação mais amplo (Vasconcelos, 2000, p.48).

Em relação à definição de interdisciplinaridade há que se destacar que, segundo seu proposito, esta colocaria

[...] em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (*op.cit*, p.47).

Apesar dessa proposta indicar a necessidade de “uma recombinação dos elementos internos”, ela indica também o respeito à convivência entre os diversos saberes para a construção da prática interdisciplinar e que esta convivência não poderia interferir na autonomia e na criatividade interna dos vários campos de conhecimento; bem como indica que as equipes que se constituem a partir dessa definição não podem prescindir das especializações, uma vez que estas são necessárias para a compreensão dos diferentes aspectos que constituem o objeto da saúde mental em sua complexidade. Contudo, cabe-nos advertir que os elementos capturados nessa pesquisa não indicam essa direção. Ao contrário, indicam que, aquilo que o autor se refere como sendo as especializações - a partir das diversas profissões que compõem as equipes de saúde mental -, têm sido relegadas a segundo pla-

no, como demonstraram os Assistentes Sociais quando disseram que são “Técnicos de Referência” nos serviços e não Assistentes Sociais e que nos serviços de saúde mental pesquisados “todos fazem de tudo”.

Nessa proposta de trabalho interdisciplinar da saúde mental que ora apresentamos, a interdisciplinaridade representaria reciprocidade e enriquecimento mútuo entre as disciplinas, onde os diversos campos de saber convergiriam para uma mesma direção, com o intuito de somarem seus conhecimentos, estando, supostamente, afinada com o pluralismo. Nos referimos que esta proposta interdisciplinar está supostamente afinada com o pluralismo, uma vez que identificamos distorções em relação à compreensão do que de fato seja pluralismo, principalmente, a partir da referência utilizada por Vasconcelos para justificar esta concepção, como será apresentada mais adiante.

Nesta direção, para o referido autor, a interdisciplinaridade tenderia à horizontalização das relações de poder entre as diversas disciplinas, que seria elevada para um nível “acima”, que seria o da transdisciplinaridade (Vasconcelos, 2000, p.43). O objetivo dessa proposta seria a aproximação, cada vez maior às particularidades do fenômeno da loucura, em seus diversos aspectos.

Nessa linha de pensamento, a interdisciplinaridade não significa um somatório ou mistura de conhecimentos pois, para Vasconcelos (2000), tal somatório estaria mais afinado com o ecletismo. Além disso, indica a emergência da categoria “trabalhador da saúde mental”, que seria àquela criada a partir da radicalização da interdisciplinaridade na transdisciplinaridade, que no âmbito da saúde mental, estaria num processo de criação de um conhecimento que lhe é próprio. Assim sendo, o domínio desse conhecimento pelos técnicos das diversas áreas é o que capacitaria qualquer profissional para atuar nos serviços de saúde mental. A nosso ver, a figura do “Técnico de Referência” é a materialização dessa categoria “trabalhador da saúde mental”, uma vez que apresenta elementos comuns a esta, conforme demonstraremos.

Segundo o citado autor, essa proposta de trabalho interdisciplinar implicaria na necessidade de se recolocar os princípios

apreendidos pelos profissionais ao longo de sua formação sob novas bases, bem como exigiria uma democratização das relações de poder nas equipes. Assim, ao mesmo tempo em que nesta proposta há a sugestão de “uma mudança nas identidades profissionais convencionais para se engajar em práticas interdisciplinares” (2000, p.57), há também o reconhecimento de que esta mudança nas “identidades profissionais” poderia gerar inseguranças e expor as fragilidades e as limitações das “identidades estabelecidas” (2000, p.54). Esta sugestão de mudança nas “identidades profissionais” pressupõe a criação de uma cultura profissional que contemple os seguintes aspectos: reciprocidade de salários, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite o pluriemprego, e o investimento em treinamento e supervisão (2000, p. 57).

No entanto, encontramos a seguinte advertência do próprio autor em relação a esta proposta de trabalho interdisciplinar, afirmando que

[...] dada a baixa tradição no país de serviços sociais universais e com penetração na sociedade mais ampla, os serviços e profissionais da área social ainda possuem um papel bastante secundário e subordinado na reforma psiquiátrica brasileira [...]. [Sendo assim,] [...] a reforma psiquiátrica apresenta hoje, a meu ver, poucas possibilidades de mudar as instituições mais estáveis do profissionalismo, tais como os mandatos sociais e a lógica que preside as organizações corporativas que os defendem (Vasconcelos, 2000, p.58).

Concordamos plenamente com esta advertência a respeito do contexto político e econômico de aprofundamento das políticas de ajuste neoliberal, iniciadas no século passado e em curso no país e corroboramos no sentido de que houve, com isso, um aprofundamento das medidas políticas e econômicas oponentes ao avanço de políticas públicas universais. Assim, se havia riscos de adesão a essa concepção de trabalho interdisciplinar naquele contexto, quiçá neste em que vivemos atualmente, cujas políticas de caráter ultraneoliberal têm impactado numa precarização massiva dos serviços sociais públicos, conforme demonstramos no segundo capítulo. Por outro lado,

também não avançamos na superação do modelo biomédico na saúde pública, o que coloca essa questão da democratização entre as profissões algo que ainda se configura como um problema, tendo em vista que não há equidade entre os salários, tampouco as condições de trabalho e jornadas de trabalho são adequadas.

A título de exemplo, evidenciamos que a carga horária dos médicos é inferior à dos outros profissionais dos serviços de saúde mental e que estes profissionais não assumem as funções como “Técnicos de Referência”, bem como constatamos que há diferenciação salarial entre as categorias.⁶¹ O que no nosso entendimento reflete, pelo menos em parte, características do modelo biomédico.

Assim, a nosso ver, esta definição do “trabalhador da saúde mental”, parece materializar-se nos CAPSIII/CERSAMs na função do “Técnico de Referência”, uma vez que esse “Trabalhador da saúde mental” seria fruto do confronto e da flexibilização das divisões convencionais das especialidades entre as diversas disciplinas.

Na seção 2.3 demonstramos como essa função do “Técnico de Referência”, aquele “faz de tudo”, se confronta com as divisões convencionais entre as disciplinas e que estas estão diluídas entre os diversos profissionais, a ponto de os psicólogos atenderem às demandas sociais e os Assistentes Sociais, às demandas terapêuticas, por exemplo. Assim, se a figura do “trabalhador da saúde mental” está materializada na função do “Técnico de Referência”, as equipes interprofissionais dos serviços pesquisados estariam trabalhando numa perspectiva transdisciplinar, e não multi e inter como afirmam 08 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados.

Entretanto, estabelecendo uma relação entre esta proposta e a realidade que pudemos capturar - apesar das advertências de Vasconcelos (2000) em relação às poucas possibilidades que via na Reforma Psiquiátrica em conseguir alterar as instituições mais estáveis do professionalism e seus mandatos sociais -, verificamos que as equipes têm se constituído como equipes afinadas a essa proposta interdisci-

⁶¹ Em alguns serviços não só entre os médicos e os outros técnicos de nível superior, mas também entre estes.

plinar, com tendência à transdisciplinaridade, apesar da não superação do modelo biomédico no âmbito da saúde mental. Porém, essa constituição das equipes se apresenta com um “arranjo” adequado à realidade dos serviços, que ainda mantém a categoria dos médicos no topo da cadeia hierárquica. Este “arranjo” foi demonstrado pelos Assistentes Sociais entrevistados ao se referirem, por exemplo, às equipes de trabalho, dentro dos mesmos serviços, como equipes compostas por todos os técnicos de nível superior, mais o médico – cuja função seria a de “passar para o médico os casos” -, e as equipes compostas apenas de assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e enfermeiros – cuja função é refletir sobre “os casos” e definir os encaminhamentos para os mesmos.

Vasconcelos (2000) defende que os aspectos que constituem essa proposta de trabalho inter/transdisciplinar representaria um avanço para o trabalho na saúde mental. No entanto, a nosso ver, não pudemos identificar esse avanço. Ao contrário, identificamos alguns problemas importantes tanto para a profissão do Serviço Social, como para o resultado do trabalho realizado pelas chamadas equipes interdisciplinares.

Evidenciamos que a proposta de trabalho inter/transdisciplinar aqui apresentada foi assimilada de forma enviesada pelos serviços de saúde mental, apesar da advertência do seu idealizador em relação aos riscos contidos na mesma em se tratando dos serviços públicos brasileiros não figurarem como públicos universais. Assim, apresentaremos a síntese de alguns elementos que demonstram essa assimilação enviesada em relação à proposta interdisciplinar, até aqui apresentada.

O **primeiro elemento** diz respeito àquela reciprocidade e enriquecimento mútuo entre as disciplinas - onde os diversos campos de saber deveriam convergir para uma mesma direção -, com o intuito de somarem seus conhecimentos, cuja tendência seria horizontalização das relações de poder. Vimos que essa horizontalização não tem ocorrido, uma vez que em todos os serviços pesquisados, os médicos estão numa condição diferente no interior dessas equipes, em relação

aos outros profissionais, seja em relação à sua carga horária e ou salário, seja em relação ao fato de não assumirem atribuições que são comuns aos outros profissionais de nível superior, como aquelas relativas ao “Técnico de Referência”.

O **segundo elemento** está relacionado ao investimento em supervisões, que é privilégio para os serviços de apenas um dos municípios pesquisados e, mesmo assim, é uma supervisão clínica, com orientação psicanalítica, apenas, não incorporando outros saberes no intuito de contribuírem para uma maior aproximação à complexidade do fenômeno da loucura.

O **terceiro elemento** refere-se ao trabalho organizado a partir da centralidade da função de “Técnico de Referência”, donde as particularidades de cada profissão ficam subsumidas a essa função genérica e inespecífica, a ponto de, em diversos depoimentos, os Assistentes Sociais deixarem claro que sua qualificação acadêmico-profissional faz pouca ou quase nenhuma diferença na realização do trabalho na saúde mental. A nosso ver, esse fato contraria a proposta interdisciplinar na qual as especializações são imprescindíveis, uma vez que estas seriam necessárias para a compreensão dos diferentes aspectos que constituem o objeto da saúde mental em sua complexidade. Nessa perspectiva de trabalho interdisciplinar apresentada a partir dos CASPSIII/CERSAMs, a interdisciplinaridade de fato desaparece e em seu lugar emerge uma unidade, uma homogeneização entre as diversas disciplinas, que subsume as competências acadêmico-profissionais, ou faz com que uma área de conhecimento se sobreponha a outra.

O **quarto elemento** está relacionado à mudança nas “identidades profissionais”, gerada por essas transformações nas relações estabelecidas entre diversos profissionais da equipe que, segundo Vasconcelos (2000), poderia gerar insegurança e expor as fragilidades e as limitações da identidade estabelecida. Verificamos que a adoção da organização do trabalho em equipe, centrado no “Técnico de Referência”, e as afirmações dos Assistentes Sociais em relação ao fato de assumirem as atribuições deste, em sobreposição às do Serviço Social, leva-os, muitas vezes, a terem de encaminhar os usuários da

saúde mental para outros serviços públicos, para que estes sejam atendidos por um Assistente Social e sejam assistidos em suas demandas. Isto se dá pelo fato de o “Técnico de Referência” ser responsável por um cabedal de atribuições de caráter individualizante e subjetivista, em relação ao acompanhamento dos usuários, com vistas à sua estabilização psíquica, que “roubam” o tempo dos Assistentes Sociais e “não sobra tempo para as questões específicas do Serviço Social”, como afirmou categoricamente um dos Assistentes Sociais.

Diante disso, nos indagamos: o que houve neste processo? Por que as equipes, de certa forma, seguiram aquilo que parecia ser uma tendência da Reforma Psiquiátrica: a democratização das relações entre as diversas disciplinas que compõem o campo da saúde mental, apesar da realidade objetiva estar indicando que as condições reais para tal construção não se apresentavam de forma a possibilitarem esse “avanço” no trabalho interprofissional?

Conforme o referido autor, essa proposta de trabalho interdisciplinar no âmbito da saúde mental está ancorada em três fundamentos, quais sejam: o da Desinstitucionalização italiana (onde está implícito fundamento da fragmentação do saber); o do pluralismo; e o da crítica ao relativismo pós-estruturalista, ao pós-moderno e ao radicalismo de esquerda. Assim, visando a darmos sequência à apresentação acerca dos fundamentos da concepção e trabalho interdisciplinar na saúde mental - cunhada por Vasconcelos (2000, 2002), considerada por nós, de maior expressão tanto no campo da saúde mental, quanto na relação desta com o Serviço Social -, nas próximas seções deste capítulo, seguimos apresentando e problematizando os fundamentos desse construto teórico, a fim de encontrarmos respostas às nossas indagações.

3.1.1. O fundamento da Desinstitucionalização italiana

Um dos fundamentos da proposta de trabalho interdisciplinar da saúde mental (Vasconcelos, 2002, p.105) encontra-se na crítica da Desinstitucionalização italiana à fragmentação dos saberes, que seria

responsável pela necessidade da constituição das equipes inter/transdisciplinares nos serviços de saúde mental.

De fato, Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), num ensaio analítico acerca da experiência de Desinstitucionalização italiana, tecem crítica em relação à **fragmentação dos saberes** que, para eles, estaria relacionada ao **elevado nível de especialização e seletividade dos serviços psiquiátricos**, fruto das reformas psiquiátricas efetuadas na Europa e nos Estados Unidos, que desospitalizaram o doente, mas não procederam a desinstitucionalização. Os autores explicitam essa crítica no item *A Psiquiatria Reformada na Europa e nos Estados Unidos: a desinstitucionalização torna-se desospitalização* (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p. 19), quando afirmam que essas reformas tiveram como consequência uma definição rígida das competências (desses serviços), a partir da definição de três modelos principais de assistência psiquiátrica: modelo médico, modelo de auxílio social e modelo de escuta terapêutica. E, por consequência desses modelos, constituiu-se um jogo de “empurra” entre os serviços psiquiátricos.

Entretanto, a forma como esse fundamento é utilizado por Vasconcelos, como argumento para a necessidade de construção do trabalho interdisciplinar na saúde mental, apresenta, a nosso ver, dois problemas. O primeiro diz respeito ao fato de a assistência psiquiátrica brasileira não ter esta mesma característica de seletividade e fragmentação dos serviços apresentada e criticada por Rotelli. Isso ocorre porque, no Brasil, os manicômios são pouco, ou quase nada, discriminativos em relação ao diagnóstico da sua clientela, servindo durante décadas como verdadeiros depósitos de indigentes, usuários de álcool e outras drogas, pessoas com deficiência mental e pessoas com transtornos mentais severos de naturezas distintas. Tampouco os serviços substitutivos ao manicômio seguiram essa orientação de fragmentação da assistência. Segundo, devido a esse argumento de seletividade dos serviços e fragmentação da assistência ser levado para dentro dos serviços e para a constituição das equipes de trabalho, como se Rotelli estivesse se referindo à fragmentação do saber de forma genérica e não, específica, em relação ao modelo de assistência psiquiátrica cons-

tituído na Europa e nos Estados Unidos, com as reformas psiquiátricas implementadas a partir da década de 1960 (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.19 - 24).

Entendemos que os autores não estão se referindo à fragmentação entre os saberes dentro da assistência psiquiátrica, mas à fragmentação entre os serviços psiquiátricos, ou seja, a “rede” de serviços que atendia aos usuários é que era fragmentada, pois, devido à especialização elevada dos serviços psiquiátricos, teria levado as pessoas a serem “separadas, ‘despejadas’, jogadas de um lado para o outro entre competências diferentes” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.21). Como demonstram na citação a seguir:

O elevado nível de especialização e de refinamento das técnicas de intervenção tem como consequência uma correspondente elevação da seleção de pacientes assumidos, ou seja, os serviços funcionam segundo uma lógica de empresa: selecionam os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer ‘não é problema nosso’. Isto significa em primeiro lugar que os pacientes devem saber colocar a requisição coerente com o tipo de serviço ou devem ser conscientes, ou ao menos devem apresentar [...] Esta subdivisão macroscópica se concretizou em uma total compartimentalização e ausência de relações entre estes diversos tipos de serviço, que acabaram separando-se uns dos outros e articulando-se em uma posterior especialização e fragmentação por tipos singulares de prestação (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.21).

Assim, de acordo com o exposto na citação pelos autores, esse tipo de reforma que desospitaliza o doente, cria uma rede fragmentada de serviços, reduz as internações, mas não consegue atender à totalidade e à complexidade da demanda psiquiátrica e substituir, de fato, o manicômio. Com isso, Rotelli, Leonardis, e Mauri (*op.cit.*) estão se referindo à fragmentação entre os serviços de saúde mental, que apresentam um nível de especialização nos seus atendimentos, através da seleção por diagnósticos psiquiátricos, que separam, fragmentam a doença, da existência global, complexa e concreta dos usuários com a vida social. De fato, aquela forma de prestar assistência “recorta o sujeito em diversas fatias” e faz com que o atendimento desse sujeito

como um todo não seja possível e que a doença se sobreponha ao sujeito doente, o que, segundo os referidos autores, não leva à desinstitucionalização, mas a uma desospitalização e a uma desassistência. Assim,

A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários “não psiquiátricos” etc...) e novas formas (obscuras) de internação (Rotelli; Leonardi; Mauri, 1990, p.21).

Na sequência, os autores referem-se à crítica ao manicômio, em especial à Psiquiatria tradicional, e ao “paradigma” racionalista solução-cura do qual se ocupou a Psiquiatria tradicional, que teria demonstrado sua impotência diante da doença mental, uma vez que esta é, como dizem, “bastante ‘não-conhecível’ e frequentemente incurável” (Rotelli; Leonardi; Mauri, 1990, p.27). Assim, o problema está na Psiquiatria e na sua forma de entender e enfrentar a doença mental.

O mal obscuro da psiquiatria tradicional está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constituiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à ‘doença’. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente. (Rotelli; Leonardi; Mauri, 1990, p.27-28)

Com isso, a nosso ver, o que os autores querem dizer com o “aparato” que é preciso desmontar é a Psiquiatria tradicional, ou seja, a instituição/manicômio como o “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que estruturam em torno do objeto ‘doença’” (Rotelli; Leonardi; Mauri, 1990, p.27-28), é que deve ser desmontado. Os referidos autores estão enfatizando a necessidade de transformação do objeto da Psiquiatria da “doença” para “a existência-sofrimento dos pacien-

tes” e sua relação com o corpo social, para que a desinstitucionalização seja um processo crítico-prático, de reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto, como fora feito na Itália. Eles enfatizam que o objeto “existência-sofrimento”, ou seja, o usuário em sua existência global é bastante diferente do objeto anterior, que era a doença, pesquisada e tratada de forma isolada e fragmentada. Ou seja, eles são muito claros ao enfatizarem que se trata de uma crítica à forma como a Psiquiatria tradicional entendia a doença mental e como a enfrentava, buscando a cura e que esta forma levou ao fracasso da Psiquiatria tradicional e do manicômio, este último como o *locus* do tratamento da doença mental.

Dessa forma, a Desinstitucionalização italiana se assenta na transformação do objeto de trabalho – da doença, para a existência-sofrimento do paciente e sua relação com a vida social –, bem como na substituição das finalidades desse trabalho. Ou seja, para Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) não é mais a busca da cura que orienta a intervenção. Por isso, como afirma Rotelli (1990, p.92), trata-se de colocar a doença mental “entre parênteses para favorecer a manifestação da real existência da pessoa aos olhos do psiquiatra”, uma vez que o objeto passa a ser existência e o objetivo passa a ser tanto a inserção da pessoa no mundo social, como a produção de vida e a reprodução social, que são o objetivo e a prática daquilo que denomina “instituição inventada” (Rotelli, 1990, p.93).

Diante do exposto, entendemos a proposta da Desinstitucionalização italiana e sua relação com crítica à fragmentação dos saberes, conforme dissemos anteriormente, como algo que se refere ao modelo de assistência psiquiátrico, implementado com as reformas psiquiátricas realizadas na Europa e Estados Unidos, a partir da década de 1960. Tal modelo era organizado a partir de uma subdivisão de especialidades dentro da especialidade médica da Psiquiatria e que levou à criação de serviços ambulatoriais, com um nível de especialização nos seus atendimentos por meio da seleção por diagnósticos psiquiátricos, que fragmentavam os usuários desarticulando-os de sua existência global e de suas relações sociais. Não entendemos que esta

crítica possa ser feita ao modelo brasileiro, tampouco possa ser levada para dentro dos serviços de saúde mental reformados, como fundamentação para a proposta de práticas interdisciplinares na saúde mental, conforme Vasconcelos apresenta (2002, p. 105). Afirmamos isso, uma vez que na Europa e nos Estados Unidos tratava-se da “rede” de assistência psiquiátrica, como um todo e aqui se trata da constituição das equipes interprofissionais, dentro de um mesmo serviço, composta por profissionais de diversas áreas, justamente com o objetivo de prestar uma assistência por meio dos diversos campos de saber. As críticas contidas na proposta italiana referem-se à psiquiatria na sua forma de entender e enfrentar a doença mental e não às particularidades das profissões dentro dos serviços de saúde mental.

Nossa afirmação, de que a discussão da Desinstitucionalização italiana está relacionada à “rede” de assistência psiquiátrica e não à forma de organização interna dos serviços de saúde mental, vai ao encontro da proposta de Rotelli, Leonardi e Mauri, no que diz respeito à formulação da proposta da desinstitucionalização ser centrada na reconstrução da complexidade e da totalidade da vida social e subjetiva dos sujeitos. Para esses autores (1990, p.30), há que se passar da pesquisa causal, em relação à doença, para a reconstrução de uma articulação de possibilidade-probabilidade, rompendo-se com a rigidez mecanicista constitutiva do processo de doença, o que consideramos na saúde coletiva como os determinantes sociais do processo saúde-doença e no Serviço Social como a questão social nas suas múltiplas expressões. Quando os autores se referem à complexidade, o fazem em relação à “reconstrução da complexidade do objeto”, uma vez que com a mudança do “paradigma” solução-cura, para existência sofrimento a “ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”. (Rotelli; Leonardi; Mauri, 1990, p.30). Ou seja, os referidos autores estão dizendo que a ênfase do tratamento não está num único aspecto, na cura, mas na multiplicidade de demandas que compõem a existência sofrimento, ou seja, na existência desses usuários da saúde mental como classe trabalhadora, que vivenciam as contradições e os

antagonismos da ordem social burguesa, e de como esses antagonismos se materializam nas expressões da questão social.

Nesse sentido, os referidos autores (1990, p.31) indicam que o objetivo substitutivo da cura é a emancipação terapêutica, que esta “*só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico*” (grifos dos autores). Por isso, o enfoque na necessidade de que todos os envolvidos no processo de desinstitucionalização – técnicos, pacientes, comunidade local, a opinião pública, e os sujeitos políticos institucionais e não institucionais – se tornem

[...] atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais, próximos ou não, os administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos e etc... Em outras palavras, os técnicos da saúde mental ativam toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais, etc. (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.31)

A nosso ver, o termo terapêutico usado pelos autores não possui conotação clínica, subjetivista e individualizante. Ao contrário, ele demonstra o caráter coletivo, político e social das ações dos técnicos envolvidos com a desinstitucionalização; ele indica o tratamento, não no sentido da cura, mas da produção de vida, de sociabilidade; e mais, como eles mesmos dizem “o trabalho terapêutico [é] entendido como ‘tomar encargo’, de cuidar de uma pessoa” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p. 34), que significa fazer-se responsável. Os citados autores estão se referindo ao trabalho como um todo a ser realizado nos serviços reformados, que devem assumir as responsabilidades sobre o tratamento da população da área de abrangência dos serviços, para evitar o abandono dessa população ou o “jogo de empurra” entre os serviços.

Dessa forma, o enfoque da desinstitucionalização não está na subjetividade da pessoa com transtorno mental, mas na sua produção

e reprodução social. O enfoque está na “mobilização de todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional”; e no “objetivo prioritário da desinstitucionalização [que] é transformar as relações de poder entre instituições e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes”, com vistas a que “*se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta o sofrimento*” (grifos dos autores). (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.31). Por isso, nos indagamos: por que a direção subjetivista e individualizante é dada ao trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs, a partir da constituição das equipes interdisciplinares e da centralidade do “Técnicos de Referência”?

Nesta direção, são inúmeras e incansáveis referências que Rotelli (1990, p.89-99) e Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p.17-59) fazem à necessidade de intervenção na dimensão concreta da vida dos pacientes e na estrutura de assistência que se quer desmontar com a desinstitucionalização. Para Rotelli (1990),

[...] a produção de vida e a reprodução social que são objetivo e prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o mundo, aos olhos do outro (Rotelli, 1990, p.93-94).

Com isso, não estamos afirmando que Rotelli (*et al.*) negue a subjetividade, mas, para que a desinstitucionalização ocorra, como já demonstramos, afirma que a preocupação dos envolvidos no processo não deverá estar diretamente relacionada com a subjetividade, mas com a objetividade e a materialidade da vida das pessoas. Rotelli (1990) segue afirmando que a abordagem terapêutica, ou trabalho terapêutico

Seja esse trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada

que é a máscara que se sobrepõe à [identidade] dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a vida concreta cotidiana (Rotelli,1990, p.94).

Dito isto, estamos convencidos de que a assimilação das críticas e propostas de Vasconcelos (2002), acerca da construção de práticas interdisciplinares na saúde mental, a partir das críticas italianas à fragmentação dos saberes e da construção de um trabalho com vistas ao atendimento da totalidade das demandas dos usuários da saúde mental, mostram distorções em relação à proposta original. Distorções estas que parecem se refletir na constituição das equipes de trabalho nos serviços de saúde mental, onde pudemos verificar a subsunção das funções específicas como Assistentes Sociais às funções genéricas e inespecíficas do “Técnico de Referência”.

Conforme demonstramos no primeiro capítulo, Rodrigues (2002) já salientava para uma incorporação enviesada dos elementos da Reforma Psiquiátrica italiana, pelos propositores da Reforma Psiquiátrica brasileira, que combinavam elementos da proposta de Desinstitucionalização italiana com elementos advindos das teorias pós-modernas. Por isso, questionamos: esta proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental estaria afinada com as teorias pós-modernas?

Vasconcelos (2002) lança mão também das indicações que Rotelli, Leonardi e Mauri (1990) fazem acerca da profissionalidade dos operadores/trabalhadores⁶² no processo de desinstitucionalização, que de fato parecem caminhar na direção dos apontamentos apresentados na proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental, no que dizem respeito à sua passagem para a construção de um campo transdisciplinar. Para um melhor entendimento dessa proposta, seguiremos apresentando as elaborações de Rotelli, Leonardi e Mauri (1990) sobre a questão.

⁶² Rotelli utiliza o termo “operadores” para designar os trabalhadores da saúde mental. Por isso, utilizaremos operadores/trabalhadores para um melhor entendimento do leitor.

Os referidos autores (1990, p.44) indicam que neste processo de desinstitucionalização “a profissionalidade dos operadores é enriquecida e torna-se mais complexa”. Assim “a profissionalidade se explica menos em termos de competências técnicas especialistas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenções” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.45). Assim, segundo os autores citados, “a profissionalidade [dos trabalhadores] se explica menos em termos de competências técnicas especialistas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenções” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.45). O que aporta semelhanças com a função do “Técnico de Referência”, como vem sendo realizada nos CAPSIII/CERSAMs.

Quanto à organização do processo de trabalho dos serviços de saúde mental, encontramos nos mesmos autores algumas considerações sobre o “*Case Management*”, como sendo o ponto de maior peculiaridade da ação da Desinstitucionalização e no qual vimos alguma semelhança com o “Técnico de Referência”. Dessa maneira, cabe observarmos que

[...] os diversos tipos codificados de “terapia” (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social, etc...) são considerados como *momentos* também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados. Por isso, trata-se de demolir a compartmentalização entre estas tipologias de intervenção. Além disso, e por consequência, a relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho, etc....sem cindir estas questões, sem confiná-las a profissionalidades separadas (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p.46).

Porém, os referidos autores não nos oferecem elementos de maior envergadura teórica acerca do tema, apenas apresentam-no como na citação acima. Encontramos em Miranda (2009), uma definição mais clara acerca do que seria esse *Case Management*.

Trata-se de um processo em que um profissional, ou uma equipe, toma para si a responsabilidade de sustentar um relacionamento de suporte com um paciente, a despeito de onde este estiver e do número de agências envolvidas. Sua função é identificar, assegurar e sustentar a gama de recursos internos e externos essenciais para a vida em sociedade. Evidenciou-se que contribui para diminuir drasticamente o número de internações e reinternações psiquiátricas e aumentar a qualidade de vida dos pacientes (Miranda, 2009, p.24).

Segundo Miranda (2009, p.24), este modelo de *Case Management* se assemelha ao que no Brasil é conhecido como o trabalho de referência, seja pelos “Técnicos de Referência” ou pelas equipes de referência. Contudo, a referida autora, afirma, como já havíamos identificado, a escassez de produções científicas sobre “o arranjo referência na saúde mental”, como diz. Do mesmo modo, afirma que “são pouquíssimas as publicações que versam sobre elementos da clínica da psicose, que podem se associar a este arranjo e esclarecer algumas de suas funções e especificidades” (Miranda, 2009, p25).

Encontramos uma produção maior acerca do *Case Management*, ou Gestão de Casos (GC), nas produções relacionadas ao campo da enfermagem. Entretanto, segundo Reinaldo e Luis (2006),

O GC é uma questão importante na enfermagem contemporânea. No entanto, a literatura apresenta uma variedade de interpretações. A ausência de clareza no entendimento sobre o termo surgiu como um obstáculo no avanço e na implementação dessa estratégia de atenção em saúde na prática da enfermagem ou o que é mais grave na realização das pesquisas. Falar de GC é falar sobre um processo que se estende para a comunidade e requer que o cuidado dispensado aos pacientes os ajude a derrubar barreiras e modificar serviços descoordenados. No início de 1960, este termo foi utilizado para caracterizar programas destinados a superar barreiras nos serviços fragmentados, tal como o direcionamento dos problemas de contenção de custos em serviços de cuidados a longo-prazo, como eram os serviços psiquiátricos da época (Reinaldo; LUIS, 2006, p.62).⁶³

⁶³ Ver mais sobre esse tema em Miranda (2009), Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** –

Dessa forma, seja como *Case Management* ou como Técnicos/equipes de referência, as produções a respeito dessa temática não apresentam clareza e profundidade no entendimento sobre suas funções e seus impactos no cuidado com o usuário. O que temos, em geral, ainda é uma compreensão mais abrangente e genérica deste arranjo. Apesar da falta de clareza em relação à natureza, às funções e aos objetivos deste, o mesmo tem sido adotado de forma ampla e irrestrita pelos serviços de saúde mental.

Outra observação que fazemos acerca da incorporação dessa forma de organização do trabalho das equipes interprofissionais da saúde mental diz respeito às diferenças substanciais em relação à construção do campo interprofissional na saúde mental, no contexto italiano, e sua adaptação à realidade das políticas sociais brasileiras, bem como da relação entre os diversos campos de saber que hoje compõem o trabalho na saúde mental no Brasil.

Consideramos que essas indicações não podem ser incorporadas de forma acrítica pelos serviços de saúde mental, conforme adverte o próprio Vasconcelos e já demonstramos essa advertência neste item, quando o autor faz referência ao contexto político e econômico de aprofundamento das políticas de ajuste neoliberal e para os riscos de adesão a essa concepção de trabalho interdisciplinar num contexto nacional, sem as devidas condições objetivas, tais como: reciprocidade de salários, condições dignas de trabalho, jornada de trabalho que evite o pluriemprego, por exemplo.

O que pudemos verificar é que os Assistentes Sociais, ao assumirem as funções do “Técnico de Referência”, desenvolvem ações de naturezas distintas, onde as particularidades do trabalho como Assistentes Sociais são postas de escanteio, evidenciando a flexibilização do trabalho tão cara à atual fase do mundo do trabalho. Assim, o que vimos foi uma flexibilização do trabalho no âmbito da saúde mental, a partir da adoção do “Técnico de Referência”. O que, a nosso ver, caracteriza uma alternativa no âmbito profissional, muito

Comunic, Saúde, Educ. v.11, n.22, p. 239-55, 2007; SOARES, Marcos Hirata. Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., Ribeirão Preto**, v.5 n.2, ago. 2009

mais afeita aos interesses do mercado, desfigurando as profissões, do que a construção de um trabalho interprofissional com vistas a enfrentar a fragmentação do conhecimento para um atendimento mais “totalizante” dos usuários dos serviços.

Na próxima seção deste capítulo, apresentaremos e problematizaremos o fundamento do pluralismo contido na proposta de trabalho interdisciplinar de Vasconcelos (2002) para o campo da saúde mental.

3.1.2. O fundamento do pluralismo

A proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental, segundo o pensamento de Vasconcelos (2000), está afinada com o pluralismo e não com o ecletismo. Vasconcelos (2000, p.37) faz essa afirmação a partir de breves considerações ao que considera pluralismo e ecletismo, tomando por referência o pensamento de Coutinho (1991) acerca do tema. Entretanto, discordamos de algumas incorporações feitas pelo autor em relação às elaborações de Coutinho, as quais apresentaremos adiante.

Vasconcelos (2000) destaca, também, a necessidade do reconhecimento de alguns “alertas” vindos do pós-modernismo que deveriam ser considerados, o que para o autor não implicaria em “advogar uma postura liberal ou neoliberal no campo da saúde mental” (Vasconcelos, 2000, p.50), tampouco implicaria em ecletismo. Tais “alertas” seriam: o aumento do poder contratual dos clientes/consumidores/usuários (*empowerment*); a crítica pós-moderna à razão e às teorias totalizantes; e o reconhecimento da complexidade, a partir do paradigma da complexidade de Morin (1991).⁶⁴

Dessa maneira, diante do exposto, indagamos se, ao concordarmos com a incorporação desses “alertas” do pós-modernismo, não estariámos misturando perspectivas teóricas distintas e contrárias,

⁶⁴ Temos objeções ao pensamento do Morin sobre a questão da complexidade e identificamos grande necessidade de elaboração de um estudo crítico-dialético, de caráter histórico-ontológico acerca dos seus argumentos. Contudo, estudo dessa natureza não cabe no escopo deste trabalho, uma vez que nos afastaria do nosso objeto de pesquisa.

com horizontes e projetos societários divergentes, por exemplo? Isso, realmente, representaria uma proposta plural, conforme salienta Vasconcelos em relação à sua definição de trabalho inter/transdisciplinar, ou ecletismo?

Para uma compreensão desse aspecto contido na proposta interdisciplinar aqui apresentada e problematizada, faz-se necessário apresentar e refletir sobre as incorporações feitas por Vasconcelos (2000) em relação às elaborações de Coutinho (1991) sobre o tema, uma vez que, a partir delas, o referido autor justifica a incorporação de alguns alertas pós-modernos à proposta interdisciplinar para a saúde mental. Assim, os princípios fundamentais destacados, da obra de Coutinho (1991), foram os seguintes:

- O pensamento moderno colocou-nos diante da necessidade de buscar uma síntese entre a necessidade de uma vontade coletiva e a conservação da multiplicidade, diversidade e pluralismos de sujeitos.
- A afirmação de que não há ciência que esgote o real, pois ela é sempre aproximativa.
- Pluralismo não significa ecletismo ou relativismo moral, ou seja, a conciliação de pontos de vistas teóricos e éticos inconciliáveis.
- Pluralismo seria sinônimo de abertura para o diferente, de respeito pela posição alheia, considerando que essa posição, ao nos advertir para nossos erros e limites, e ao fornecer sugestões, é necessária ao próprio desenvolvimento de nossa posição, de modo geral para a ciência.
- Não é ecletismo, no mau sentido da palavra, levar em conta o ponto de vista do outro e se empenhar para elaborar uma consciência coletiva que implique, em muitos casos, a conciliação com o ponto de vista contrário (Vasconcelos, 2000, p. 38).

Partindo de uma leitura direta da obra citada (Coutinho, 1991), pudemos identificar que tanto o primeiro, quanto o terceiro e o último princípio destacado por Vasconcelos, a nosso ver, não condi-

zem integralmente com o pensamento de Coutinho (1991). O autor (1991, p. 5), inicia a exposição do seu pensamento definindo que sua abordagem sobre o tema em questão leva em conta duas dimensões básicas e fundamentais sobre pluralismo. A primeira dimensão considera o **pluralismo como um fenômeno social e político**, suas implicações no terreno da teoria das Ciências Sociais, em especial na teoria política; e a segunda, considera o **pluralismo na construção do conhecimento**, e suas implicações no campo da Epistemologia. Desde já indicamos que na apropriação de Vasconcelos acerca desta discussão, o mesmo não faz essa distinção e incorpora as reflexões de Coutinho de forma linear e homogênea, sem considerar a heterogeneidade e complexidade da discussão feita por Coutinho sobre os fundamentos do pluralismo.

Quanto ao primeiro princípio destacado sobre a necessidade de “buscar uma síntese entre a necessidade de uma vontade coletiva e a conservação da multiplicidade, diversidade e pluralismo de sujeitos” (Vasconcelos, 2000, p.38), Coutinho (1991) está se referindo ao pluralismo como fenômeno social e político, e não ao pluralismo no campo epistemológico, campo este em que entendemos se situar a discussão da interdisciplinaridade. Ao se referir ao pluralismo como fenômeno social e político, Coutinho (1991) adverte

Quanto à necessidade de respeitar o pluralismo no terreno da prática política, as coisas estão mais ou menos resolvidas para a maioria dos que se empenham hoje numa transformação realmente democrática da sociedade moderna. No terreno da epistemologia, a discussão sobre pluralismo implica maiores problemas ou, pelo menos, deve nos levar a operar mais sutileza com os conceitos (Coutinho, 1991, p.12).

Quer dizer que, segundo Coutinho, não podemos transpor as ideias do pluralismo da prática política para o campo epistemológico de forma automática, pois esse caminho requer sutileza e cuidado com os conceitos. Entendemos que as elaborações acerca da prática interdisciplinar estão circunscritas ao campo da Epistemologia, ao campo da construção do conhecimento; portanto, à discussão do

pluralismo neste campo. Dessa forma, as práticas interdisciplinares não estariam circunscritas ao campo do pluralismo como fenômeno social e político. Por isso, entendemos que a transposição “automática” desses conceitos de um campo ao outro pode levar a equívocos fundamentais para a discussão da interdisciplinaridade.

Quanto ao terceiro e ao último princípio destacado por Vasconcelos (*idem*), quando afirma que “pluralismo não significa ecletismo ou relativismo moral, ou seja, a conciliação de pontos de vistas teórico e ético inconciliáveis” e que “não é ecletismo [...] levar em conta o ponto de vista do outro e se empenhar para elaborar uma consciência coletiva que implique [...] a conciliação de pontos vista contrários”, é preciso considerar que Coutinho (1991, p. 16) está se referindo ao **pluralismo no terreno dos valores** e diz:

Neste terreno dos valores não é ecletismo, no mau sentido da palavra, levar em conta o ponto de vista do outro e se empenhar para elaborar uma consciência coletiva que implique em muitos casos, a conciliação com o ponto de vista contrário.

Isto, a nosso ver, tem consequências sérias em relação à compreensão e à prática do pluralismo, principalmente se o que se pretende é buscar fundamentos teóricos para a uma prática interdisciplinar, dita, plural. Diante disso, nos questionamos: sobre qual pluralismo Vasconcelos (2000) se refere?

Coutinho (1991, p.14) adverte-nos de que no terreno do pensamento social não existe apenas a ciência, existindo também o mundo dos valores, ou seja, o conjunto de concepções de mundo. Estas concepções de mundo implicam tanto a ciência, *aquilo que é*, como a representação daquilo que *dere ser* e esta representação, segundo o autor, “nesse terreno, certamente, não existe, não pode existir, uma verdade, uma verdade do tipo científico” (Coutinho, 1991, p.14). E mais, afirma também, a partir de Gramsci, que a objetividade no mundo dos valores, torna-se “aquel que é partilhado intersubjetivamente pelos vários atores sociais” (*idem*). O referido autor, segue exemplificando essas concepções de mundo como a

religião, a democracia, o socialismo, que não podem ser consideradas como ciência, porque não contém fatos científicos. Oferecendo-nos exemplo claro sobre essa relação entre ciência e conjunto de valores, que lhe foi apresentado por um velho professor

O *Capital* de Marx, é um livro de ciência; concordo de ponta a ponta com O *Capital*: tudo nele está certo, é verdadeiro. Agora leio e me valho dessa ciência contra os operários, porque acho que o capitalismo é melhor e mais valioso do que o socialismo (Coutinho, 1991, p.15).

Quer dizer, nem sempre ciência e conjunto de valores caminham juntos. Por isso, a necessária diferenciação entre diálogo e interlocução possível em relação a ideias diferentes no terreno dos valores, e a conciliação do inconciliável no campo científico. Quanto à possibilidade de conciliação de contrários no terreno dos valores, Coutinho (1991) não considera ecletismo, ao contrário, destaca sua importância para a construção da democracia e do socialismo, uma vez que ambos pressupõem a participação de sujeitos diferentes e que pensam de forma diferente.

Nesse veio de análise, Coutinho (1991, p.12) busca em Goeth o que considera um princípio de base para toda a ciência: “para cada questão, a ciência tem apenas uma resposta verdadeira”. Assim, na Matemática dois e dois, são quatro; em Geometria duas paralelas só se encontram no infinito, e no pensamento social parece consenso que o poder político implica sempre nos recursos da coerção e do consenso, apesar de na vida, no campo dos valores, podermos especular sobre todas essas ideias. Nesse sentido, o pluralismo seria o debate de ideias, a discussão com o diferente com vistas ao refinamento de nossas verdades, para que a teoria se aproxime cada vez mais do real, uma vez que esse é inesgotável pelo pensamento científico que, por sua vez, é sempre aproximativo.

Um exemplo que Coutinho (1991) nos oferece sobre ecletismo no campo científico tem afinidade com as questões que vimos discutindo neste livro, que diz respeito ao Marxismo e à teoria

freudiana. Para o referido autor, seria ecletismo tentar conciliar o Marxismo com a teoria freudiana no que diz respeito à teoria social de Marx - para a qual é verdadeira a afirmação de que a história se explica pela luta de classes - com a teoria social de Freud - para a qual os conflitos têm origem na repressão sexual e no aumento da agressividade dela decorrente. Ou seja, são teorias sobre o mesmo objeto que possuem naturezas distintas e “pontos de vista” inconciliáveis. O autor segue nesse mesmo exemplo da relação entre Freud e Marx, no sentido de uma relação plural quando a teoria de um pode contribuir com a teoria do outro naquilo que não foi objeto de pesquisa de um, ou de outro. Como por exemplo: Marx não escreveu nada sobre a sexualidade da criança, ou da existência do inconsciente psíquico; então, lançar mão da teoria freudiana sobre esses aspectos nada tem de eclético e é para Coutinho (1991), e concordamos com ele, perfeitamente compatível porque são dimensões diferentes. Detemo-nos nesta discussão, por considerarmos que a apresentação do pensamento de Coutinho sobre pluralismo, feita por Vasconcelos (2000), não corresponde à totalidade de suas elaborações.

Diante do exposto, consideramos haver certas distorções na incorporação de Vasconcelos sobre os fundamentos do pluralismo, a partir das reflexões de Coutinho sobre o tema e voltamos a questionar as consequências dessas distorções para a fundamentação de uma prática interdisciplinar no campo da saúde mental, que se diz uma prática plural. Se identificamos essas distorções no âmbito da produção do conhecimento sobre as práticas interdisciplinares na saúde mental, como estas ressoam na constituição das equipes interdisciplinares dos serviços de saúde mental?

A próxima seção apresentará o terceiro fundamento no qual se baseia a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental: a crítica ao relativismo pós-estruturalista e o pós-moderno e, principalmente, ao radicalismo da esquerda.

3.1.3. O fundamento da crítica ao relativismo pós-estruturalista e o pós-moderno e, principalmente, ao radicalismo da esquerda

Avançando no construto sobre os fundamentos das práticas interdisciplinares na saúde mental, Vasconcelos (2002, p.36) afirma não se identificar com o que chama de radicalismo do relativismo pós-estruturalista e o pós-moderno nos quais, segundo ele, há uma eliminação de qualquer referência possível ao mundo real. Por outro lado, e em oposição a esta radicalidade, conforme o autor, têm-se as reivindicações da esquerda de bases epistemológicas de conhecimento mais sólidas baseadas na abordagem marxiana clássica e em seus desdobramentos posteriores, como diz. No entanto, Vasconcelos também critica esta última perspectiva, ao afirmar que ela tem limitações para criar alternativas concretas de poder contra-hegemônicas, que sejam compatíveis com a “enorme complexidade exigida pelas questões e tarefas históricas e científicas contemporâneas” (Vasconcelos, 2002, p.33).

Dessa forma, a proposta das práticas interdisciplinares na saúde mental não estaria afinada nem com o radicalismo pós-estruturalista e pós-modernista e nem com o que o autor denomina de radicalismo da esquerda. Esta proposta estaria localizada no que Vasconcelos denomina de “caminho do meio”,

[...] que valoriza a multidimensionalidade e complexidade dos fenômenos e um certo relativismo moderado com base em um pluralismo crítico, sem ecletismo, buscando interagir perspectivas particulares, sem negar as diferenças ou do outro lado, violentar regras epistemológicas de cada campo (Vasconcelos, 2002, p.14).

Nesse sentido, esse “caminho do meio” seria a identificação das possibilidades de construção de teorias críticas sociais e humanas que se dariam através da complexidade e da interdisciplinaridade, a partir do reconhecimento “da complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos físicos, biológicos, humanos, sociais e ambientais, que exigem um conjunto pluralista de perspectivas diferentes e abordagens” Isso, para o autor, não se confunde com ecletismo, que seria “a

conciliação e o uso simultâneo, linear e indiscriminado de teorias e pontos de vista teóricos e éticos diversos” (Vasconcelos, 2002, p.108).

Por outro lado, Vasconcelos afirma que esta proposta interdisciplinar se põe contrária à existência de uma teoria ou metadiscorso onipotente, que seja capaz de revelar completamente as múltiplas dimensões essenciais do real, podendo abranger toda a complexidade e todos os problemas e objetos específicos de investigação e atuação social e profissional (Vasconcelos, 2002, p.109). Esta teoria ou metadiscorso seria responsável por acionar um dispositivo imaginário que associa o eclético, como diz Vasconcelos (*idem*), ao “herege”, ao “pecador”, ao “traidor da causa” dessa teoria, que, supostamente, seria capaz de dar solução para todos os problemas da humanidade e do planeta.

Esta teoria, por sua vez, é considerada por Vasconcelos como pertencente ao campo do imperialismo epistemológico, tratado por ele no obra *Complexidade e pesquisa interdisciplinar* (2002). Neste trabalho, apresenta uma descrição do debate sobre o imperialismo epistemológico, como diz, “de forma esquemática [...] visando apenas apontar para um itinerário necessário a ser aprofundado” (Vasconcelos, 2002, p. 44), não oferecendo elementos de maior envergadura sobre o tema.

Assim, a partir das elaborações de Bachelard (1934/1985, 1940/1968, 1949, 1953) e de Canguilhem (1970, 1971, 1977), Vasconcelos (2002, p. 44) apresenta uma crítica ao imperialismo epistemológico francês contemporâneo em relação às formulações totalizantes, que se refere como típicas do positivismo e do racionalismo moderno. Segundo Vasconcelos (2002), esses autores seriam responsáveis por enfatizarem as

[...] descontinuidades e rupturas profundas dentro de um mesmo campo disciplinar, invalidando tanto as pretensões racionalistas de uma estrutura lógica fixa e *a priori*, quanto os pressupostos positivistas de verdades científicas como essências substantivas inscritas desde sempre no mundo das coisas, a serem reveladas de forma gradativa e linear pelas ciências objetivas (Vasconcelos, 2002, p. 44).

Nesta direção, o autor conclama uma maior racionalidade científica para o campo das Ciências Sociais, como teria ocorrido com as Ciências Naturais, a partir daquilo que denomina de quebra de “paradigma científico”. Essa quebra de “paradigmas” teria se dado por “rupturas epistemológicas” - a partir das quais a ciência não avança de forma linear, evolutiva e cumulativa, mas por meio de rupturas ou “paradigmas” - no campo das ciências objetivas, fazendo emergir uma nova estrutura de conceitos fundamentais de espaço, tempo, causalidades e substância. Nesta nova e maior racionalidade, os conceitos científicos não seriam mais auto evidentes e inquestionáveis. Seriam vistos, como na história das ciências, características de um processo conceitual descontínuo, com erros, rupturas e retificações conceituais. Essa descontinuidade cria a possibilidade do surgimento de diferentes discursos científicos com métodos próprios de indagação do real, a partir de objetos teóricos diversos, levando à construção de epistemologias regionais variadas com objetos e quadros conceituais próprios (Vasconcelos, 2002, p. 44).

O autor está se referindo também ao Marxismo, como um exemplo desse imperialismo epistemológico que

[...] considera-se onipotente para capturar as essências de todos os sentidos implícitas da história e dos fenômenos culturais e subjetivos, reduzindo toda a complexidade da vida social e humana à dinâmica da esfera da produção, acumulação e das classes sociais (Vasconcelos, 2002, p.43).

Diante do exposto, evidenciamos nossa discordância quanto ao pensamento de Vasconcelos, na seção 3.2, deste capítulo, onde apresentaremos nossa compreensão sobre o tema.

Por último, e não menos importante, apresentaremos na próxima seção o fundamento da fragmentação do saber e das propostas de trabalho interprofissionais no âmbito das Ciências Sociais e sua particularidade no âmbito da saúde mental que, segundo seu idealizador, teria relação com a proposta da Desinstitucionalização italiana, a

qual estaria assentada na crítica à fragmentação dos saberes no âmbito das Ciências Sociais.

3.1.4. O fundamento da fragmentação do saber e das propostas de trabalho interprofissionais no âmbito das Ciências Sociais e sua particularidade no âmbito da saúde mental

Trouxemos à tona a discussão acerca da fragmentação da realidade social e do conhecimento no campo das Ciências Sociais como um dos fundamentos para as propostas de trabalhos interdisciplinares, uma vez que no campo específico da saúde mental esta é uma discussão que vem sendo construída com certa ênfase e caminhando na direção da constituição de equipes de trabalhos, denominadas, interdisciplinares, que tenderiam à transdisciplinaridade, conforme salienta Vasconcelos (2000) e no campo da saúde, esse é um dos eixos em torno do qual o trabalho em saúde deve se constituir.

No âmbito específico da saúde mental, a interdisciplinaridade é posta, por Vasconcelos, como necessária para o conhecimento mais “amplo e abrangente” de determinada realidade social, com a qual os trabalhadores das equipes dos serviços sociais vão lidar, bem como para o enfrentamento da sua complexidade, através da constituição de ações profissionais junto aos usuários destes serviços. Trata-se, portanto, de uma das questões de fundo da argumentação de Vasconcelos (2002), acerca da necessidade do trabalho interdisciplinar/transdisciplinar na saúde mental. Segundo o autor citado, a necessidade do trabalho interdisciplinar na saúde mental está relacionada à complexidade da realidade social, à crescente especialização das ciências e à consequente fragmentação do saber no âmbito científico. Esta fragmentação não permitiria aos trabalhadores, a partir de suas especialidades apenas, a compreensão da complexidade que é o fenômeno loucura, com vistas a traçarem estratégias de trabalho que possam abarcar o rol de questões e necessidades deste campo. Por isso, Vasconcelos defende a necessidade do trabalho inter/transdisciplinar na saúde mental e que essa interdisciplinaridade esteja ancorada em certo pluralismo, conforme apresentamos na seção 3.1.2 deste livro.

Diante dessas afirmações contidas na proposta interdisciplinar de Vasconcelos (2002), buscamos compreender a relação entre a fragmentação do saber e as propostas de trabalho interprofissionais, a fim de capturarmos os nexos entre estas questões e as particularidades que estas assumem no âmbito da saúde mental.

Pudemos verificar que as propostas interdisciplinares, pluridisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares - em especial no âmbito das Ciências Sociais -, emergem como estratégias de superação da complexidade da realidade social, resultado das transformações societárias que emergiram com a Idade Moderna e da fragmentação do saber decorrente da crescente especialização das ciências e da ampliação do território do conhecimento.⁶⁵ Tal fragmentação e sua necessidade de superação são identificadas por todos os teóricos que discutem o tema geral da interdisciplinaridade, como por exemplo: Japiassu (1976), Fazenda (1994), Severino (1995), e, em relação à particularidade da interdisciplinaridade no campo da saúde mental, temos as produções de Vasconcelos (2000 e 2002), conforme apresentamos anteriormente.

Japiassu, por exemplo, em seu clássico *Interdisciplinaridade e patologia do saber* (1976), situa o problema da desintegração do conhecimento e o surgimento das especializações como um produto da Idade Moderna, que tem seu ápice no século XIX, quando, segundo o referido autor, “o processo de desintegração do saber se acelera. [Assim,] a ciência unitária explode como um obus. E seus fragmentos continuam a dissociar-se em sua trajetória” (Japiassu, 1976, p.49). Entretanto, apesar de identificar que o tempo histórico no qual tal desintegração ocorre é a Idade Moderna, o mesmo não problematiza o contexto em questão.

Conforme Tonet (2013, p.3), por mais que os autores defensores da interdisciplinaridade, como Japiassu (*op. cit.*), façam referência ao processo histórico que levou à fragmentação do saber, eles não percebem ou não aceitam a relação de dependência

⁶⁵ A esse respeito ver as produções de Morin acerca do pensamento complexo (193, 2000, 2007 e 2015); no campo específico da saúde mental as produções de Vasconcelos (2000 e 2002).

ontológica do conhecimento em relação às condições materiais. Ao contrário, neste caso, Japiassu (*op. cit.*) trata esse fato como um fenômeno inevitável, cuja saída é a exigência interdisciplinar como compensação para a fragmentação do conhecimento.

No entanto, conforme Tonet (2013, p.2) - que está analisando essa questão da interdisciplinaridade a partir da crítica marxista, de caráter histórico-ontológico - complexificação, especialização e fragmentação seriam consequências necessárias na trajetória do processo do conhecimento. Por isso, busca-se encontrar uma solução que possibilite o conhecimento da totalidade do objeto em questão, superando a atomização do mesmo. Nesse sentido, abordar o mesmo objeto sob vários aspectos, com maior ou menor articulação entre essas diversas abordagens, seria a solução encontrada para superação dessa fragmentação.

Japiassu (1976) faz importantes considerações acerca do que considera ser a necessidade da interdisciplinaridade, a partir deste contexto de desintegração do conhecimento, e adverte-nos:

Encontramo-nos diante de uma alienação científica. Diagnosticar o mal é apenas o primeiro momento. O interdisciplinar se apresenta como o remédio mais adequado à cancerização ou à patologia geral do saber. No entanto, na medida em que a maioria das análises permanece superficial, os remédios propostos também não atingem o fundo das coisas. Alguns chegam mesmo a agravar a situação. Parece-nos que o grande desafio não consiste tanto numa reorganização metódica dos estudos e das pesquisas, quanto na tomada de consciência sobre o sentido da presença do homem no mundo (Japiassu, 1976, p.31).

Apesar dessa advertência, quanto ao grande desafio posto a partir da fragmentação, Japiassu não mergulha na pesquisa acerca das determinações do ser no mundo e do processo material de fragmentação para chegar à razão de ser dessa fragmentação, como veremos adiante. Conforme Tonet (2013, p.4), essa “teorização se limita a buscar superar a fragmentação pelas vias epistêmicas, pedagógicas ou comportamentais.” Concordamos que, diante da real fragmentação do

conhecimento, propostas interdisciplinares apresentam-se como estratégias no enfrentamento da fragmentação, ou desintegração do conhecimento, como diz Japiassu (*op.cit*). Assim, conforme Tonet (2013, p.3),

Parece que, de fato, o trabalho interdisciplinar é um procedimento que tem resultados imediatos positivos. Pois é certamente verdade que a soma dos aspectos econômicos, sociológicos, filosóficos, históricos e outros, trará um conhecimento mais ampliado do que se esse tratamento se limitasse a apenas uma dessas áreas. Por outro lado, um conhecimento mais amplo permitiria um tratamento menos isolado de cada problema, seja no âmbito profissional, seja na esfera da ação social.

No entanto, para nós, está claro que a discussão sobre a fragmentação do saber no campo científico moderno não pode estar circunscrita ao campo do saber, ignorando a natureza do contexto histórico da Modernidade – que teve início no século XVIII – e a relação intrínseca entre produção da vida material e produção do conhecimento e sua forma de expressão moderna.

Explicando melhor: tratarmos da fragmentação do saber a partir da Modernidade sem questionarmos o que ocorreu nesse período, que levou a esta fragmentação, e somente nos dedicarmos às tentativas de superação dessa fragmentação é o mesmo que naturalizarmos tal fragmentação, como se ela fosse uma decorrência natural e linear do processo de conhecimento e não um produto das relações sociais de produção.

Tonet (2013, p. 3) aponta cinco equívocos no tratamento da interdisciplinaridade como solução para um problema, que denomina mal equacionado. São eles: 1) a pressuposição de que a complexificação e a fragmentação são simplesmente resultados naturais do processo social; 2) a não identificação da dependência ontológica do conhecer em relação ao ser; 3) a pressuposição da autonomia do saber, que não toma como ponto de partida uma crítica do processo material de fragmentação; 4) a tomada da científicidade moderna como verdadeiro e único caminho para o conhecimento científico, ignorando o solo

social que deu origem a este padrão de ciência; e 5) ao tomar o padrão da ciência moderna como o verdadeiro caminho, ignora-se que neste padrão o sujeito é o polo regente do conhecimento e não o objeto em si (Tonet, 2013, p.3).

O momento histórico no qual a interdisciplinaridade surge como uma exigência ou necessidade, qual seja a Modernidade, não é nada mais, nada menos, que advento do sistema capitalista, e por sua vez o advento da burguesia como classe dominante. Assim, a crítica à interdisciplinaridade é a crítica do mundo que produz e necessita dessa forma de produção do saber (Tonet, 2013, p.4).

Conforme seus defensores, a necessidade da interdisciplinaridade surge com a Modernidade e com a crescente especialização e fragmentação do saber oriundas deste período. Contudo, para uma compreensão acerca do processo de complexificação, especialização e fragmentação fazem-se necessário uma apreensão do caráter unitário do ser social e o processo social que deu origem a esta quebra de unidade (Tonet, 2013, p.5), para posteriormente retornarmos à discussão da interdisciplinaridade. Isto porque concordamos com Tonet, quando ele afirma que

A complexificação é uma característica ontológica, e por isso insuprimível, do ser social. Dos grupos primitivos e mais simples ao mundo atual, temos um processo ao longo do qual a realidade social vai se tornando cada vez mais complexa e universal. Por seu lado, a complexificação resulta, necessariamente, na especialização pois, de fato, é impossível a um único indivíduo abarcar a totalidade do fazer e do saber sociais (Tonet, 2013, p.6).

A compreensão do ser social como uma totalidade, um complexo de complexos, cuja apreensão se dá a partir da articulação entre esses complexos de forma constante e processual, parte da análise do trabalho como ato ontológico fundante do ser social. Assim, traremos alguns elementos para a compreensão da categoria totalidade e posteriormente aqueles atinentes à análise do trabalho nesta perspectiva.

Compreendemos a categoria totalidade a partir das elaborações de Kosik (1976) e Lefebvre (1955). De acordo com Kosik, a compreensão da totalidade concreta contrapõe-se à noção de totalidade caótica cuja compreensão não atinge os processos evolutivos da realidade. Assim, para o autor

A posição da totalidade que comprehende a realidade nas suas íntimas leis e revela, sob a superfície e a casualidade dos fenômenos, as conexões internas, necessárias, coloca-se em antítese à posição do empirismo, que considera as manifestações fenomênicas e casuais, não chegando a atingir a compreensão dos processos evolutivos da realidade (Kosik, 1976, p.33).

Pode-se dizer que esta noção de totalidade incorpora a dialética da casualidade à compreensão da realidade social. No entanto, a compreensão da categoria totalidade deve ser antecedida por outra compreensão, qual seja, a da realidade. Isto é, antes de se perguntar o que é a totalidade da realidade social, deve-se perguntar: o que é a realidade social? Para só então partirmos para o conhecimento da totalidade dessa realidade. Kosik (1976) parte do princípio de que a realidade não é o conjunto de todos os fatos, o que derivaria na compreensão de que a concreticidade é a totalidade de todos os fatos e que a realidade na sua concreticidade é inexplicável e inesgotável. Assim, seria a totalidade caótica ou o todo caótico algo inexplicável. Para Kosik (1976), a realidade como totalidade concreta é um todo estruturado em curso de desenvolvimento e autocriação.

Lefebvre (1955), ao tratar da categoria totalidade, categoriza-a de duas maneiras: como totalidade aberta e totalidade fechada. Para este autor, a noção de totalidade fechada limita a compreensão da realidade como o conjunto de todos os fatos, apresenta-se como sistemas isolados e fechados, o que nos leva a crer que a realidade vista como totalidade dessa forma exclui outras totalidades, ou seja, a realidade vista como totalidade fechada não permite diálogo entre "as partes".

O acúmulo de todos os fatos só pode ser compreendido como totalidade, se for compreendido de forma dialética. Em outras

palavras, a dialética da totalidade, do concreto, é uma teoria da realidade como totalidade concreta, a isso Lefebvre (1955) chamou de totalidade aberta. De acordo com Kosik (1976, p.36),

Sem a compreensão de que a realidade é totalidade concreta – que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos – o conhecimento da realidade concreta não passa de mística, ou a coisa incognoscível em si.

Assim, a totalidade significa a realidade como um todo estruturado, dialético, do qual ou no qual um fato pode vir a ser racionalmente compreendido. De acordo com Lefebvre (1955), para a compreensão da totalidade da realidade social como uma totalidade aberta é preciso compreender esta realidade dialeticamente e para se chegar à essência dos fenômenos é preciso superar sua aparência, sua imediatidate, isto é, “o imediato, o fenômeno ou "facto", não se basta, pois é apenas manifestação, aparência. É preciso ir além, mais fundo e trabalhar para descobrir o que se esconde, não por detrás dele, mas nele” (Lefebvre, 1955, p. 40).

Para a compreensão da totalidade, como um complexo de complexos, faz-se necessário partirmos da análise do trabalho como ato ontológico fundante do ser social. Para tal, faremos um breve resgate de alguns elementos da análise do trabalho.⁶⁶

O trabalho, como momento preponderante do ser social, é tratado por Marx a partir da sua dimensão concreta, ou seja, como valor de uso, como transformação da natureza para satisfação de necessidades humanas e o mediador da relação entre o homem e a natureza, como deixa claro na seguinte passagem de *O Capital*,

Como formador de valores de uso, como trabalho útil, o trabalho é, desse modo, uma condição de existência do homem independentemente de todas as formas sociais, uma eterna necessidade natural de mediar o metabolismo entre homem e natureza, portanto, a vida humana (Marx, 1985, p. 50).

⁶⁶ Esses elementos já foram trabalhados com maior dedicação no primeiro capítulo.

Assim, o homem ao agir sobre a natureza modifica-a, modificando ao mesmo tempo a si mesmo, uma vez que neste processo “o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza [e para tal] [...] ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão” (Marx, 1985, p.149). Ao transformar-se a si mesmo pela realização do trabalho, o homem imprime neste processo sua tendência à complexificação, na medida em que ao satisfazer uma necessidade, outra necessidade surge, como por exemplo: o ser ao satisfazer suas necessidades humanas, a partir da transformação da natureza pelo trabalho, este ser cria outras necessidades como a linguagem, a sociabilidade, o conhecimento etc. Assim, pelo trabalho, o homem está sempre criando algo novo. O trabalho é a objetivação fundante do ser social, mas a existência do ser social não se esgota no trabalho; na verdade, sua existência faz parte de um rol de objetivações que transcendem diretamente o trabalho, dentre elas as objetivações materiais, éticas, filosóficas, artísticas, científicas.

Assim, entendemos a complexidade da sociedade tomada como justificativa para a interdisciplinaridade como algo inerente à vida social. Entretanto, é preciso compreender que esta complexidade é uma determinação ontológica do ser social e não um problema. Portanto, a partir dessa análise do trabalho, Tonet (2013, p.5) afirma que o conhecimento tem uma relação de dependência ontológica em relação ao trabalho e, por isso, pode-se compreender “o conhecimento como um momento que, juntamente com a realidade natural, constitui unidade indissolúvel, cuja efetivação resulta na constituição da realidade social” (Tonet, 2013, p.5).

A modernidade é marcada definitivamente pelo rompimento da burguesia com a tradição progressista. Este processo se dá a partir da decomposição das teorias clássicas – economia política clássica e socialismo utópico –, que demonstravam preocupação com a totalidade da vida social. Este rompimento ocorre, mais especificamente, naquilo que diz respeito ao papel da razão no conhecimento da vida

social e, por consequência, pelo abandono das categorias do humanismo, do historicismo e da razão dialética, constitutivos do pensamento Iluminista. Cabe ressaltar, aqui, algumas peculiaridades dessas categorias constitutivas do pensamento ilustrado, como do humanismo, que concebe o homem como produto de sua própria atividade coletiva; o historicismo, que ressalta o caráter ontologicamente histórico da realidade; e a razão dialética, que afirma uma racionalidade objetiva capaz de reconstruir no plano do pensamento, o movimento da realidade. O pensamento Iluminista, que havia se constituído anteriormente a este, representou o auge da história da filosofia burguesa, quando a nova ordem social capitalista prometia o desenvolvimento e o progresso da humanidade ancorados na generalização da ciência e da razão.

Esta científicidade moderna, produtora de conhecimentos circunscritos à aparência dos fenômenos, é denominada por Lukács (1979) de *decadência ideológica burguesa*, é “quando as tendências da dinâmica objetiva cessam de ser reconhecidas, ou são inclusive mais ou menos ignoradas, ao passo que se introduzem em seu lugar desejos subjetivos, vistos como a força motriz da realidade” (Lukács, 1979, p.99). Nesse contexto, o sujeito toma o lugar do objeto e o conhecimento da realidade deixa de ser o conhecimento do objeto em si para transformar-se no conhecimento do ser sobre determinado objeto. Quer dizer, há uma inversão da perspectiva da coisa em si para a perspectiva do sujeito que observa, a inversão da objetividade para a subjetividade.

Segundo Coutinho (1971), do ponto de vista político, é neste período que a burguesia abandona seu projeto revolucionário, que representava os interesses da totalidade do povo na superação do Antigo Regime, transformando-se em classe dirigente e conservadora da ordem capitalista.

Segundo Coutinho (1971, p.8),

Ao tornar-se uma classe conservadora, interessada na perpetuação e na justificação teórica do existente, a burguesia estreita cada vez mais a margem para uma apreensão objetiva e global da realidade; a Razão

é encarada com um ceticismo cada vez maior, renegada como instrumento do conhecimento ou limitada a esferas progressivamente menores ou menos significativas da realidade.

Neste período, os ideólogos burgueses têm como proposição a evasão da realidade social, cuja finalidade era a manutenção da ordem vigente. Conforme Tonet (2013, p.9), “trata-se, da perspectiva dessa classe [a burguesia], de compreender a realidade social na forma e até o limite que permita a reprodução dessa ordem social”. Contudo, neste período, a sociedade também se apresenta para a burguesia na sua aparência, de forma fragmentada e desconexa. Porém, não há interesse desta classe em desvendar o fenômeno aparente, apenas perpetuar a ordem estabelecida. Assim, conforme Tonet (2013, p.9), “nada disso é intencional no sentido conspirativo, mas certamente é intencional no sentido de que os pensadores têm consciência do que estão fazendo e acreditam que esse é o caminho mais adequado para a humanidade”.

Nesse sentido, a constituição das Ciências Sociais é tanto uma resposta a esta fragmentação da materialidade do ser social, como uma necessidade da burguesia de justificar a ordem existente. Isso decorre de que, ao serem eliminadas as categorias da totalidade e da essência da realidade social, restam as dimensões isoladas dessa realidade, cuja conexão se dá de forma superficial e de acordo com a intenção do sujeito e não mais como elas são de fato. Assim, como afirma Tonet (2013, p.9), “a aparência e o empírico se tornam a matéria sobre a qual trabalha a científicidade moderna”.

Conforme Tonet (2013, p.8), “nessa transição do mundo greco-medieval ao mundo moderno há uma passagem de uma perspectiva ontológica – centralidade do ser, embora de caráter metafísico – para uma perspectiva gnosiológica – centralidade do conhecer.” Assim, partindo dessa materialidade fragmentada, marcada pela passagem da busca do conhecimento sobre o próprio objeto para a busca do conhecimento do ser sobre o objeto, deparamo-nos com os limites impostos pela divisão capitalista do trabalho, como a separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual e o advento

do pensamento imediatista. O elemento central desse pensamento imediatista restringe-se às aparências fetichizadas, que impossibilita o pensamento de adentrar na essência da realidade, tornando-se um pensamento alienado e alienante, onde a consciência dos homens sobre sua própria atividade torna-se oculta e as relações sociais transformam-se em relações entre coisas. Assim, a realidade transforma-se num fenômeno cuja relação entre aparência e essência não se constituem num par dialético, restando apenas a dimensão da aparência como definidora da realidade, a partir da qual todos os fenômenos parecem naturais, inclusive a divisão do trabalho. Dessa forma, entendemos que a científicidade da Modernidade, que se apresenta de forma fragmentada, é a científicidade produzida pelas condições materiais de produção e reprodução das relações sociais deste período.

Assim sendo, a complexidade não é um problema, mas algo que é intrínseco ao ser social e, portanto, às relações sociais por ele construídas. O problema está na própria realidade que se encontra fragmentada pela condição material que lhe é própria. Entendemos, então, que o problema não reside na complexidade das sociedades modernas ou “pós-modernas”, nem na necessidade das especializações, uma vez que estas são imprescindíveis, pois se tornou impossível para qualquer um abarcar todo conhecimento produzido pela humanidade. Tal impossibilidade se dá, principalmente a partir da Modernidade, pelo fato dela exigir e possibilitar o conhecimento do mundo para transformá-lo, por isso, produzindo uma enormidade de conhecimentos.

Assim, acreditamos que a questão da fragmentação do saber só pode ser de fato superada, quando forem superadas as condições materiais que a deflagraram, ou seja, quando for superada a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual; a exploração do capital sobre o trabalho; e emergir daí uma científicidade ontologicamente determinada e uma sociabilidade onde a categoria totalidade seja a sua categoria fundamental (Tonet, 2013, p,11).

Contudo, para os trabalhadores - como os Assistentes Sociais –, que intervêm na realidade social, aparentemente fragmentada, torna-se imperiosa a necessidade de estratégias de ação que possam, mesmo sem atingir diretamente as determinações dessa fragmentação, enfrentá-la. É nesse sentido que concordamos com Frigotto (2008, p. 44), quando afirma que a delimitação de um problema ou da ação, no processo de conhecimento, não pode ser interpretada como a fragmentação do real em diversos objetos. Isso não significa, por si só, uma dissociação deste problema ou da ação em relação à totalidade concreta; não significa o abandono das múltiplas determinações que o constituem. Isto, desde que a análise deste problema se dê numa perspectiva de totalidade, ou seja, que essa análise permita a compreensão desta sociedade como uma totalidade, quando se explicitam as múltiplas determinações que constituem tal realidade.

Na direção de pensar a interdisciplinaridade no campo das Ciências Sociais, como um caminho para enfrentar o esfacelamento do conhecimento oriundo do período demarcado anteriormente, Frigotto (2008, p.42) afirma a interdisciplinaridade tanto como uma necessidade e como um problema nas Ciências Sociais, ou seja, como algo que historicamente se impõe como imperativo e ao mesmo tempo como desafio a ser decifrado. Assim, a interdisciplinaridade se faz presente não como um método de investigação, tampouco como técnica, mas como necessidade e problema no campo material histórico-cultural e epistemológico, uma vez que a produção de conhecimento não está dissociada da produção e reprodução das relações sociais, como demonstramos acima. Como vimos, a produção de conhecimento, a partir da emergência da ordem burguesa, apresenta-se repleta de determinações sócio-históricas, atinentes a esta forma de produção.

Com base nesses argumentos, defendemos a interdisciplinaridade como algo necessário para enfrentar a fragmentação do conhecimento e da complexidade da realidade social, cujas origens já foram indicadas. Sem, contudo, transformá-la numa panaceia que tudo resolve. Encontramos no próprio Japiassu (1976, p.31) uma advertência

sobre isso, quando afirma que “longe de nós, porém, a ideia de apresentar o interdisciplinar como panaceia científica”.

Como já demonstramos, a realidade social é complexa pela própria natureza do trabalho - como ato ontológico fundante do ser social -, e esta se complexificou ainda mais com o avanço das forças produtivas, a partir da Modernidade e tal complexificação foi acompanhada da fragmentação aparente da realidade.

Nesse sentido, defendemos a interdisciplinaridade, sua importância e necessidade. Contudo, sua compreensão deve levar em conta a origem dessa necessidade e os limites que as práticas interdisciplinares encontram na realidade concreta. As propostas de superação da fragmentação do saber e do conhecimento, acerca da complexidade da realidade social, como determinantes para a criação da interdisciplinaridade, possuem caráter epistemológico. Assim, a superação de fato da fragmentação do conhecimento, conforme abordamos, possui caráter ontológico, uma vez que tal fragmentação só poderá ser superada com a superação da ordem burguesa, erguida sob o comando do capital, cujas condições materiais de produção e reprodução das relações sociais fragmentam o trabalho, entre o trabalho manual e o intelectual, e assim, produzem o pensamento imediatista, restrito às aparências fetichizadas, suscitando um pensamento alienado e alienante.

Nesta lógica de raciocínio, o pensamento moderno, que se apresenta de forma fragmentada, é o pensamento produzido pelas condições materiais de produção e reprodução das relações sociais deste período. Por isso, defendemos que a interdisciplinaridade, adotada no trabalho social, a partir da perspectiva de totalidade, constitui-se uma mediação necessária para a realização de ações dos trabalhadores junto às demandas sociais, as quais se apresentam de forma aparente, superficial e fragmentada. Acreditamos que parte do problema se encontra na fragmentação do conhecimento, quando este não tem uma compreensão da realidade como totalidade concreta, que por sua vez está relacionado à forma de produção e reprodução material e espiritual do ser social a partir da Modernidade. Dessa

forma, se esse conhecimento não se der pela perspectiva da totalidade das relações sociais, tem-se uma compreensão fragmentada da realidade concreta.

Na perspectiva adotada por nós, para que o trabalho interdisciplinar se efetive na direção do enfrentamento da fragmentação do conhecimento e da complexidade da realidade social, faz-se necessário transcender a aparente fragmentação fenomênica para adentrar nas múltiplas determinações que constituem a realidade social. Caso contrário, pode-se cair no reducionismo estruturalista, que abandona o plano ontológico-social e se aferra ao plano epistemológico.

Nessa direção, ao defendermos a interdisciplinaridade como necessária para o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e da compreensão da complexidade da realidade social, na qual os Assistentes Sociais atuam, estamos convencidos de que ela é insuficiente para a superação do conhecimento, cuja fragmentação é produto direto e está dialeticamente articulada à fragmentação da realidade social, na sua forma capitalista. Acreditamos que o que a interdisciplinaridade nos possibilita, desde que parta de uma perspectiva de totalidade das relações sociais, é a aproximação a uma compreensão dos “fenômenos” sociais de forma mais ampla, global, total, articulando dialeticamente aparência e essência e as diversas dimensões desses “fenômenos”. Mas, por si só, a interdisciplinaridade não possui elementos suficientes para a superação da fragmentação do conhecimento acerca da complexidade da realidade social. A nosso ver, não se trata da utilização de metodologias ou teorias novas, ou da interseção entre metodologias e teorias, pois não é um problema epistemológico ou metodológico apenas. Trata-se de um problema ontológico, como esperamos ter demonstrado.

Nesse sentido, discordamos da proposta de trabalho interdisciplinar que vem orientando o campo da saúde mental, uma vez que esta prima pelo rompimento dos limites entre os saberes tradicionais, convocando-os para uma recomposição de conhecimentos, com vistas a atender a complexidade da realidade social, assentada num su-

posto pluralismo que prima pela conciliação de pontos de vistas contrários.

Conforme já mencionamos acima, entendemos que a fragmentação da realidade social não será superada epistemologicamente. Sua superação só será possível quando for possível a superação das contradições inerentes à ordem social que lhe deu origem. Além disso, se os defensores das propostas interdisciplinares consideram a necessidade dos múltiplos conhecimentos para uma aproximação maior aos elementos que constituem a realidade social, por que a interdisciplinaridade na saúde mental caminha na direção de secundarizar esses conhecimentos específicos, subjugando-os a um suposto campo de conhecimento próprio da saúde mental? Parece-nos, mais uma vez, se tratar de outra distorção no debate sobre a interdisciplinaridade no âmbito da saúde mental.

Conforme apresentamos, a configuração das equipes de trabalho inter/transdisciplinar, cuja organização do trabalho se dá a partir da figura genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, nos levou a pesquisar sobre o tema da interdisciplinaridade na saúde mental e sua relação com a discussão da fragmentação dos saberes no campo das Ciências Sociais, como exposto acima, uma vez que este é um dos argumentos utilizados para a construção da proposta de trabalho interdisciplinar no âmbito da saúde mental. Foi a partir dessa pesquisa que encontramos em Tonet (2007) a reflexão que passou a iluminar nossa compreensão acerca de uma das possíveis orientações teórico-metodológicas que vêm, implicitamente, informando o trabalho em equipe nos serviços de saúde mental: o pluralismo metodológico. Por isso, na próxima seção deste capítulo, apresentaremos uma problematização acerca do chamado pluralismo metodológico, com o qual identificamos similaridades em relação ao que é apresentado na saúde mental como o “pluralismo” que estaria embasando a discussão da interdisciplinaridade neste campo

3.1.5. O pluralismo metodológico como fundamento implícito da proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental

Conforme demonstramos na seção 3.1.2 deste capítulo, Vasconcelos (2000 e 2002), afirma que a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental está fundamentada pelo pluralismo no âmbito da produção de conhecimentos e esta proposta, supostamente plural, estaria ancorada nas elaborações de Coutinho (1991) acerca do pluralismo. Contudo, conforme demonstramos, na referida seção, identificamos algumas distorções em relação à incorporação das ideias originais de Coutinho, ou seja, identificamos que não há correspondência à totalidade de suas elaborações. Diante disso, nos questionamos acerca da natureza dessa proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental, supostamente, ancorada numa concepção de pluralismo científico, uma vez que, a princípio, nos pareceu mais afeita ao ecletismo.

Conforme demonstramos na seção 3.1.3, tal construção, segundo Vasconcelos (2002), não estaria ligada nem ao radicalismo do relativismo pós-estruturalista e pós-moderno, nem ao radicalismo da esquerda. Entretanto, tal proposta primaria por reconhecer que devem ser considerados alguns alertas vindos do pós-modernismo. Isto, para o referido autor, não implicaria necessariamente em se tornar liberal ou neoliberal, tampouco que esta proposta seja considerada eclética. Dentre esses alertas pós-modernos, que deveriam ser considerados pela sua importância, o autor destaca os seguintes: a crítica pós-moderna aos modelos totalizantes; o aumento do poder contratual dos clientes/consumidores/usuários (*empowerment*); a crítica pós-moderna à razão e às teorias totalizantes; e o reconhecimento da complexidade, a partir do paradigma da complexidade de Morin (1991). Conforme já indicamos na seção, que trata diretamente desse tema, ao concordarmos com a incorporação desses “alertas” vindos do pós-modernismo não estariámos mesclando perspectivas teóricas distintas e até antagônicas, com horizontes e projetos societários também divergentes?

Contudo, a partir de uma investigação mais acurada sobre o tema, deparamo-nos com a crítica de Tonet (2007) ao chamado pluralismo metodológico, com o qual identificamos similaridades com o que Vasconcelos (2000 e 2002) denomina de pluralismo em suas elaborações acerca da interdisciplinaridade. Assim, apresentaremos adiante a crítica de Tonet (2007) sobre o denominado pluralismo metodológico, e sua interface com o que Vasconcelos denomina como pluralismo e seu “caminho do meio” para a construção de práticas interdisciplinares

O debate sobre a necessidade de buscarmos novos métodos e instrumentos para compreensão da realidade social, ou de criarmos novas propostas metodológicas mais criativas, ou ainda de podermos criar métodos próprios de indagação do real, tem como elemento propulsor as transformações societárias ocorridas no último quartel do século passado. Isto ocorreu, principalmente, com os acontecimentos no leste europeu, que foram responsáveis pela criação de um clima de incertezas e dúvidas no campo das Ciências Sociais, que teve como alvo principal o Marxismo - como um dos veios epistemológicos mais importantes do campo das Ciências Sociais. Diante disso, emergiram diversas propostas metodológicas. De acordo com Tonet (2007, p.103), essas propostas metodológicas são: anarquismo epidemiológico, individualismo metodológico, desconstrutivismo, método de escolha racional, teoria dos jogos, teoria dos gêneros, Marxismo analítico, microteoria, teoria da ação comunicativa, teoria das trocas, abordagem culturalista, interacionismo simbólico, acionalismo, etno-metodologia.

Diante disso, conforme Tonet (2007), emergiu o pluralismo metodológico denunciando que aqueles instrumentos usados até então para compreensão da realidade estavam obsoletos ou falidos, principalmente o Marxismo fundado numa perspectiva ontológica. Feyerabend, em sua obra *Contra o Método* (1977), não se coloca contra todo e qualquer método, se coloca a favor do que chama de anarquismo epistemológico ou pluralismo metodológico. Nesta obra, o autor posiciona-se contra a instituição de um conjunto único, fixo,

restrito de regras que se pretenda universalmente válido, para toda e qualquer situação, como sendo um único método capaz de apreender todos os elementos que constituem a complexidade da realidade social. Assim como faz Vasconcelos, ao se referir ao Marxismo como sendo uma teoria/método onipotente (Vasconcelos, 2002, p.159).

Tais propostas, no campo das Ciências Sociais, foram consideradas como necessárias e os defensores do pluralismo metodológico apostam na associação de diferentes aportes teórico-metodológicos, como caminho na busca de novos instrumentos para compreensão da realidade que se mostrava transformada. De acordo com Tonet (2007), para os defensores do pluralismo metodológico, essas novas propostas metodológicas podem ser articuladas, ou não, com as mais antigas, como: a fenomenologia, o Marxismo, a hermenêutica e o funcionalismo. Assim, interconexão entre estas várias propostas compõem o campo do chamado pluralismo metodológico, que surge a partir de uma suposta necessidade para enfrentar a crise no campo das Ciências Sociais, no sentido de buscar novos instrumentos para compreender a realidade social que se colocava como “nova” (Tonet, 2007).

Nesse sentido, de acordo com Tonet (2007, p.103), o pluralismo metodológico, “pretende não ser nem dogmático, nem eclético e nem relativista. Pelo menos aquele que se declara anti-pós-moderno”, conforme dito pelo próprio Vasconcelos (2002), ao se referir à sua proposta de trabalho interdisciplinar como um “caminho do meio” que, dessa forma, não estaria sendo eclético, nem afinado com os radicalismos da esquerda ou pós-modernos, ou pós-estruturalistas. Segundo Tonet (2007), para os defensores do pluralismo metodológico, o caminho é apelar pelo rigor do sujeito que, reconhecendo a relatividade dos métodos, vai acionar os diferentes métodos e teorias a partir do diálogo, da articulação e do entrecruzamento de paradigmas diferentes, sob vigilância crítica.

Ainda de acordo com Tonet (2007), os argumentos em que se baseia a proposta do pluralismo metodológico se referem tanto ao modo de ser da realidade – de caráter ontológico –, como ao modo de

conhecê-la – de caráter epistemológico. O primeiro argumento, de caráter ontológico, está ancorado na “complexidade” e dinamicidade atual do mundo, decorrente das mudanças pelas quais este passou na transição do século XIX para o XX. Neste período, o mundo era considerado mais simples, o trabalho podia ser aceito como seu fundamento, as classes fundamentais – burguesia e proletariado – eram mais homogêneas, bem como o Estado se caracterizava como comitê executivo da burguesia. A complexidade que atingiu o mundo, a partir da segunda metade do século XX, teria trazido à tona elementos novos a partir dos quais as categorias ontológicas da totalidade e do trabalho, como fundamentos do ser social, não teriam mais significado.

Quanto a esse argumento, de caráter epistemológico, não resta dúvida de que é o mesmo usado por Vasconcelos em suas produções, quando afirma, por exemplo, que se posiciona contrário à existência de uma teoria ou metadiscorso onipotente, que seja capaz de revelar completamente da realidade em toda sua complexidade (Vasconcelos, 2002, p.109). Ou quando afirma que, por mais necessária e heroica que sejam as produções teóricas e políticas, que reivindicam bases epistemológicas de conhecimentos mais sólidas nos paradigmas modernos convencionais - a partir de seus pressupostos realistas ou racionalistas, e/ou baseadas mais especificamente na abordagem marxiana clássica e sem seus desdobramentos posteriores -, estas produções têm sérias limitações no processo efetivo de criar alternativas compatíveis com a multidimensionalidade e a enorme complexidade exigida pelas questões e tarefas históricas e científicas contemporâneas. (Vasconcelos, 2002, p.33).

Nesse sentido, Vasconcelos (2002) segue afirmando que é necessário

[...] buscar alternativas entre as posições modernistas convencionais e as perspectivas pós-modernas radicais, abrindo novas possibilidades na construção de teorias críticas dos fenômenos humanos e sociais através da complexidade e da interdisciplinaridade, como verdadeiros

desafios colocados pela realidade histórica contemporânea (Vasconcelos, 2002, p.34).

Em relação a esse argumento, pudemos verificar que Vasconcelos não é explícito, em nenhuma das obras citadas (2000 e 2002), em relação à negação da centralidade das categorias ontológicas da totalidade e do trabalho, mas também não se refere a elas como categorias fundamentais para a compreensão da realidade social, ao contrário do que faz em relação aos argumentos, reiterados e explicitados, acerca da complexidade da realidade social e da necessidade de rupturas de antigos paradigmas, para a emergência de novos paradigmas e metodologias para o conhecimento do real.

De acordo com Tonet (2007), o segundo argumento em que se baseia a proposta do pluralismo metodológico, de caráter epistemológico, refere-se aos antigos “paradigmas” de caráter macroteórico que seriam incapazes de compreender a realidade atual. Este argumento liga-se ao anterior, uma vez que esses “paradigmas” surgiram na modernidade para explicar aquela configuração da realidade. Entretanto, como esta teria mudado, há que se construírem outros “paradigmas” capazes de interpretar a realidade atual que, segundo os defensores do pluralismo metodológico, é mais complexa, diversa, múltipla. Outro argumento que estaria subjacente a este de caráter epistemológico, diz respeito à defesa da liberdade do cientista em poder escolher o método que for mais adequado, como um imperativo para a liberdade da produção do conhecimento.

Em relação a esse aspecto encontramos em Vasconcelos (2002, p.43) observação importante que vai ao encontro da crítica de Tonet (2007). Ao explicitar suas críticas ao imperialismo epistemológico no campo das ciências sociais Vasconcelos afirma que

No debate interno mais recente do Marxismo [...] o imperialismo epistemológico ainda subsiste como resultado do que Laclau & Mouffe (1985) chamaram de “lógica essencialista”. Por meio dela uma aspiração monista, uma teoria considera-se onipotente para capturar a essência e todos os sentidos implícitos da história e dos fenômenos culturais e subjetivos, reduzindo toda a complexidade da

vida social e humana à dinâmica da esfera da produção, acumulação e das classes sociais, possibilitando inclusive reivindicar para a classe operária o *status* de sujeito universal da história, capaz de direcionar alternativas para todas as questões que afetam os seres humanos e o planeta (Vasconcelos, 2002, p.43).

E conclui, afirmando que as propostas interdisciplinares e transdisciplinares não devem se constituir a partir de referências teórico-metodológicas consideradas pertencentes ao campo do que chama de imperialismo epistemológico, e nela está incluído claramente o Marxismo.

Sobre a crítica ao Marxismo feita pelos defensores do pluralismo metodológico de que este seria o detentor da verdade e afirmaria que só há uma verdade - e identificamos esta crítica nas produções de Vasconcelos (2002), conforme já demonstramos - Tonet (2007) é claro ao dizer que não é o marxismo que detém a verdade sobre o objeto, mas é o objeto que tem uma lógica própria e cabe ao sujeito capturar a lógica do objeto. Nesse sentido, o método marxiano, entendido sob viés ontológico, seria a chave para o enfrentamento do ecletismo, dogmatismo e do relativismo, uma vez que seu fundamento está na objetividade e não na subjetividade, opondo-se ao pluralismo metodológico, que “na sua forma atual, expressa o mais completo extravio da razão, a forma mais refinada de impedir a correta interpretação do mundo” (Tonet, 2007, p.116).

A partir desses argumentos, Tonet (2007) demonstra que o pluralismo metodológico é um caminho equivocado e que, apesar de ser contra o dogmatismo, não deixa de ser uma forma de relativismo e de ecletismo, uma vez que seu fundamento está na subjetividade e não na objetividade. O referido autor afirma também que o pluralismo metodológico se apresenta como uma “solução inteiramente equivocada e anticientífica, [...] e contribui para fomentar o extravio da razão e por isso deve ser combatido sem tréguas, sem conciliação, sem meias medidas” (Tonet, 2007, p.117).

Assim, Tonet (2007), denunciando o falso argumento de caráter ontológico dos defensores do pluralismo metodológico, afirma

que este se assenta no empirismo que, por sua vez, rejeita a categoria da substância. Para o empirismo esta categoria não passa de especulação metafísica e, com isso, o objetivo da ciência é dizer como as coisas funcionam e não como as coisas são. Ao contrário do que de fato faz uma análise ontológica, para a qual a categoria substância é histórica e dinâmica, que possibilita compreender as coisas como elas são, ou seja, sua essência. Nessa perspectiva ontológica a substância, a essência

[...] é a práxis humana que, em última instância, resulta sempre da relação entre subjetividade e objetividade. [...] se a práxis humana é a substância universal do ser social, esta mesma práxis, sob a forma da relação capital-trabalho, é agora a substância do ser social na sua alteração essencial, o mundo será fundamentalmente o mesmo, não importa quantas e quão intensas tenham sido as mudanças, quão mais complexo, dinâmico, heterogêneo e multifacetado seja o seu estado atual. Aliás, esta relação entre essência e fenômeno é exatamente o que possibilita apreender a lógica das profundas transformações do mundo atual (Tonet, 2007, p.105)

Nesse sentido, enquanto não houver transformação na essência, na relação entre o capital e o trabalho, as mudanças na sua forma não alteram a questão. Assim, a fragmentação e heterogeneidade do mundo atual, que são citadas com intuito de demonstrar que este mundo não pode mais ser compreendido como uma totalidade, nos remetem a reafirmar a categoria da totalidade - compreendida como complexo de complexos -, uma vez que a fragmentação do mundo e sua complexidade são produtos da heterogeneidade e complexidade imanentes ao ser social. Entretanto, para apreensão dessa heterogeneidade e complexidade, numa perspectiva ontológica, é preciso dar conta da contraditoriedade e indissolubilidade entre a aparência e a essência. Assim, esta forma de apreender a realidade revela a essência que se encontra além da aparência, que se apresenta fragmentada, esfacelada.

A categoria totalidade, nunca fez parte da científicidade burguesa, como uma categoria central. Ao contrário, a fragmentação e o

isolamento das partes da realidade social sempre deram o tom ao pensamento científico burguês, dando origem às Ciências Sociais, inclusive. Dessa forma, a compreensão do mundo a partir do “paradigma” da científicidade burguesa esconde o essencial e revela a aparência dos fenômenos.

Com o estilhaçamento, com a fetichização do mundo elevada à enésima potência, a razão fenomênica, que já na sua origem estava orientada num sentido fragmentário, perdeu de vez todo e qualquer parâmetro objetivo, extraviou-se inteiramente e forceja por sair do labirinto do qual perdeu o fio da meada. Este forcejar se caracteriza pelo exacerbamento da autocentração subjetivista e tem como um dos seus resultados a produção em série de propostas metodológicas. (Tonet, 2007, p.107).

Segundo Tonet, o “Método Marxista”⁶⁷ inaugura um novo patamar de conhecimento que rompe com os padrões vigentes, restaurando um novo ponto de partida que é justamente seu caráter ontológico e histórico, como diz. Assim,

Marx repõe o ser, mas um ser integralmente histórico, como fundamento do conhecimento. E a práxis como categoria mediadora entre sujeito e objeto, superando, deste modo a permanente dualidade entre subjetividade e objetividade (Tonet, 2007, p.107).

Nesse sentido, concordamos com Tonet (2007) quando afirma que um dos desencontros entre teoria e método marxiano foi a perda do caráter ontológico da obra de Marx, que tem levado à redução da capacidade de apreender o movimento da realidade como uma totalidade.

O autor afirma que, como alternativa para o enfrentamento da crise das Ciências Sociais, os marxistas pegaram caminhos diferentes após a constatação de que o marxismo teria se tornado dogmático e insuficiente para entender a realidade. Segundo Tonet (2007), há

⁶⁷ Advertindo-nos para os diversos marxismos no campo das ciências sociais, afirma, contudo, que está se referindo ao método marxiano, e não às teorias marxistas (TONET, 2007, p.107).

aqueles marxistas que se aferram ao antigo dogmatismo, aqueles que disseram adeus ao marxismo e aqueles que se decidiram pelo pluralismo metodológico, com variações em relação à abertura para outros métodos. Para estes últimos, “o marxismo, então, é visto como via fecunda, fundamental, importante para as Ciências Sociais, desde que, evidentemente, se tenha tornado uma proposta “aberta e crítica”” (Tonet, 2007, p.109). No máximo, o marxismo é considerado uma dentre as várias propostas. Daí a possibilidade de métodos explicativos associados ao marxismo, a fim de enriquecer a compreensão e análise da realidade.

Quanto a esse aspecto, a construção da obra de Vasconcelos (2002) é exemplar, uma vez que nela, para apresentar seu construto acerca da interdisciplinaridade, o referido autor dialoga com pensadores de correntes teóricas distintas, por vezes divergentes, como Bachelard, Canguilhem, Derrida, Foucault, Kristeva, Lyotard, Barthes, Feyeranbend, Popper, Kuhn, Lakatos, Morin, Bourdieu, Adorno, Horkheimer, Thompson, Basaglia, Goffman, Guatarri, Deleuze, entre outros, apontando o que considera serem seus avanços e limites e se apropriando daquilo que lhe convence como sendo um caminho

[...] de como minar os sistemas e determinismos fechados, unidimensionais, para poder buscar as contribuições de pensadores preocupados com questões psicológicas, antropológicas, artísticas e culturais, sem produzir uma linearidade epistemológica e teórica homogeneizante, mas sem abandonar o debate ético e político, e colocando a negatividade, o paradoxo, o novo e a incerteza como forças vivas de crítica e do pensamento criativo (Vasconcelos, 2002, p.72).

Com isso, vimos que o recurso utilizado pelos defensores do pluralismo metodológico, conforme Tonet (2007), que é o discernimento do pesquisador, foi levado a cabo por Vasconcelos (2002). Assim, reforça-se a perspectiva de que o problema é examinado pelo ponto de vista do sujeito e não do objeto em si. Tais análises, segundo Tonet (2007), ganharam amplitude, naturalidade e inquestionabilidade, como se as explicações sobre a realidade social dependessem do ponto de vista de quem a interpreta, apenas; como

se a realidade, em si, fosse dotada de elementos variáveis de acordo com a perspectiva do sujeito e o objeto é tomado como algo secundário, cuja essência se revela para cada sujeito de uma forma diferente.

Segundo Tonet (2007), tanto marxistas quanto não-marxistas convergem em relação a essa perspectiva de análise gnosiológica, centrada no sujeito, cuja reflexão teórica constrói o objeto. Diferentemente da análise ontológica, que reconstrói o processo do objeto, que é historicamente dado, para a qual o saber tem como fundamento o ser e a verdade não é uma construção subjetiva, mas uma imposição do objeto - apesar do conhecimento dessa verdade ser sempre aproximativo, dado a infinitude desse objeto.

Assim,

[...] se as categorias do conhecimento não têm um estatuto ontológico, mas apenas lógico, se o objeto, em sua efetividade real, não é ao que se refere o conhecimento [...] então se comprehende facilmente e se pode justificar o pluralismo metodológico”. Neste caso, o método é uma construção da subjetividade (Tonet, 2007, p.110).

Apesar das análises críticas que tecemos, acreditamos que as propostas interdisciplinares para a saúde mental podem ser propostas de natureza crítica, progressista e democrática. Contudo, pensamos que tais propostas, a partir da incorporação do pluralismo metodológico, ao mesclar perspectivas teórico-metodológicas distintas e, por vezes, divergentes, e subtraírem o caráter histórico-ontológico do método marxista na sua capacidade de apreender o real a partir do objeto e não do sujeito, se colocam numa posição que dá ênfase às interpretações subjetivistas e, consequentemente, a criação de estratégias de trabalho nesta mesma direção.

A organização do trabalho na saúde mental, a partir das chamadas equipes inter/transdisciplinares e centrada no “Técnico de Referência”, conforme demonstramos no segundo capítulo, seção 2.3, impõe aos profissionais diversas demandas e funções que extrapolam o seu cabedal de conhecimentos. Vimos que esta forma e organização

assentada numa determinada perspectiva de trabalho interdisciplinar, dita plural, tem homogeneizado o trabalho exercido nos serviços de saúde mental – sob o discurso de que “todos” são trabalhadores da saúde mental e, por isso, “todos” devem fazer de tudo. A nosso ver, esta homogeneização tem obscurecido a real natureza das dificuldades vivenciadas pelos Assistentes Sociais, fazendo com que acreditem que o que lhes falta para uma intervenção qualificada na saúde mental seja uma gama de conhecimentos específicos em psicanálise e psicopatologia, por exemplo.

Assim, consideramos que a proposta de trabalho inter/transdisciplinar da saúde mental, a nosso ver, tendo como substrato teórico-metodológico o pluralismo metodológico – que mais se assemelha ao ecletismo do que ao pluralismo científico –, apresenta fragilidades e limites, tendo em vista que esse substrato é produto da onda pós-moderna, donde verifica-se o aprofundamento da crítica epistemológica ao marxismo, no campo das Ciências Sociais, cujo horizonte é o neoconservadorismo profissional. O que tem impactado no âmbito específico da saúde mental, conforme demonstramos e tem refletido no trabalho do Assistente Social.

Assim, defendemos que essa proposta de trabalho inter/transdisciplinar, implícita na organização do trabalho das equipes dos CAPSIII/CERSAMs, mascara a real situação dos serviços de saúde mental pesquisados que, sob o discurso de um trabalho inter/transdisciplinar, tem colaborado para acirrar a precarização das condições de trabalho dos Assistentes Sociais e dos outros técnicos envolvidos, bem como não tem posto em evidência o caráter de flexibilização contido na forma de organização do trabalho adotado e suas consequências para os profissionais envolvidos e para os usuários dos serviços. Conforme indicamos anteriormente, acreditamos que essa flexibilização da organização do trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs atende mais aos interesses do mercado em abstrair as especializações profissionais do que à necessidade de construção de um trabalho de fato interdisciplinar. Assim, essa necessidade do mercado se expressa na tendência à descaracterização e à desespecializa-

ção profissional, que podem levar ao distanciamento de seus respectivos órgãos de representação e de suas possíveis formas de organização e luta política, bem como à desregulamentação em torno do trabalho protegido. Essa forma de trabalho tem colocado uma sombra sobre a realidade dos serviços de saúde mental gerando, a nosso ver, mais confusão entre os técnicos e usuários, do que descortinando possibilidades de trabalho críticas e criativas.

Estamos convencidos de que o resultado da proposta de trabalho inter/transdisciplinar na saúde mental, a partir dos serviços pesquisados, demonstra, tendencialmente, o ecletismo. A nosso ver, isso traz sérias implicações para o Serviço Social na saúde mental, tais como: o distanciamento entre a atividade desenvolvida e o significado social da profissão; o conflito vivenciado pelos profissionais em relação ao Serviço Social na saúde mental; e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Defendemos que a organização do trabalho das equipes inter/transdisciplinares dos CAPSIII/CERSAMs, centrado na atuação genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, e ancorado nos fundamentos expostos neste capítulo tem “embaçado” a visão dos Assistentes Sociais, deixando-os confusos ou fazendo com que acreditem que a “saída” para o enfrentamento das dificuldades seja pela via da capacitação em psicanálise e psicopatologia, por exemplo.

Acreditamos que esses elementos têm demonstrado, na superfície dos fatos, certa confusão sentida por parte dos Assistentes Sociais em relação ao seu trabalho na saúde mental, gerando alguns conflitos, algumas angústias, dúvidas, incertezas e a sensação (ou constatação) de falta de qualificação profissional para atuarem nos serviços de saúde mental; bem como têm contribuído para ofuscar a compreensão em relação ao Serviço Social do Assistente Social na saúde mental, seus reais desafios e suas reais possibilidades.

Nesta seção, percorremos um caminho “por dentro” do âmbito da saúde mental e a partir dele pudemos ter mais clareza sobre o que, a nosso ver, está implícito na organização do trabalho das

equipes interprofissionais no âmbito dos serviços pesquisados e como isso se reflete no trabalho dos Assistentes Sociais.

Contudo, acreditamos que essa “visão embaçada” dos Assistentes Sociais em relação à realidade não é determinada exclusivamente pelo ecletismo que identificamos na proposta de trabalho interprofissional da saúde mental, sob o implícito fundamento do pluralismo metodológico. Acreditamos que essa “visão embaçada” esteja diretamente relacionada à questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais. Por isso, no próximo capítulo buscaremos apreender se os Assistentes Sociais demonstraram incorporação ou não do pensamento crítico-dialético e se isso viabiliza ou não numa intervenção profissional afinada com a direção social crítica assumida por parte significativa da categoria.

3.

O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSIII/CERSAMs E A QUESTÃO DA INCORPORAÇÃO DO PENSAMENTO CRÍTICO-DIALÉTICO

Nos dois capítulos anteriores, pudemos apresentar alguns elementos capturados pela pesquisa empírica, realizada junto aos Assistentes Sociais que atuam nos CAPSIII/CERSAMs, que nos aproximaram da compreensão que estes profissionais têm acerca do trabalho que vêm realizando nos referidos serviços. Com isso, pudemos desvendar a orientação teórico-metodológica que tem fundamentado, predominantemente, a construção do trabalho em equipe nos CAPSIII/CERSAMs. Neste processo, consideramos ter feito uma incursão “por dentro” do âmbito da saúde mental, trazendo à tona alguns determinantes para o trabalho profissional, considerados por nós, inerentes a este âmbito de atuação.

Agora, neste capítulo, faremos uma incursão “por dentro” do Serviço Social, tendo em vista apreendermos se os Assistentes Sociais demonstraram incorporação ou não do pensamento crítico-dialético e se isso viabiliza ou não numa intervenção profissional afinada com a direção social assumida por parte significativa da categoria, a partir da vertente de inspiração mais crítica do Movimento de Reconcepção do Serviço Social brasileiro - a intenção de ruptura com o tradicionalismo profissional. Sem, contudo, deixarmos de lado os outros elementos capturados pela pesquisa empírica que, conforme já demonstramos, articulados dialeticamente, configuram, limitam e tensionam o trabalho e seu resultado, bem como apresentam as possibilidades de uma intervenção crítica.

Com vistas a uma aproximação mais direta e objetiva em relação à questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais que trabalham nos CAPSIII/CERSAMs, em Minas Gerais, durante as entrevistas junto aos referidos profissionais,

questionamos o que pensavam sobre: as práticas terapêuticas e o Serviço Social; a possível relação entre a Reforma Psiquiátrica e o atual Projeto Profissional do Serviço Social; a formação acadêmica e o trabalho profissional; e o marxismo e o trabalho do Assistente Social. Dissemos que essa foi uma abordagem direta e específica acerca da questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais, uma vez que essa questão esteve presente de forma subliminar em todo processo da entrevista, bem como da nossa análise e problematização em relação aos elementos capturados a partir das entrevistas. Contudo, neste capítulo, a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos referidos profissionais aparece mais explicitamente.

A análise feita até esse momento nos levou a identificar existência de um conflito entre as requisições institucionais e as competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas conferidas ao Assistente Social, a partir de uma formação acadêmica afinada com o atual Projeto Profissional do Serviço Social. Tal conflito se manifesta a partir das exigências postas pela função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, conforme tem sido apresentado e problematizado nos capítulos anteriores.

A nosso ver, o trabalho do Assistente Social se dá na interseção existente entre o *locus* onde esse trabalho se realiza e as suas devidas competências profissionais e será sempre mediado, pela orientação teórico-metodológica e ideo-política implícita ou explícita nos serviços e/ou políticas sociais; pelas condições objetivas e materiais da realidade em que se encontram os serviços e os profissionais; e pela condição de trabalhador assalariado do Assistente Social, inserido no universo do valor. Pois, conforme Iamamoto (2005),

Não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da sua atuação profissional (Iamamoto, 2005, p. 79).

A partir desta lógica de raciocínio, buscamos demonstrar que uma análise do trabalho do Assistente Social deve levar em conta tanto as particularidades do *locus* onde esse trabalho se realiza (organização do trabalho, determinações ministeriais, influências teórico-políticas), como as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativas do profissional, que articuladas configuram as possibilidades e os limites de construção de um trabalho nos rumos aludidos pelo atual Projeto Profissional do Serviço Social.

Mesmo que tenhamos conhecimento e concordância em relação à resolução do CFESS Nº 569/2010, de 25 de março de 2010 (CFESS, 2010b), que veda realizações de terapias associadas ao título e ao exercício profissional do Assistente Social, acreditávamos ser de suma importância o conhecimento sobre **o que os Assistentes Sociais pensavam em relação às práticas terapêuticas e o Serviço Social**, uma vez que esta questão tem relação direta com nosso objeto de estudo.

A realização de ações de cunho subjetivista e terapêutico surgiu ao longo das entrevistas como algo presente no trabalho dos Assistentes Sociais dos CAPSIII/CERSAMs, como ações inerentes à função da referência técnica que tem sido posta pelas instituições como uma determinação do trabalho na saúde mental. Tais ações apresentaram-se como prioridade do trabalho realizado pelos Assistente Sociais como “Técnicos de Referência”, por vezes, sobrepondo-se à necessidade de realização de um trabalho de enfrentamento das expressões da “questão social”, manifestas nos serviços de saúde mental. Dessa forma, a dimensão da vida material e objetiva dos usuários da saúde mental, conforme a pesquisa demonstrou, parece estar ocupando lugar secundário neste trabalho.

Dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, apenas 04 demonstraram ter a compreensão e o conhecimento de que as práticas terapêuticas não fazem parte das competências do Assistente Social, tampouco de suas atribuições privativas, e são muito claros, ao longo de suas entrevistas, afirmando que não fazem terapia com os

usuários. Desses 04, apenas um deles se contradiz em relação a essa questão, afirmando que não faz terapia junto aos usuários, que é Assistente Social e não se coloca no lugar de terapeuta, ao mesmo tempo diz, por exemplo, que

“Eu me coloco no lugar de uma Assistente Social que faço uma escuta e que através dessa escuta eu tento **reorganizar o mundo psíquico** daquela pessoa e o mundo da vida dele, do cotidiano da vida dele. Para fazer então o projeto terapêutico dele. Eu acho que as práticas terapêuticas são específicas do psicólogo”.⁶⁸

Os outros 07 Assistentes Sociais, demonstram que as demandas por intervenções terapêuticas fazem parte do seu trabalho, de acordo com aquilo que é esperado da função do “Técnico de Referência, apesar de reconhecerem que não possuem qualificação para tal, a partir da graduação em Serviço Social. Destes 07 Assistentes Sociais, apenas 01 ainda se questiona sobre o que as práticas terapêuticas têm a ver com o Serviço Social, e diz: “Eu me pergunto: eu me formei em Serviço social, mas o que isso tem a ver com o Serviço Social? É uma coisa que, praticamente, todos fazem, desde o Terapeuta Ocupacional, os Psicólogos até o Assistente Social”. Este mesmo profissional, em outro momento da entrevista, afirma: “eu poderia ter feito terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, porque é tudo mesma coisa”, demonstrando que a formação acadêmica de cada técnico faz pouca ou nenhuma diferença quando a atuação nos CAPSIII/CERSAMs deve se dar a partir da função do “Técnico de Referência”.

Sabemos que é muito comum entre os profissionais - talvez pela falta de clareza acerca das particularidades do trabalho do Assistente Social em determinados âmbitos de atuação - certa confusão em relação ao âmbito da ação, o *locus* onde o trabalho se realiza (determinada política social e seus instrumentos técnico-operativos, por exemplo) e o trabalho do Assistente Social. Vimos que essa é uma

⁶⁸ Este mesmo profissional afirma usar a “psicanálise através da sutileza... não as questões da psicologia, mas da psicanálise”.

evidência encontrada no trabalho realizado pelos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs de Minas Gerais. Esta ausência de distinção, a nosso ver, tem levado os profissionais ao equívoco de optarem pela orientação teórico-metodológica da política social na qual estão inseridos, a adotarem os instrumentais técnico-operativos mais utilizados nesta, bem como construírem seu trabalho apenas a partir dos manuais ou das diretrizes de tal política, sem se posicionarem a partir de todo acúmulo teórico-metodológico e ético-político do Serviço Social. Ou seja, a profissão em vez de atuar nas políticas sociais está submetida a elas.

Conforme pudemos verificar a partir dos dados obtido pela pesquisa realizada, isto vem ocorrendo, sobremaneira, em relação à subsunção do trabalho do Assistente Social à função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência” nos CAPSIII/CERSAMs. As consequências desse modo de pensar o trabalho é a descaracterização do Serviço Social e sua equalização – em termos de ações imediatas – às outras profissões.

Ilustração acerca desse equívoco pode ser encontrada também no trabalho realizado pela Comissão de Fiscalização (COFI) do CRESS 7^a Região, junto aos Assistentes Sociais atuantes no âmbito empresarial, no ano de 1998 (CFESS, 2012, p.62). O trabalho realizado pela COFI identificou que o fato de os profissionais passarem a atuar em projetos mais amplos, de caráter interprofissional, seja na execução direta desses projetos, seja nos níveis de assessoria e consultoria interna, planejamento, coordenação e representação, fazem com que os Assistentes Sociais, frequentemente, não reconheçam seus objetos de estudo, trabalho e as funções que exercem como matéria do Serviço Social e atribuições do Assistente Social. O que muitas vezes tem levado à identificação dos profissionais com os cargos nomeados pelas organizações como os de “Técnico de Referência”, ao não reconhecimento da atuação profissional como Assistentes Sociais e até à reivindicação para desvinculação dos conselhos profissionais, como se a atribuição determinada pelo empregador que definisse a qualificação profissional, as competências e atribuições que são ine-

rentes à atuação profissional do Assistente Social e não sua formação universitária e suas atribuições e competências reguladas pela Lei N° 8.662/1993.

Por isso, faz-se necessário desvelar o âmbito da ação (conforme fizemos no capítulo anterior, com o que consideramos ser uma incursão “por dentro” da saúde mental) e o trabalho profissional em si, para posteriormente identificarmos a interseção que há nessa relação, uma vez que não há trabalho profissional que se construa independente do *locus* institucional, bem como a instituição não possui autonomia para definir as competências e atribuições, independentemente da qualificação acadêmica de cada profissional. Consideramos que essa distinção é difícil de ser feita, porém é extremamente necessária, pois é a partir dela que podemos refletir sobre e construir o trabalho do Assistente Social na perspectiva da totalidade das relações sociais, em oposição à necessidade explicitada pelos profissionais e por pesquisadores da área de criação de especificidades profissionais para cada âmbito de atuação.

Particularmente, no âmbito da saúde mental esta questão aparece relacionada à argumentação de que na história do Serviço Social, como diz Bisneto (2009, p.21), a psiquiatria nunca se constituiu num “campo de atuação separado no Serviço Social”, ou, como diz o referido autor, que muitos Assistentes Sociais se sentem com poucos alicerces metodológicos para o trabalho na saúde mental - o que seria um problema de natureza teórico-prática do Serviço Social (Bisneto, 2009, p.17). De modo geral, parte dos Assistentes Sociais que participaram dessa pesquisa parecem caminhar nessa direção também ao se referirem à pouca interlocução entre a formação acadêmica do Assistente Social e as demandas postas nos atuais serviços no âmbito da política de saúde mental.

Na direção de nos aproximarmos cada vez mais da perspectiva dos profissionais acerca do seu trabalho na saúde mental, a fim de atingirmos nossos objetivos, indagamos aos Assistentes Sociais se identificavam alguma **relação entre a Reforma Psiquiátrica e o atual Projeto Profissional do Serviço Social**, mesmo que tenhamos

conhecimento das semelhanças e dessemelhanças entre ambos, uma vez que ambos aportam um viés progressista, de defesa da cidadania e da democracia, apesar de apresentarem diferenças em relação ao projeto societário que vislumbram. Diante do questionamento, todos os Assistentes Sociais afirmaram haver relação entre ambos. Entretanto, 06 Assistentes Sociais conseguiram explicitar claramente o que pensavam a respeito da seguinte forma:

“Houve um avanço com a Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo comunitário, humanizado. Por isso, a necessidade da reinserção sócio-familiar e comunitária, no trabalho, na vida social de modo geral, que não foi feita e precisa ser feita. O Assistente Social tem condição de tomar a frente desse trabalho, porque isso é intrínseco à profissão, ao Serviço Social. Podendo, com isso, o Assistente Social tornar-se protagonista nos serviços de saúde mental.”

“Humanização do atendimento, participação da família no tratamento, autonomia dentro do território, a busca dos direitos.⁶⁹”

“A gente trabalha muito com essa questão da emancipação mesmo do indivíduo e a Reforma Psiquiátrica tá nisso. A gente quer emancipar o paciente, ser sujeito da sua história.”

“A Reforma Psiquiátrica com tudo aquilo que ela traz de ideal, de cidadania, de ter uma perspectiva mais voltada para o direito do usuário. Essa quebra do preconceito do silenciamento do louco durante muitos anos. Essa proposta da reforma de dar voz ao usuário, de fazer um atendimento de maior qualidade e maior vínculo com a realidade do sujeito que é a família, o território e a comunidade onde ele vive.”

“Tudo a ver [...] eles falam da democracia, da garantia de direitos, da pluralidade, da equidade e da justiça social.”

⁶⁹ Esse entrevistado, referindo-se à sua dificuldade em ter clareza quanto à atuação do Assistente Social como Técnico de Referência, afirma que em relação ao “projeto do Serviço Social dentro da Reforma” ele consegue ter mais clareza do que deveria ser a atuação do Assistente Social na saúde mental, ao contrário do que afirma em relação à sua atuação como Técnico de Referência.

“O Assistente Social deveria ter muito mais ênfase dentro dessa nova proposta da Reforma. Mas, ele perdeu espaço que era para ter ganho.⁷⁰”

Desses 06 Assistentes Sociais, 03 expressaram que a atuação do Assistente Social deveria ter mais “ênfase” nos serviços de saúde mental; afirmaram que este profissional, devido às suas competências poderia ser mais “explorado” (melhor aproveitado). Eles acreditam que o Assistente Social poderia se tornar protagonista nos serviços de saúde mental, a partir das possibilidades de trabalho contidas nos atuais serviços. No entanto, não é essa a realidade em que se encontra o Serviço Social nos serviços de saúde mental pesquisados, como vimos até agora. Isto tem se dado em função da organização do trabalho inter/transdisciplinar, centrado na função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, a partir da qual o Assistente Social tem deixado de realizar uma série de atividades para as quais possui competência teórico-metodológica e técnico-operativa, em nome de um trabalho inter/transdisciplinar, que mais homogeneiza as especialidades profissionais do que possibilita uma reconstrução dialética do objeto.

De acordo com os relatos, parece haver certa concordância entre os profissionais de que há afinidades entre os projetos da Reforma Psiquiátrica e o atual Projeto Profissional do Serviço Social. No entanto, a forma como os serviços estão organizados - tendo como centralidade a função de “Técnico de Referência”, em sobreposição ao estatuto profissional de cada técnico, conforme demonstramos e problematizamos, no segundo capítulo -, tem levado a algumas dificuldades encontradas pelos Assistentes Sociais na consecução do seu trabalho, restringindo-o às funções genéricas do “Técnico Referência” que, a nosso ver tem obstaculizado e limitado as possibilidades de intervenção dos Assistentes Sociais afinadas com o atual Projeto Profissional do Serviço Social.

⁷⁰ Refere-se a essa forma de organização dos serviços a partir do Técnico de Referência, e afirma que o trabalho como Assistente Social não vem sendo feito, uma vez que “os assistentes sociais não estão podendo ser assistentes sociais”, tendo que ser Técnicos de Referência.

Outro aspecto abordado junto aos Assistentes Sociais refere-se à **relação entre a formação acadêmica e o trabalho profissional**. Segundo 08 Assistentes Sociais entrevistados, entre as disciplinas da graduação que tiveram as quais teriam maior relação com o seu trabalho profissional, foram as seguintes: Psicologia; Psicologia social I e II; Filosofia (“que discutia fenomenologia, psicanálise”); Psicanálise, Psicologia I, II, III e IV Psicologia social (“apesar de eu não atuar nessa linha”); estágio e metodologia (instrumentalidade). Desses 08 profissionais, 01 relata sentir necessidade de um espaço maior na formação em Serviço Social para projeto terapêutico singular, para a discussão sobre psicose e neurose. Outro diz ter buscado elementos para sua intervenção na saúde mental nas produções da Balbina Ottoni Vieira e reclama a ausência de produções teóricas do que considera que seria “um Serviço Social especializado na saúde mental”, cujos conhecimentos necessários seriam, segundo o mesmo, em “psicopatologia, teorias da parte da psicanálise, da formação do conhecimento da *psique*, a forma como o sujeito traz a história dele, o surto dele”.

Um dos 08 Assistentes Sociais diz que buscou esses conhecimentos de psicopatologia “não para fazer terapia, mas para conhecer, a psicopatologia” e afirma que se o Serviço Social tivesse a disciplina de psicopatologia em sua formação, o Assistente Social estaria mais qualificado para intervir junto à família dos usuários, a fim de fazer o acompanhamento dos mesmos e ter condições de diagnosticá-los. Contudo, afirma que o objetivo em ter conhecimento em Psicopatologia não seria a realização de terapia.

Outros 02 Assistentes Sociais reiteram que sua formação em Serviço Social não ofereceu elementos para intervir junto a determinadas demandas na saúde mental, e reivindicam conhecimento em psicopatologia e psicanálise. No entanto, dizem também que não sabem se esse é um conteúdo que deveriam ter acesso na graduação, porque é muito específico, ou se seria um conteúdo cujo conhecimento deva ser buscado posteriormente à graduação, através de uma especialização, por exemplo. Assim, mesmo que estes

profissionais acreditam que esta não seja uma competência que deva ser adquirida a partir da graduação, para eles, ela é necessária e deve ser buscada posteriormente à graduação, para uma intervenção qualificada na saúde mental.

Segundo os outros 03 Assistentes Sociais, a qualificação profissional que o Assistente Social tem a partir da graduação em Serviço Social não está sendo devidamente utilizada para o trabalho na saúde mental, como demonstram os seguintes depoimentos referentes a cada um dos 03 profissionais mencionados:

“A forma como o trabalho está organizado hoje não demanda conhecimentos específicos [do Serviço Social] e o que você tem de conhecimento você não pode colocar em prática”.

“Nas outras áreas que eu trabalhei eu vejo relação [entre formação e exercício profissional], mas na saúde mental eu não vejo não. Fora [a discussão da] instrumentalidade e alguma disciplina sobre família, talvez, eu não vejo que as outras contribuem tanto não.”

“[Na graduação] tem que ter um pouco de psicopatologia e política pública, um pouco mais de clínica. E tínhamos pouco psicanálise, também.”

Assim, seja pelo fato de pensarem que poucas disciplinas da graduação têm relação com o trabalho demandado ao Assistente Social na saúde mental (com a ressalva de que as disciplinas explicitadas por 08 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados remetem ao campo da psicologia e não do Serviço Social), seja pelo fato de entenderem que a formação acadêmica do Assistente Social está sendo pouco utilizada nos CAPSIII/CERSAMs, como dizem, todos relatam certo distanciamento entre formação acadêmica e o trabalho que vem sendo realizado pelos Assistentes Sociais na saúde mental, diante daquilo que vem sendo demandado pelas instituições aos profissionais. Estamos de acordo com Robaína (2010, p.343) que “há que se distinguir o campo do modelo”, ou seja, o campo da saúde mental apresenta questões e demandas afetas à assistência, à moradia, ao trabalho, à cidadania, etc., conforme reconhecem os Assistentes Sociais. Contudo,

do, o modelo de atendimento psicossocial, centrado na figura do “Técnico de Referência”, conforme temos demonstrado a partir dos elementos capturados a partir das entrevistas realizadas junto aos Assistentes Sociais, atribui ao Assistente Social funções de cunho individualizante, subjetivista e clínico. Assim, a necessidade da formação complementar em psicanálise e/ou psicopatologia relatada significativamente pelos profissionais entrevistados, está associada às demandas oriundas da organização do trabalho em equipes inter/transdisciplinares, centrada nas funções genéricas e inespecíficas “Técnico de Referência” e, não diretamente, às demandas ao Serviço Social que se fazem presentes no âmbito dos serviços de saúde mental pesquisados.

Finalmente, questionamos aos Assistentes Sociais entrevistados se utilizavam algum **método para apreensão da realidade social no seu trabalho na nos serviços de saúde mental**. Dos 11 Assistentes Sociais, apenas 03 afirmaram lançar mão do marxismo, como método de apreensão da realidade social; 01 informou usar a psicanálise e a fenomenologia, 01 mencionou a teoria sistêmica e confundiu os instrumentos da intervenção profissional, como: escuta, visita domiciliar, abordagem familiar e entrevista, com método de apreensão da realidade; e, entre os outros 06 Assistentes Sociais, 05 informaram não utilizarem método algum e 01 não soube responder a esta questão.

Os relatos evidenciaram que entre os 03 Assistentes Sociais que informaram a utilização do marxismo, 02 não tem dúvidas sobre a relação do marxismo com o Serviço social, 01 deles afirma: “saímos marxistas e vamos morrer marxistas. Quem se diz ex-marxista é porque não aprendeu o que é”. O outro Assistente Social afirmou categoricamente que associa o marxismo a outros métodos ou teorias, por pensar que o marxismo sozinho não é capaz de dar conta da complexidade que é o objeto da saúde mental, que traz consigo a questão da subjetividade, por exemplo. A fala desse Assistente Social, a nosso ver, expressa a crítica pós-moderna à suposta insuficiência do marxismo de oferecer subsídios para análise da realidade social, a qual

teria se tornado complexa demais para que pudesse ser conhecida em sua totalidade, a partir de uma única matriz teórica.

Pudemos verificar que esta suposta insuficiência do marxismo em apreender a totalidade da realidade social desdobrou-se na utilização do chamado pluralismo metodológico, como estratégia de utilização de diversas matrizes teóricas para compreensão de determinados “fenômenos” sociais, como a loucura, por exemplo, e que tem sido uma das fundamentações teóricas preponderantes na discussão da interdisciplinaridade no campo da saúde mental. Segundo os defensores do pluralismo metodológico, a utilização de distintas matrizes teóricas nada tem a ver com ecletismo, uma vez que, cabe ao investigador saber manusear os diferentes métodos e as teorias de acordo com a necessidadeposta, a fim de garantir uma compreensão plural da realidade social, conforme apresentamos e problematizamos no terceiro capítulo, seção 3.6.

Na direção de capturarmos **a perspectiva dos Assistentes Sociais em relação ao marxismo**, questionamos o que pensavam a respeito desta matriz teórica, como método de apreensão da realidade social e sua relação com o trabalho do Assistente Social na saúde mental. Entre os 11 Assistentes Sociais entrevistados, 04 disseram não reconhecer nenhuma relação do marxismo com seu trabalho na saúde mental; desses, 01 se refere ao marxismo como uma teoria dura e outro como uma teoria maçante, que não é enriquecedora para a prática.

Apenas 02 profissionais não deixaram dúvidas sobre sua perspectiva teórico-metodológica ser o marxismo. Um deles afirma que

“Ele [o marxismo] é o mais próximo da realidade concreta. Ele me dá um leque de possibilidades que me faz cruzar um analisador de dados da questão do desemprego, da desigualdade social, estupro, negligência familiar. Ele me dá uma análise das mazelas e me dá resposta para essas mazelas. Como que eu vou trabalhar com a emancipação do sujeito na saúde mental e deixar o esgoto lá na porta dele? O marxismo me permite questionar a política pública. Ele me permite, na saúde mental, fazer a rede.”

O depoimento deste profissional indica outras possibilidades de construção e condução do trabalho do Assistente Social na saúde mental como “Técnico de Referência”, diferentemente daquela que vem sendo realizada pela maioria dos Assistentes Sociais. O que nos remete a inferir que a incorporação do pensamento crítico-dialético, em última instância, determina a forma como os profissionais constroem seu trabalho e enfrentam as exigências e os desafios que lhes são dirigidos.

Por outro lado, 04 Assistentes Sociais entrevistados, que correspondem aproximadamente à metade dos entrevistados, apenas depois que nos referimos ao marxismo, reconheceram alguma relação do marxismo com o trabalho na saúde mental, afirmaram:

“[...] eu acho que é principal teórico do Serviço Social mesmo, eu acho que está bem dentro dessas diferenças, da luta de classes, dessa luta social que existe mesmo. Ele [o marxismo] está o tempo todo aí, mas *a gente esquece que há uma teoria pra isso*, mas ela está aí o tempo todo, mas a gente não recorre a ela porque esquece que existe teoria. *A enxurrada de demandas leva ao automatismo*, roubando tempo do estudo e *vai pelo achismo*, mesmo.⁷¹”

“Além do marxismo, o pensamento do Foucault, eu acho que me ajuda nessa parte micro da coisa, dos micropoderes e às vezes eu acho que o marxismo fica numa parte muito generalista e dele não considerar muito a parte subjetiva, dele ficar muito vinculado a parte objetiva e a subjetiva ficar desconsiderada. Eu acho que isso perde um pouco de elementos de outra teoria que acrescentaria ao marxismo.”

“Eu acho que é a base, né? A teoria marxiana, não o marxismo. Se você pega a base fica mais fácil para você ensinar, aprender.⁷²”

“Eu acho que é a nossa base. Eu falei que não estava lembrando de nada, eu lembrei agora. Acho que o marxismo é a base mesmo.

⁷¹ Nesse sentido o imediato prevalece e, nesse caso, o imediato é a crise e, para dar conta das demandas do imediato, buscam-se conhecimentos que estão localizados no campo da psique, ou seja, conhecimentos de psicanálise e psicopatologia.

⁷² Para ele o conhecimento adquirido a partir da teoria marxiana, como diz, possibilita enxergar as relações de poder dentro da equipe, entender essas relações de poder e isso possibilita aos Assistentes Sociais saberem como se colocar diante dos técnicos.

Trabalhar a justiça social, o lugar do indivíduo, acima do lugar do capital. Acho que na prática, como sistema de governo não funciona, mas funciona como ideologia para você seguir. Estou lembrando também da questão fenomenológica, de deixar seus preconceitos, de ser imparcial nos atendimentos. Acho que a formação do Serviço Social sai do senso comum.”

Dessa maneira, a partir de uma abordagem mais direta e específica acerca da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais, pudemos verificar que uma minoria (3), diz que lança mão do marxismo como método para a apreensão da realidade social. Contudo, entre os 03 entrevistados que afirmaram usar o marxismo como método de apreensão da realidade social, um afirmou que esse método não se constitui o único adotado, convivendo ao lado da psicanálise e da fenomenologia, por exemplo, que configuraram aportes teórico-metodológicos não afinados com a atual direção social assumida pela categoria profissional e que não expressaram seu arcabouço teórico-metodológico, ético-político, técnico-operativo. Os outros profissionais que se “lembaram” do marxismo após nosso questionamento, expressam certa fragilidade a este pensamento, dizendo que “esquecem que há teoria para isso”, ou que o marxismo é muito generalista e não dá conta da subjetividade e deve ser associado a outros métodos como a fenomenologia, ou a outras teorias como a dos micropoderes de Foucault.

Entendemos que esta abordagem direta acerca da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético vem somar e reforçar os elementos abordados antes e demonstrados na forma como os profissionais têm se posicionado perante as requisições institucionais; como diante das dificuldades de discernimento em relação ao mandato social do Serviço Social e o lugar que vêm ocupando no interior das equipes interprofissionais. Por isso, entendemos que esse conflito entre as demandas institucionais e as competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas do Assistente Social nos CAP-SIII/CERSAMs, em última instância, tem relação com a questão da

não incorporação do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais.

No segundo capítulo, seção 2.2, dissemos que foi uma surpresa para nós a afirmação de todos os Assistentes Sociais sobre a inexistência de sujeitos atendidos pelo Serviço Social nos CAPSIII/CERSAMs. Segundo os relatos, o que há são usuários dos serviços que são atendidos e acompanhados por todos os profissionais a partir das funções que devem ser desempenhadas pelos “Técnicos de Referência”. Tal fato nos levou às discussões anteriores sobre as imbricações existentes entre o trabalho do Assistente Social nos CAPSIII/CERSAMs e a função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência” e sobre a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental e seus fundamentos. A compreensão desses nexos nos ajudou a problematizar as particularidades do trabalho do Assistente Social nos serviços pesquisados, revelando alguns determinantes do seu resultado que estão relacionados a discussões mais específicas do campo da saúde mental.

No entanto, foi uma segunda surpresa para nós o fato dessa lógica do “Técnico de Referência” estar impregnada nas exposições dos Assistentes Sociais e ter sido incorporada pelos mesmos sem muita crítica - apesar da resistência que afirmaram ter no início do trabalho -, sendo difícil para alguns profissionais conseguir estabelecer as diferenças entre as funções que deveriam desempenhar como Assistentes Sociais e aquelas como “Técnico de Referência”, bem como identificar seus limites, suas dificuldades. Inclusive, sendo difícil, também, para alguns, entender o que de fato acontece nessa imbricação de funções, gerando conflitos e angústias em relação ao trabalho do Assistente Social na saúde mental. Como se o problema estivesse relacionado à falta de clareza em relação ao trabalho do Assistente Social, ou à formação acadêmica insuficiente para a intervenção neste âmbito de atuação e não àquela organização do trabalho que suprime as particularidades profissionais em nome de um trabalho supostamente interdisciplinar, conforme demonstramos e problematizamos no terceiro capítulo.

Conforme pudemos apresentar e problematizar no terceiro capítulo, a concepção de trabalho interdisciplinar na saúde mental está mais próxima a um suposto trabalho transdisciplinar, camuflado pela função da referência técnica, que mais tende a homogeneizar as profissões, do que possibilitar uma compreensão de trabalho interdisciplinar, que recorre aos diversos conhecimentos profissionais com vistas à construção de um conhecimento dialético sobre o objeto. Assim, essa perspectiva de trabalho, somada a certa fragilidade de posicionamento crítico dos Assistentes Sociais em relação a tal suposição de trabalho e a não incorporação do pensamento crítico-dialético pela maioria, a nosso ver, tem levado a uma descaracterização do trabalho dos Assistentes Sociais na saúde mental, a partir do acúmulo teórico-metodológico e ideo-político da profissão, que expressa a direção social assumida por parcela significativa da categoria cuja fundamentação teórica é o marxismo.

O relato de um dos Assistentes Sociais exemplifica essa observação que fazemos, quando afirma que,

“Acaba misturando o papel do Técnico de Referência com o do Assistente Social. E isso me deixa angustiado às vezes, porque não está tão claro [e] todos acabam desenvolvendo essa condição de atender, de escutar, de fazer um atendimento psicoterapêutico.”

Este profissional completa seu pensamento afirmando que as demandas do Serviço Social ficam “escondidas e engolidas” pelas outras demandas do serviço, sendo que essas “outras” demandas são aquelas destinadas ao “Técnico de Referência”. Diz, ainda, que sente a necessidade de compreender de forma mais clara “o papel do Serviço Social dentro do serviço”.

No entanto, o que pudemos perceber, a partir da análise das entrevistas, é que parte das dúvidas, das dificuldades e dos problemas relatados pelos profissionais entrevistados, são decorrentes da forma de organização do trabalho em equipe dos serviços, centrada na figura do “Técnico de Referência”, como observamos e demonstramos. No entanto, esta função demanda determinados conhecimentos teóricos e

técnicos que extrapolam suas competências profissionais, como por exemplo, a necessidade que, 08 dos 11 Assistentes Sociais entrevistados, apontaram de terem de estudar psicanálise e psicopatologia para se sentirem com competência para realizar o trabalho como “Técnicos de Referência”.

Por outro lado, a posição de um dos Assistentes Sociais que disse ser o marxismo seu aporte teórico-metodológico para a intervenção na saúde mental, demarca outra possibilidade de trabalho como “Técnico de Referência”, sem se distanciar do acúmulo teórico-metodológico da profissão, que sedimentou as competências e as atribuições privativas do Assistente Social, constantes na legislação profissional em vigor:

“O Técnico de Referência é a pessoa que vai gerar cidadania para o sujeito e gerar cidadania parte do princípio, como diz Marilda Iamamoto, parte da questão da linguagem e do conhecimento. Eu preciso conhecer integralmente o “pacote” que me chega desse sujeito. Eu preciso saber da história de vida dele, da história familiar. Conhecendo esse sujeito profundamente eu vou utilizar da minha linguagem para contribuir para que esse sujeito transite em todos os lugares e acerte melhor... Como que ele vai ser atendido numa UBS? Como que ele vai buscar um acompanhamento psicoterápico numa UBS? Como que ele vai fazer um exame de sangue? Como que ele vai brigar para pegar um medicamento que está faltando e é direito dele? Como que ele vai denunciar uma violência? Como que ele [usuário] vai poder estudar? É inclusão, autonomia, cidadania. E dentro disso, eu entendo que você precisa conhecer muito, para criar esse vínculo, essa transferência para fazer o projeto terapêutico individual e não de cima para baixo, como eu já vi fazer. Eu vou construir junto com ele.”

Apenas os Assistentes Sociais que informaram ser o marxismo o método que utilizavam para apreensão da realidade social, apesar de um deles afirmar que o marxismo sozinho não é suficiente, não apresentaram dúvidas ou questões na relação entre ser Assistente Social e assumir a função como “Técnico de Referência”, ou quanto à insuficiência de recursos teórico-metodológicos para a intervenção. Estes

profissionais demonstraram clareza de que não é sua atribuição ou competência profissional a realização de diagnóstico, tampouco o acompanhamento terapêutico dos usuários.

Por outro lado, conforme demonstramos e problematizamos, a compreensão sobre trabalho inter/transdisciplinar hegemônica no campo da saúde mental enfatiza a utilização das práticas de cunho individualizante e subjetivista. Consideramos que tais práticas remetem a uma análise, em sua maioria, baseada no fenômeno aparente, desconsiderando a totalidade da realidade social na qual o usuário está inserido, que vai de encontro não só à direção social implícita no atual Projeto Profissional do Serviço social, mas também à proposta de Desinstitucionalização italiana. Com isso, há um reforço da lógica imediatista burguesa, para a qual as categorias essência e substância ficam subsumidas à superfície e à aparência dos fenômenos.

Conforme discutimos, a atual fase do ordenamento societário burguês está sob forte influência da cultura pós-moderna, para a qual as macroteorias não são mais suficientemente explicativas da realidade social. Sendo assim, a totalidade se desfaz numa aparente complexidade de fenômenos individuais e desarticulados entre si, o que estaria criando a necessidade de utilização de diferentes metodologias analíticas e interventivas capazes de atender à complexidade da realidade social e das demandas dela decorrentes.

Assim, além das condições objetivas, materiais de trabalho que impõem limites e criam desafios para a prestação de serviços com vistas a atender aos direitos dos usuários da saúde mental, pudemos identificar que esta questão da concepção do trabalho inter/transdisciplinar, que dá origem à função do “Técnico de Referência”, constitui-se num dos determinantes para o trabalho que vem sendo realizado pelos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs, em Minas Gerais, e para o alcance de seus resultados. Contudo, essa imbricação entre o trabalho do Assistente Social e as funções do “Técnico de Referência”, sob a concepção de trabalho inter/transdisciplinar - que subsume o primeiro ao segundo -, é atravessada também pelo conflito entre as requisições institucionais e as

competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas do Assistente Social e a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos profissionais.

A direção social crítica assumida pela categoria profissional dos Assistentes Sociais - a partir de uma compreensão da realidade social fundamentada no pensamento crítico-dialético de caráter histórico-ontológico - buscou romper com o projeto conservador do Serviço Social e com o tradicionalismo profissional, que fez parte dessa profissão desde sua emergência. Esta direção opõe-se a que vem sendo dada ao trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs, que sob o manto do trabalho inter/transdisciplinar, tem se caracterizado por uma intervenção preponderantemente subjetivista, individualista e clínica.

Concordamos com Robaína (2010) quando a autora menciona a existência de duas matrizes de atuação do Assistente Social na saúde mental: uma clínica, subordinada à homogeneização dos saberes *psic* - ,conforme pudemos verificar a partir dos serviços que foram objeto de investigação -, e a outra que preserva, o que a referida autora chama de “identidade profissional do Assistente Social”, que busca “contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito” (Robaína, 2010. p.345).

Contudo, apesar de evidenciarmos uma sobreposição dessa matriz clínica no trabalho realizado pelos Assistentes Sociais - que segundo os relatos, inicialmente, se deu por uma imposição institucional -, esses profissionais também realizam funções decorrentes de competências profissionais adquiridas, bem como desempenham atribuições privativas, conforme a Lei Nº8662/1993, mesmo que estas não caracterizem o trabalho que vem sendo realizado por estes profissionais na saúde mental. Por isso, de acordo com a Resolução CFESS, Nº572/2010 (CFESS, 2010d),⁷³ a nomenclatura genérica assumida pelos profissionais em determinados espaços sócio-

⁷³ A resolução do CFESS Nº 572, de 25 de maio de 2010, dispõe sobre questões relativas aos cargos genéricos assumidos pelos Assistentes Sociais, em diversos espaços sócio-ocupacionais.

ocupacionais, como a de “Técnico de Referência”, não os desvincula do título de Assistentes Sociais, tampouco, de acordo com esta resolução, estes podem incorporar demandas para as quais sua formação acadêmica não lhes capacita, mesmo que isto seja uma imposição institucional.

De acordo a referida resolução (CFESS, 2010d), “os Assistentes Sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do Assistente Social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de CARGOS GENÉRICOS”, deverão estar registrados nos Conselhos Regionais de Serviço Social e, por consequência, estarão subordinados a toda legislação em vigor do conjunto CFESS/CRRESS, que dispõe sobre o exercício profissional do Assistente Social. Esta mesma resolução, em seu artigo 5º resolve que

O profissional, assistente social, em qualquer espaço sócio-ocupacional, deverá atuar com a devida e necessária competência técnica, competência teórico-metodológica, autonomia e compromisso ético, independentemente da denominação de seu cargo ou função (CFESS, 2010d).

Isso significa que os Assistentes Sociais não são “obrigados” a assumir responsabilidades e funções para as quais não possuem competência teórico-metodológica e técnico-operativa, adquirida a partir de sua formação em Serviço Social, conforme preconiza o Código de Ética do Assistente Social (1993), no Título sobre os direitos e das responsabilidades gerais do/a Assistente Social:

Artigo 2º - Constituem direitos do/a assistente social a ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções.

Artigo 4º - É vedado a/ao Assistente Social: acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes deste código e assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente.

Além desses direitos e responsabilidades dos Assistentes Sociais, expressos no referido Código de Ética e da Resolução CFESS, Nº572/2010, que versa sobre os “Cargos Genéricos” e o Serviço Social, temos também a já referida Resolução CFESS Nº 569/2010, que dispõe sobre a vedação de práticas terapêuticas associadas ao título de Assistente Social, que fora produto de um longo, democrático e intenso processo de discussão, no âmbito da formação e do exercício profissional, por mais de uma década, até sua promulgação no ano de 2010.

Estamos de acordo com a já referida direção social crítica assumida pela profissão e defendemos que não compete ao Assistente Social intervenções no “mundo psíquico” dos usuários, tampouco a realização das “práticas terapêuticas”, uma vez que esta direção social, implícita no atual Projeto Profissional do Serviço Social (ainda que não seja o único, conforme afirmamos, detém relativa hegemonia no campo político-organizativo da categoria), que orienta a formação acadêmica em Serviço, não oferece os elementos teórico-metodológicos e técnico-operativos para tal abordagem.

Esta última resolução citada assegura aos usuários o direito de serem atendidos por profissionais qualificados teórico-metodológica, política e eticamente em matéria do Serviço Social e contribui também para assegurar aos Assistentes Sociais o direito de não se responsabilizarem por atuações que demandam conhecimentos específicos para as quais não estejam habilitados no âmbito da sua formação, a fim de reafirmar o atual Projeto Profissional do Serviço Social, como uma conquista coletiva da categoria profissional.

Nesse sentido, parcela significativa da produção teórico-metodológica, ético-política e técnico-interventiva do Serviço Social e seu arcabouço jurídico-formal contemporâneos, afinados com a referida direção social crítica do atual Projeto Profissional dessa profissão, deixam claro o empenho no rompimento com o conservadorismo no interior do Serviço Social, que marcou esta profissão por décadas, sobretudo no que diz respeito às práticas terapêuticas.

Por outro lado, Iamamoto (2012, p.65) nos adverte sobre o atual contexto sociopolítico e econômico em que “velhas propostas profissionais ressurgem hoje com novas faces e roupagens”. O que nos leva a refletir sobre esta característica do trabalho do Assistente Social na saúde mental e o quanto essa organização do trabalho em equipe neste âmbito de atuação, a partir das chamadas equipes inter/transdisciplinares, que cria a figura do “Técnico de Referência”, tem como horizonte o (neo)conservadorismo profissional. Ou seja, as atribuições dos profissionais que assumem a função de “Técnico de Referência” -, pela forma como essa função tem sido desempenhada pelas equipes de trabalho - estão vinculadas a uma escuta individualizada dos usuários dos serviços, a um acompanhamento, destes, de caráter terapêutico e subjetivista e essas atribuições têm imposto aos Assistentes Sociais a necessidade de adquirirem conhecimentos em psicanálise e psicopatologia, conforme demonstramos, inclusive por meio de trechos de entrevistas.

Contudo, a direção social crítica assumida pela categoria diverge dessa perspectiva de trabalho que considera a dimensão da subjetividade do usuário como objeto para intervenção direta do Assistente Social e demanda conhecimentos específicos para tal. Ao contrário, conforme discutimos, esta direção social crítica considera como objeto do Serviço Social a materialidade da vida dos usuários e como objetivo, na área da saúde, a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões, conforme estabelecem os “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde” (CFESS, 2010a, p.29). Este documento esclarece também que não se trata de desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelos usuários, tampouco reduzir a defesa de uma suposta particularidade ou especificidade profissional, de acordo com as diferentes especialidades da medicina, o que fragmentaria o trabalho do Assistente Social na saúde, através do reforço da concepção de especialização das diversas áreas médicas.

Este mesmo documento (CFESS, 2010a, p.39) ressalta elementos do Código de Ética (1993) referentes aos direitos dos Assistentes Sociais acima citados, como a “ampla autonomia no exercício da profissão” o que não obriga os Assistentes Sociais a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções. Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde esclarecem, também, que no âmbito da política de saúde mental, no interior das equipes de trabalho,

[...] o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios (CFESS, 2010a, p.40).

Nesse sentido, o referido documento é enfático ao afirmar que não cabe ao Assistente Social exercer funções relativas a terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, “reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social” (CFESS, 2010a, p.44). Assim, no âmbito da saúde mental, cabe ao Assistente Social potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. Pois, aquele tipo de intervenção profissional, que reivindica conhecimento no campo psíquico, “é anunciada como uma ressignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”” (CFESS, 2010a, p.44). O referido documento ressalta, e concordamos com ele, que essas ações fogem ao âmbito da competência do Assistente Social, pois não estão previstas na legislação profissional.

Por outro lado, a Portaria Ministerial N^a 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre os CAPS, não determina que os Assistentes Sociais façam parte da equipe mínima destes serviços. Esta portaria dispõe que estes profissionais podem fazer parte da equipe, dentre outros de nível superior, tais como: psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico do usuário. Nesse sentido, uma preocupação com a profissão e seu papel nos serviços de saúde mental vem à tona: acreditamos que esse modelo de atendimento dos CAPSIII/CERSAMs, que suprime as particularidades profissionais e cria a figura do “Técnico de Referência” coloca em risco esse espaço sócio-ocupacional, uma vez que não tem sido claro qual é o trabalho do Assistente Social na saúde mental, a partir de sua formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Além disso, presenciamos uma descaracterização do trabalho do Assistente Social.

Assim, defendemos que a organização do trabalho das chamadas equipes inter/transdisciplinares dos serviços de saúde mental, centrado na atuação genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”, tem “embaçado” a visão dos Assistentes Sociais, deixando-os confusos ou fazendo com que acreditem que a “saída” para o enfrentamento das dificuldades encontrada para a realização de seu trabalho seja pela via da capacitação em psicanálise e psicopatologia, a fim de atenderem ao apelo clínico destes serviços. Entretanto, no nosso entendimento, o enfrentamento aos desafios postos por esta forma de organização passa pela necessidade de análise da realidade social, a partir da perspectiva crítico-dialética, de caráter ontológico-social, a fim de compreendê-la no bojo das relações antagônicas e contraditórias, inerentes à ordem social sob o comando do grande capital.

Acreditamos que uma análise da realidade social, a partir da perspectiva crítico-dialética, é capaz de: elucidar os nexos existentes entre as demandas dirigidas aos serviços, com os elementos da política econômica e sua restrição orçamentária para a política social; identificar os impactos que essa política recessiva tem na forma como os serviços prestam assistência aos usuários; bem como identificar a(s)

orientação(ões) teórico-metodológica(s) e ideopolítica(s) contida(s) na forma de organização do trabalho dos serviços de saúde mental. Nesse sentido, pode ser considerado que a ausência do pensamento crítico-dialético não permite capturar essas mediações que conformam o trabalho na saúde mental.

Defendemos que esta análise possibilita a apreensão das demandas de trabalho para o Assistente Social que vislumbre entre os seus compromissos profissionais a possibilidade de contribuir com a emancipação humana e com a construção de uma ordem social sem exploração de classe, etnia, gênero etc., uma vez que o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-interventivo do Serviço Social, que expressa a direção social crítica dessa profissão, está relacionado à incorporação do método crítico-dialético, de caráter ontológico-social, por parcela significativa desta profissão.

Acreditamos e defendemos que a não incorporação do pensamento crítico-dialético, demonstrada em geral pelos Assistentes Sociais entrevistados, tem levado à dificuldade de entendimento dessa realidade e por consequência no modo como enfrentá-la. Não defendemos esse pensamento como uma espécie de solução mágica para a superação das dificuldades contidas no trabalho profissional, mas como uma “chave heurística” fundamental para o enfrentamento das adversidades presentes nos serviços, para o encontro de formas alternativas e criativas com vistas à construção e realização do trabalho na saúde mental, que possa prescindir da necessidade de conhecimentos que divergem da referida direção social crítica do Serviço Social brasileiro.

Por outro lado, se pensarmos na construção do trabalho na saúde mental a partir do postulado da proposta de Desinstitucionalização italiana - que define o objeto de intervenção da saúde mental, o usuário, como uma existência-sofrimento e sua relação com o corpo social e não mais a doença, o sintoma, a subjetividade isolada -, encontramos ressonância em relação ao debate acumulado pelo Serviço Social brasileiro e sua relação com as possibilidades de trabalho contidas nos serviços de saúde mental reformados. Ou seja, se a inspiração

para a construção do trabalho na saúde mental vir da proposta italiana, onde a materialidade da vida dos usuários é considerada como central, a referida direção social crítica assumida pela categoria encontra solo fértil para realização de trabalhos cujo objeto de intervenção esteja localizado na materialidade da vida dos usuários dos serviços de saúde mental.

No entanto, conforme salienta Rodrigues (2002),⁷⁴ como a incorporação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica italiana pelos brasileiros se deu de forma enviesada, sob influência do pensamento pós-moderno, a perspectiva da objetividade da vida material foi reduzida às dimensões simbólicas e o mundo concebido como uma construção discursiva, uma vez que, para os pós-modernos a realidade não se deixa conhecer em sua essência, em verdade. Em linhas gerais, para os pós-modernos, a realidade "como ela é", concreta e objetiva, não existe, o que existe são formas distintas e diversas de interpretação da realidade. Sendo assim, esses elementos relativos à materialidade da vida dos usuários da saúde mental não ganharam lugar de destaque no interior das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Advertimos, ainda, para os riscos dessa direção de trabalho que vem sendo assumida pelos Assistentes Sociais nos CAP-SIII/CERSAMs em tempos de tendência à psicologização das expressões da questão social, como “problemas” de natureza individual e subjetiva, em detrimento de uma perspectiva de totalidade das relações sociais, cuja raiz da “questão social” está na contradição fundante da ordem capitalista, qual seja: a produção material cada vez mais social em contraposição à apropriação privada do excedente dessa produção.

Diante de tal aspecto, podemos inferir que esta direção clínica do trabalho do Assistente Social na saúde mental é contrária à direção social crítica da profissão, que reconhece nas expressões da “questão social” seu objeto de intervenção e se posiciona claramente contrária às práticas terapêuticas associadas ao título de Assistente Social.

⁷⁴ Conforme demonstramos no primeiro capítulo.

Sob outro ângulo, inferimos também que a predominância dos saberes considerados “*psi*”, sobre os outros saberes nos referidos serviços, estaria numa posição conflitante à direção, supostamente, assumida pelos serviços psiquiátricos reformados, que seria a da Desinstitucionalização italiana. Fazemos esta inferência, uma vez que, para Rotelli (1990, p.89), a instituição que foi colocada em questão - a partir do movimento reformista na saúde mental -, não foi o manicômio em si, mas a loucura, ou seja, a essência da questão da psiquiatria, sua razão de ser.

Explicando melhor: conforme Rotelli (1990, p.90), a desinstitucionalização preconiza a negação da instituição psiquiátrica cujo objeto de intervenção era “a doença”, e sua substituição pela “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”, como objeto da psiquiatria e por consequência dos serviços de saúde mental. Com essa mudança de objeto da doença, para o paciente inserido num contexto social, há que se transformarem também as formas de lidar com as demandas dos usuários nos serviços e romper com o paradigma clínico. Conforme orienta Rotelli (1990, p.90):” A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização”. Nessa direção, o referido autor afirma, ainda, que “não se pode fazer muito com a doença como queria o ‘modelo clínico’, com o sintoma ou o conflito como queria ‘o modelo psicológico’, porque mudaram o objeto, o paradigma e com eles os sensatos programas” (Rotelli, 1990, p.91).

Sendo ainda mais explícito a respeito da necessidade de os serviços de saúde mental terem como preocupação precípua a relação do paciente com o corpo social e não com a doença, Rotelli (1990) afirma que

A doença (diagnóstico, prognóstico e terapia), às suas consubstanciais relações de causa e efeito correspondiam instituições coerentes. À periculosidade era dado o manicômio; à “doença como as outras”, o hospital geral; ao tema do inconsciente e da consciência, os divãs psicanalíticos. Mas quando se quebrou o brinquedo, desmistificando o

objeto, descoberta a miséria, a desinstitucionalização, aquela verdadeira, invadiu e desordenou o campo com força dos eventos modernos (Rotelli, 1990, p.91).

A partir do resgate dessas inferências feitas por Rotelli, acerca da verdadeira desinstitucionalização e da mudança de objeto da psiquiatria, percebemos que a particularidade da composição das chamadas equipes inter/transdisciplinares de saúde mental dos serviços pesquisados, de caráter subjetivista e clínico, coloca esses serviços numa posição conflitante em relação a sua afinidade com as propostas reformistas italianas, que têm na desinstitucionalização sua finalidade. Afirmamos isso pelo fato, já demonstrado, de haver predominância tanto quantitativa de psicólogos sobre os outros técnicos, quanto dos saberes “*psi*” sobre os outros saberes.

Em suma, a prevalência de demandas no âmbito da *psique* dos usuários da saúde mental que tem se constituído como demandas para intervenção do Assistente Social, mesmo que seja por via das funções como “Técnico de Referência”, é conflitante com a direção social crítica da profissão. E se pensarmos na orientação italiana, a sobreposição de preocupações com a subjetividade dos usuários em relação à objetividade da vida material dos mesmos também é conflitante com as influências reformistas orientadas pelas propostas da Desinstitucionalização italiana

Consideramos que a pessoa com transtorno mental, além das necessidades específicas que tem em decorrência da sua condição subjetiva, é um sujeito que está inserido num processo histórico mediado pela luta de classes inerente à sociedade burguesa e está permeada por interesses antagônicos e contraditórios que lhe são próprios. Assim, a partir da crítica da economia política e do pensamento crítico-dialético, de caráter ontológico-social, defendemos o trabalho do Assistente Social na saúde mental dando ênfase às possibilidades de intervenção contidas nesse espaço sócio-ocupacional que coadunem com a direção social crítica construída pela categoria. Esta direção reflete uma “virada” da categoria, no que tange à compreensão mais aprofundada da realidade social considerando as determinações onto-

lógicas, a compreensão da produção e da reprodução da vida social, do papel do Estado e das classes sociais, com o intuito de, a partir dessas análises, identificar as mediações existentes na realidade para construir estratégias de intervenção.

Ou seja, consideramos que é a reaproximação ao pensamento crítico dialético a ferramenta necessária para apreender a natureza dos conflitos, das demandas e das questões relacionadas à subsunção das competências profissionais do Assistente Social em face das requisições institucionais postas pela função genérica e inespecífica como “Técnico de Referência”. Ao contrário do que se proclama atualmente, avaliamos que o marxismo se faz cada vez mais necessário para compreensão da realidade concreta.

Em síntese, pensamos que não se pode refletir sobre o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais na saúde mental de forma isolada, tanto da direção teórico-metodológica que orienta as ações profissionais, como dos estatutos profissionais de cada uma das profissões que compõem as equipes interprofissionais. Tampouco, esta reflexão sobre o trabalho profissional pode estar dissociada de uma análise da política social a partir da crítica da economia política. Esses serviços são financiados pelo fundo público e a escolha por determinado modelo de atendimento, certamente, será mediado pela disponibilidade ou não dos recursos financeiros, materiais e humanos. Tal disponibilidade afetará o resultado esperado, bem como este resultado será mediado por aquilo que não está aparente, mas está presente na realidade, como a direção ideológica dessas políticas.

Assim, reiteramos que a não incorporação do pensamento crítico-dialético pela maioria dos profissionais tem levado à dificuldade de apreensão da realidade social e da forma de organização do trabalho, no qual estão inseridos. Por consequência, consideramos que os Assistentes Sociais dos CAPSII/CERSAMs têm incorporado tanto as diretrizes de trabalho da política de saúde mental, como a orientação teórico-metodológica implícita na proposta de trabalho Inter/transdisciplinar da saúde mental e estas têm dado a direção ao trabalho realizado. Isto vem ocorrendo em detrimento do

acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-interventivo do Serviço Social que expressa a direção social crítica da profissão e seus desdobramentos para a área da saúde e da saúde mental das últimas décadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos de crise estrutural do capital, deflagrada em fins de 1960 e início de 1970 e das suas novas manifestações a partir de 2008 - a partir da crise financeira internacional iniciada no setor imobiliário americano e propagada para todo sistema bancário, impactando em toda economia mundial -os Assistentes Sociais vivenciam as mesmas dificuldades, a mesma precarização e alienação no trabalho, como qualquer outro trabalhador. Os reflexos dessa crise tiveram início no Brasil a partir dos anos de 1990, período em que a sociedade brasileira passou a ser objeto das políticas de ajuste fiscal, que visavam: à redução do emprego e à precarização dos existentes, dos contratos de trabalho e dos serviços; à perda de direitos sociais historicamente conquistados; ao fortalecimento do caráter focalizado das políticas sociais; e à restrição de financiamento para as políticas sociais. Esta direção política e econômica, adotada pelos países capitalistas de orientação neoliberal, inclusive pelo Brasil, tem impactos diretos no campo da Seguridade Social e nas condições de vida e de trabalho de todos os trabalhadores, em especial aqueles que executam as políticas sociais, uma vez que estas vêm sofrendo com o enxugamento dos recursos do fundo público destinados à Seguridade Social. O que tem colocado, particularmente, em risco a garantia da manutenção do Sistema Único de Saúde e tem sucateado a assistência à saúde e à saúde mental da população.

No âmbito específico da política de saúde mental brasileira, este quadro tem atingido a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde, como revelaram os dados da pesquisa apresentados no primeiro capítulo e seus reflexos nos serviços de saúde mental foram também objeto de investigação da pesquisa empírica realizada e apresentados no segundo capítulo deste livro.

Consideramos que esta realidade de sucateamento dos serviços públicos de assistência à pessoa com transtorno mental representa risco para a manutenção das conquistas obtidas desde os

anos de 1980 pelo movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cuja bandeira é a superação e extinção do modelo de assistência à pessoa com transtorno mental centrado no manicômio, que é excludente e segregador, e sua substituição pelo modelo aberto, comunitário e territorializado, como os CAPS/CERSAMs, Residenciais Terapêuticos, Leitos de retaguarda em hospital geral, por exemplo. Nesta direção, o fim do manicômio pressupõe a criação de um conjunto de serviços substitutivos, que funcionem a partir dos princípios e das diretrizes do SUS e da Lei Nº 10.216 (BRASIL, 2001). Para que esta assistência seja adequada e de qualidade, os profissionais necessitam de condições objetivas de trabalho que possam viabilizar um atendimento adequado às necessidades dos usuários e essas condições estão aquém do necessário.

Ao mesmo tempo vivenciamos os influxos da pós-modernidade, expressão ideocultural dessa fase do atual ordenamento societário, fruto da chamada “crise da modernidade”, que atravessa o mundo contemporâneo e faz emergir as tendências ao conformismo social. Dentre outras coisas, caracteriza-se pela hipertrofia da dimensão da subjetividade, negando a objetividade da vida material.

No âmbito desta pesquisa, pudemos verificar certa exigência, por parte das instituições e do executivo municipal, em direção aos trabalhadores dos serviços pesquisados, para o alcance dos objetivos propostos pela política de saúde mental, como se o resultado do trabalho dependesse de mera disposição íntima dos trabalhadores, de sua competência e compromisso com a Reforma Psiquiátrica. Como se o alcance desses objetivos e dessas finalidades não fossem mediados, sobremaneira, pela materialidade das condições para realização do trabalho. Há de se convir o quanto esta perspectiva teórico-ideológica pós-moderna vai ao encontro da direção política e econômica restritiva na qual estamos inseridos. Isto porque se mantêm os serviços públicos de forma sucateada e exige-se dos trabalhadores que atendam às necessidades dos usuários sob condições precárias e, muitas vezes, desumanas.

Apesar da existência de especificidades no campo profissional, o Assistente Social é um trabalhador, como outro qualquer, cujo vínculo de trabalho com determinada instituição, seja ela pública ou privada, subordina-o a um contrato de trabalho e a determinações institucionais sobre seu exercício profissional que grande parte estão acima de sua escolha ou opção ideopolíticas, tornando sua autonomia sempre relativa, como nos adverte Iamamoto (2005) Muitas vezes, o conflito em relação ao trabalho profissional se põe exatamente nessa linha de tensão entre o que é demandado aos Assistentes Sociais e o que estes têm competência acadêmico-profissional para atender. Como vimos a partir da realidade de trabalho dos Assistentes Sociais, que atuam nos serviços de saúde mental pesquisados, há um conflito entre uma parte do que tem sido requisitado pelas instituições em relação ao trabalho a ser desempenhado pelos Assistentes Sociais e o estatuto profissional do Serviço Social.

Por isso, salientamos anteriormente a necessidade de compreendermos como o trabalho do Assistente Social se insere em processos de trabalho, cujas determinações, muitas vezes, estão além de seus objetivos, finalidades e vontades individuais. No entanto, a vontade ou orientação teórico-política sozinha não é responsável pelos resultados esperados. Conforme Marx (1974, p.17), “os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha, e sim, sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.”

Dessa forma, a realidade material na qual o trabalho dos Assistentes Sociais se realiza é determinante para o resultado e para a qualidade dos serviços prestados, juntamente com a competência teórico-metodológica e técnico-operativa, bem como o compromisso ético-político dos profissionais.

Vimos também que a orientação teórico-metodológica ideopolítica que tem dado a direção do trabalho interdisciplinar no âmbito da saúde mental, a nosso ver, inspirada no pluralismo metodológico, exerce forte influência sobre a forma de organização do trabalho das equipes dos CAPSIII/CERSAMs e no trabalho que

vem sendo realizado pelos Assistentes Sociais, dando o tom do trabalho em equipe numa perspectiva de trabalhadores polivalentes, aqueles que fazem “de tudo”.

Contudo, consideramos que a construção de um trabalho na saúde mental convergente com o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social, dos últimos 40 anos e com a proposta da Desinstitucionalização italiana, repõe aos Assistentes Sociais a necessidade de reconhecerem as contradições inerentes à ordem capitalista que tornaram a saúde mental, o louco e a loucura expressões da “questão social”, donde se encontra o objeto de intervenção desta profissão. A nosso ver, a construção desse trabalho só se torna possível a partir da incorporação do pensamento crítico-dialético. Acreditamos que este fornece elementos para uma intervenção profissional capaz de tensionar o ideário pós-moderno - que vem ganhando cada vez mais espaço neste campo de atuação e para a construção de um trabalho que possa, dentro dos limites socialmente determinados, seguir na direção social construída pela categoria.

Para isso, é preciso ter clareza de que as expressões da “questão social” figuram fragmentos da realidade social apresentada ao Assistente Social, como demandas isoladas para sua intervenção. A apreensão de que suas determinações mais complexas se encontram no conjunto das *leis invisíveis* da sociedade, na divisão sociotécnica do trabalho, nas leis de mercado, na relação entre o capital e o trabalho, dependendo de uma análise da realidade social a que se dê a partir da perspectiva da totalidade das relações sociais. Dessa forma, o trabalho do Assistente Social poderá se dar com base na análise dos elementos mais complexos que compõem a totalidade social, na tentativa de criar meios, instrumentos, técnicas de intervenção que apontem na direção de possível superação desta aparente fragmentação.

Nesse veio de análise sobre o trabalho do Assistente Social, mesmo que a realidade social se apresente na sua forma mais imediata (aparente), superficial e fragmentada (expressões da “questão social”), faz parte do trabalho do Assistente Social desvendar as mediações

existentes no complexidade da realidade social, para que sua intervenção não fique limitada a dar respostas imediatas a "problemas" isolados, ou se constituir em ações de cunho individualista, subjetivista, cujo horizonte é o neoconservadorismo profissional.

Na medida em que a Reforma Psiquiátrica aponta para outra forma de atenção à pessoa com transtorno mental, que visa à cidadania⁷⁵ como elemento central do processo de tratamento e de (re)inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental, estes serviços apresentam demandas para realização de trabalhos que não estão circunscritos apenas ao campo de conhecimento das áreas da psicologia, psiquiatria e da psicanálise. Sobretudo, pelo fato desses serviços primarem, pelo menos em tese, pelo trabalho contra a discriminação, a segregação, o estigma e colocando-se a favor da (re)inserção sociofamiliar. Consideramos que, sobre esses elementos, o Assistente Social tem competência teórico-metodológica, ideopolítica e técnico-interventiva para construir estratégias de intervenção que coadunem com esses objetivos. Nessa direção, acreditamos que tais serviços demandam uma intervenção qualificada e competente no campo das relações sociais das pessoas com transtorno mental com a sociedade.

Entretanto, pudemos verificar que está havendo certa subsunção do trabalho do Assistente Social na saúde mental às exigências postas, institucionalmente, pelas funções a serem desempenhadas como “Técnico de Referência”. A centralidade desta função nos CAPSIII/CERSAMs, tem se sustentado sob o argumento de que o trabalho com pessoas com transtorno mental apresenta particularidades e demandas muito específicas, que estão relacionadas ao adoecimento mental, fazendo com que os profissionais envolvidos tenham a necessidade de desenvolver mecanismos e estratégias de trabalho que possam dar conta da complexidade que é a loucura. Nesse sentido, a figura do “Técnico de Referência” tem sido um

⁷⁵ Apesar da influência pós-moderna na construção das propostas de cidadania do louco, este é um campo de luta pela hegemonia de projetos societários e profissionais.

desses mecanismos. No entanto, chamamos a atenção para a forma como a adoção dessa estratégia vem ocorrendo: de forma impositiva, de modo genérico, inespecífico e acima do estatuto das profissões, em especial do Serviço Social.

Acreditamos que o recurso à figura do “Técnico de Referência”, de forma genérica e inespecífica está mediada pelas condições objetivas, que são precárias e insuficientes para realização de todo trabalho no âmbito da saúde mental, conforme demonstramos; pela orientação teórico-metodológica e ideopolítica predominante na saúde mental, que tem nas teorias pós-modernas uma de suas grandes referências para pensar a realidade social, a particularidade dos serviços, traçar estratégias de ação e para a constituição das equipes interprofissionais; como pela questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais. Pois, conforme pudemos demonstrar, a minoria dos entrevistados demonstrou essa incorporação e pudemos avaliar que estes são os mesmos que tensionam as determinações institucionais para a incorporação de funções para as quais não possuem capacitação acadêmico-profissional, não subsumido as particularidades do trabalho do trabalho do Assistente Social na saúde mental à função genérica e inespecífica do “Técnico de Referência”.

Entretanto, de acordo com os relatos de alguns Assistentes Sociais entrevistados, o objetivo central da adoção do modelo de atendimento centrado na figura do “Técnico de Referência”, seria a construção do matriciamento e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Todavia, esse trabalho não tem se dado nessa direção.

Entendemos que, no sentido dos Assistentes Sociais terem como horizonte um trabalho de construção do matriciamento e da RAPS, caberia uma redefinição na perspectiva dos serviços diante das funções de “Técnico de Referência”, do ponto de vista da forma de compreensão da organização do trabalho na saúde mental e na constituição das equipes interprofissionais. Assim, seria possível para os Assistentes Sociais caracterizarem sua atuação como “Técnicos de Referência”, a partir dos elementos teórico-metodológicos, ético-

políticos e técnico-operativos da formação em Serviço Social, que poderiam contribuir para o trabalho de matriciamento e de construção da RAPS, por exemplo, sem que tivessem a necessidade de conhecimentos no campo da psicanálise e psicopatologia, como demonstraram. Sua atuação poderia se dar na formulação, no planejamento, na supervisão e avaliação de políticas, programas e serviços de saúde mental; na execução de funções de gerência de serviços e programas; na participação das diversas instâncias de controle social do SUS, estimulando a participação de representantes dos usuários e familiares; além de proceder com as orientações, os encaminhamentos e a socialização de informações atinentes às suas competências profissionais.

No entanto, reiteramos que por mais que esse profissional tenha competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, para realização do trabalho com vistas ao alcance desses objetivos, seu trabalho é mediado pela sua condição de trabalhador assalariado, que impõe limites à consecução de um trabalho nos rumos aludidos pelo atual Projeto Profissional do Serviço Social; pelas condições objetivas e materiais oferecidas pelos serviços sociais inscritos na política de saúde mental, que têm relação direta com a utilização do fundo público pelo Estado para o financiamento da política social que impacta na garantia de recursos materiais e humanos adequados destinados aos serviços; bem como pela orientação teórico-metodológica implícita ou explícita na organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde mental. Assim, ao considerarmos as condições objetivas a partir das quais o trabalho do Assistente Social na saúde mental se realiza, consideraremos que não se trata apenas de uma questão de orientação teórico-metodológica, de escolha de modelo de atendimento, ou da sobreposição de uma área de conhecimento sobre a outra (“psi” *versus* “social”), mas sim da limitação dos serviços de prestarem atendimento de maior qualidade aos usuários com os recursos que possuem, mesmo que seja a partir desse modelo do “Técnico de Referência”, do qual temos discordâncias teórico-metodológicas e ideopolíticas, conforme apresentamos, pois o consi-

deramos um “arranjo” estratégico para dar conta de atender às demandas mais emergentes e imediatas dos usuários dos CAP-SIII/CERSAMs, tendo em vista os limites acima elencados.

Contudo, acreditamos também que esse “arranjo” e os argumentos que o sustentam, como já mencionamos, tem “embaçado” a visão dos Assistentes Sociais em relação ao que consideramos ser as reais determinações para a adoção da função do “Técnico de Referência”, da forma como tem sido realizada: acima do mandato social das profissões.

No entanto, na direção de pensarmos o trabalho do Assistente Social na saúde mental a partir da perspectiva crítico-dialética e da proposta de Desinstitucionalização italiana – que define a pessoa com transtorno mental como uma “existência-sofrimento” e sua relação com a materialidade da vida social como objeto de trabalho da saúde mental –, é que consideramos a necessidade de problematizarmos as determinações sócio-históricas que fazem do usuário da saúde mental um sujeito vinculado a relações sociais que tanto podem isolá-lo do contexto societário, quanto podem contribuir para seu fortalecimento e ingresso no campo do trabalho, da família, da habitação, do lazer⁷⁶. Pois, conforme salienta Mészáros (1981, p. 125),

Quanto mais o indivíduo é capaz de 'reproduzir-se como indivíduo social', menos intenso é o conflito entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e a humanidade – isto é, nas palavras de Marx, menos intensa é a luta entre a existência e a essência, entre a liberdade e a necessidade, entre o indivíduo social, a menos que participe de maneira cada vez mais ativa na determinação de todos os aspectos de sua própria vida, desde as preocupações mais imediatas até as mais amplas questões gerais de política, organização socioeconómica e de cultura.,

Assim, a nosso ver, para a construção de um trabalho no âmbito da saúde mental, que coadune com a direção social crítica do

⁷⁶ Não nos referimos aqui a um modelo de adaptação do sujeito às normas sociais, mas sim a um viés crítico destas normas que, ao contrário, propõe a adaptação destas às necessidades particulares destes sujeitos.

Serviço Social, inspirada no pensamento crítico-dialético, e com as propostas da Desinstitucionalização italiana, defendemos que os Assistentes Sociais necessitam reconhecer a saúde mental, o louco e a loucura e as contradições inerentes à ordem capitalista como expressões da “questão social”. Para tal, não vislumbramos outro caminho que não seja ter no pensamento crítico-dialético sua base teórico-metodológica para análise e intervenção na realidade social que estão inseridos, para a construção de um trabalho que possa, apesar dos limites social e institucionalmente determinados, seguir na direção social crítica construída pela categoria e expressa nos princípios fundamentais do Código de Ética dos Assistentes Sociais de 1993, tais como: o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa pelo o aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero.

Tais princípios, apesar de extrapolá-los, vão ao encontro tanto dos princípios e das diretrizes da Reforma Sanitária⁷⁷, como da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2002 p. 23), tais como: a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença; a defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, devendo a política de saúde mental seguir os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; a integração desta política com outras políticas sociais, visando a garantir o exercício pleno da cidadania; uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença; as ações em saúde mental devem garantir o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas com transtorno mental; bem como devem potencializar a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e de institucionalização e/ou cronificação.

Além disso, acreditamos que o Assistente Social, a partir de sua formação generalista, possibilitada pelas Diretrizes Gerais para o

⁷⁷ A esse respeito consultar Bravo (2006) e CEFESS (2010a).

Curso de Serviço Social, da ABEPSS, de 1996 (CRESS, 2004), tendo como suporte o debate construído no interior do Serviço Social em relação ao campo da saúde sobre o trabalho do Assistente Social nesta área, cujo documento norteador são os “Parâmetros para atuação do Assistente Social na política de saúde” (2010) e tendo como norte o atual Projeto Profissional do Serviço social, tem competência para desenvolver uma série de atividades no âmbito da saúde mental. Tais atividades devem contribuir para a efetivação dos princípios e das diretrizes presentes na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), bem como dos direitos previstos na Lei 10.216, tais como: a garantia de um tratamento digno, humano, desprovido de qualquer forma de abuso ou exploração, que visem a sua inserção na família, no trabalho e na comunidade; a garantia de sigilo nas informações prestadas; o direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, quando houver; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Portanto, seja pelos pressupostos da Reforma Sanitária reafirmados pela Reforma Psiquiátrica, tais como: a integralidade, a descentralização e o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para a necessidade da construção de uma rede integral de atenção à saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, que inclua ações de promoção, prevenção e assistência à saúde; seja pela influência da reforma italiana, no sentido de reconhecer o objeto de trabalho na saúde mental como a existência-sofrimento do louco com o corpo social, acreditamos que a saúde mental no Brasil coloca para o Serviço Social a necessidade de problematizar as contradições inerentes a esta ordem social burguesa, a partir da perspectiva da luta de classes. E assim o usuário da saúde mental, pois, como qualquer outro trabalhador, vivencia as expressões da “questão social”, tais como: necessidades de alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços.

Além desses elementos, consideramos também que o Serviço Social poderá ter como objeto de sua intervenção, além do usuário e sua família, a comunidade na qual está inserido, ou seja, o conjunto das relações sociais as quais este sujeito está intrinsecamente vinculado e expressa as refrações da “questão social”.

Outras frentes de trabalho para o Assistente Social nos serviços de saúde mental, em especial os CAPSIII/CERSAMs, podem ser: a elaboração de projetos que visem à desospitalização e desinstitucionalização de usuários com histórico de isolamento ou de internações de longa permanência, realizando-se através de visitas hospitalares e domiciliares; o trabalho com as famílias e a comunidade, com vistas à (re)inserção sóciofamiliar da pessoa com transtorno mental; ações na direção da desconstrução do estigma da loucura; elaboração de projetos que visem atender às demandas de à inserção de usuários em Residências Terapêuticas, quando estes perderam os vínculos familiares, mas mantêm o seu direito à liberdade e à convivência na vida social; bem como a mobilização e organização dos usuários e familiares em torno do movimento de defesa de direitos, através da criação, fomento ou inserção em associações que representem os interesses desse segmento, como também a inserção destes usuários e familiares nos conselhos de saúde, por exemplo. Pensamos que esse trabalho tende a extrapolar os limites impostos pelas instituições e pela política local e pode alinhar os usuários, familiares e técnicos com os movimentos nacionais da Luta Antimanicomial e com o controle social das políticas sociais.

Contudo, conforme demonstramos a partir dessa pesquisa, as condições de trabalho decorrentes desse contexto recessivo para as políticas sociais, tem colocado limites para a atuação profissional “fora dos muros” da instituição e tem dificultado e até impedido a realização de trabalhos nesta direção. Todavia, pensamos que esses limites devem ser enfrentados coletivamente pelas equipes dos serviços e não somente por uma categoria profissional. Por outro lado, a orientação teórico-metodológica, com relativa hegemonia

nesse campo de atuação, tem apontado para a construção de um trabalho de caráter, predominantemente, clínico e subjetivista.

Diante do exposto, acreditamos que esses elementos articulados dialeticamente e a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais, configuram possibilidades e limites para uma atuação crítica do Serviço Social na saúde mental, seja a partir dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sob influência da Desinstitucionalização italiana, seja a partir do acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social, orientado pelo pensamento crítico-dialético de caráter histórico-ontológico.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório:** o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. Disponível em:
http://www.giovannialves.org/Artigo_GIOVANNI%20ALVES_2010.pdf. Acesso em: 03 maio 2018.
- AMARANTE, P. Psiquiatria sem hospício: contribuições da reforma psiquiátrica. In: BEZERRA JR. B; AMARANTE, P. (Orgs). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Revista Mapliada: Ed. Fiocruz, 2010.
- ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo in pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDERSON, P. **A crise do marxismo:** introdução a um debate contemporâneo. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.
- ANDERSON, P. **As origens da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2009.
- BACHELARD. G. **The new scientific spirit.** Boston: Beacon Press, 1943/1985.

BACHELARD, G. **Philosophy of no- a philosophy of the new scientific mind.** New York: Orion Press, 1940/1968.

BACHELARD, G. **Le rationalisme appliqué.** Paris: PUF, 1949.

BACHELARD, G. **Le rationalisme rationnel.** Paris: PUF, 1953.

BARROS, D. **Jardins de Abel:** a desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Hucitec, 1994.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA F. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p.99-133.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa:** contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BEHRING, E. R. Capitalismo contemporâneo e Estado. In: BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda dos direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (Orgs). **Psiquiatria sem hospital:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, Benilton ; AMARANTE, Paulo (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BIRMAN, J. ; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016**: PEC do teto dos gastos públicos. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, DF: Senado Federal, 2017.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF: Senado Federal, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial, 2004. Brasília, DF [2004].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, Ano 10, n. 12, out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ed.** Brasília – DF 2007. Série B. Disponível em: [fíle:///C:/Users/diversos03/Downloads/CLINICA%20AMPLIADA%20EQUIPE%20DE%20REFERENCIA%20E%20PROJETO%20TERAPEUTICO%20SINGULAR%20-%20MINISTERIO%20DA%20SAUDE.pdf](http:////C:/Users/diversos03/Downloads/CLINICA%20AMPLIADA%20EQUIPE%20DE%20REFERENCIA%20E%20PROJETO%20TERAPEUTICO%20SINGULAR%20-%20MINISTERIO%20DA%20SAUDE.pdf). Acesso em: 03 maio 2018

BRASIL. CONFERÉNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, 2001. **Relatório.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei Nº 8.662 de 25 de junho de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8668.htm. Acesso em 03 maio 2018.

BRAVO, M. I. **Política de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro :UERJ [200-]. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”, publicado em: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”, publicado em Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. **Saúde e serviço social. 2. ed.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, M. I. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez n. 78, 2004.

BRAZ, M. A hegemonia em xeque. Projeto ético-político do serviço social e seus elementos constitutivos. **Revista Inscrita**, n. X. Brasília, CFESS, 2007.

BRAZ, M. Notas sobre o projeto ético-político. In: SOCIAL: ética assistente e direitos. Coletânea de leis e resoluções. Rio de Janeiro: CRESS 7^a região, 2001.

CAMPOS, C. Cidadania, sujeito, CERSAM e manicômios. **Metropolá – Revista do CERSAM Leste**, Belo Horizonte, p. 4-11, dez. 1998.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.

CANGUILHEM, G. **Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie.** Paris, Vrin, 1977.

CANGUILHEM, G.; BACHELARD, G. **Etudes d'histoire et de philosophie des sciences:** introduction a l'histoire des sciences I : éléments et instruments. Paris: Hachette, 1971.

CANGUILHEM, G.; BACHELARD, G. **Introducion a l'histoire des sciences II:** objet, méthode, exemples. Paris: Hachette, 1970.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (Brasil. **Atribuições privativas do assistente social em questão**). Brasília, DF, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social**. Brasília, DF, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010a. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Resolução CFESS nº 572, de 25 de maio de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais de Serviço Social, dos assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do assistente social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de CARGOS GENÉRICOS e dá outras providências. Brasília, DF, 2010b.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 569, de 25 de março de 2010**. Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Brasília, DF, 2010c.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (Minas gerais). **Coletânea de leis**. Belo Horizonte, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). Diretrizes gerais para o curso de serviço social (1996). In: **COLETÂNEA de leis**. Belo Horizonte: CRESS, 2004.

COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. **Cadernos ABESS**, n. 4. São Paulo. Cortez, 1991.

COUTINHO, C. N. O problema da razão na filosofia burguesa. In: COUTINHO, C. N. **O estruturalismo e a miséria da razão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971. p. 7-46.

DURIGUETO, M. L. **Sociedade civil e democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, n. 24. São Paulo, Marco Zero/Cedec, set. 1991.

EVANGELISTA. J. M. **Teoria social pós-moderna**: introdução crítica. Porto Alegre: Sulina, 2007.

FALEIROS, V. P. **Política social do estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1980.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. Papirus, Campinas. 1994.

FEYERABEND, P. **Contra o método**: esboço de uma teoria anárquica da teoria do conhecimento. Rio de Janeiro: Liv. F. Alves. Ed., 1977.

FINELLI, R. O “pós-moderno” - verdade do “moderno” In: COUTINHO, C.N.; TEIXEIRA, A.P. (Orgs.). **Ler Gramsci**: ler a realidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 99-112.

FORTI, V. Ser social e ética. In: FORTI, V. **Ética, crime e loucura**: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional. Rio de Janeiro: Lumen Juriz, 2010.

FORTI, V.; COELHO, M. Contribuição à crítica do projeto ético-político do serviço social: considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. In: FORTI; GUERRA, Y. (Orgs.) **Projeto ético-político do serviço social**: contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

FORTI, V.; MARCONSIN, C.; FORTI, L. Direitos humanos e serviço social: debater é preciso. In: FORTI, V.; BRITES, C. M. (Orgs.). **Direitos humanos e serviço social**: polêmicas, debates e embates. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FREDERICO, C. Razão e desrazão: a lógica das coisas e a pós-modernidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 55, p. 174-184, nov. 1997.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. **Revista do Centro de Educação e Letras**, Foz do Iguaçu, NIOESTE Campus, v. 10, n. 1, p. 41-62, 1º sem. 2008.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v.11, n.22, p. 239-55, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. ed. São Paulo, Perspectiva, 1990.

GORZ, A. **Adeus ao proletariado**: para além do capitalismo. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

GUERRA, Y. Sobre a possibilidade histórica do projeto ético-político profissional: a apreciação crítica que se faz necessária. In: FORTI, V.;

GUERRA, Y. (Orgs.) **Projeto ético-político do serviço social:** contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. (Coletânea nova de Serviço Social).

HABERMAS, J. **A teoria do agir comunicativo.** São Paulo: Ed.WMF Martins Fontes, 2012. V.2.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira:** análise sob perspectiva da desinstitucionalização. Porto Alegre [S. n.] 2007.

HOBSBAWM, E. “Pós-modernismo na floresta”. In: HOBSBAWM, E. **Sobre história.** São Paulo: Cia das Letras, 1998, p.207-215.

IAMAMOTO, M. V. **Atribuições privadas do/a assistente social em questão.** Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, M. V. A fé no que virá e a alegria de olhar para trás: 30 anos do projeto ético-político profissional. In: SEMINÁRIO NACIONAL, Brasília, 2012. **30 anos congresso da virada.** Brasília: CFESS, 2012 p. 115-38.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis.** Brasília, n. 3, p. 09-32, jan-jun. 2001.

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

IAMAMOTO, M. V. **Seminário nacional:** 30 anos do Congresso da virada. Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil:** o esboço de uma interpretação sócio-histórica. 18. ed. São Paulo: Cortez; CELATS, 2005.

JANTSCH, E. **Une planification intégrante des “systèmes conjoints” de faits sociaux et technologiques.** [S.l.: S.n.] 1972. Documento CERI/HE/CP/70.08 1972.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde mental e cidadania.** São Paulo: Mandacaru Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1990. p. 67-83.

KOSIC, K. **Dialética do concreto.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEFEBVRE, H. Materialismo dialético e sociologia. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, P.U.F., v. 18, 1955.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social:** os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MANRIQUE DE CASTRO, M. **A história do serviço social na América Latina.** São Paulo: Cortez, 2010.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 57-114.

MARSIGLIA, R. G. **O projeto de pesquisa em serviço social: capacitação em serviço social e política social**. Brasília: Cad/ABEPSS/CFESS/UnB, 2001. Módulo 5.

MARX, K. **O Capital. O processo de produção do capital**. Volume I, Livro Primeiro, Tomo I. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K. **O capital. O processo de produção do capital**. Volume I, Livro Segundo, Tomo I. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1984.

MARX, K. **O capital. crítica da economia política**. Volume III, Livro Terceiro, Tomo 2, Parte Segunda. 2. ed. O Processo Global da Produção Capitalista. São Paulo: Nova Cultural, 1985-1986.

MARX, K. **Capítulo VI inédito de O capital: resultados do processo de produção imediata**. São Paulo: Centauro, 2004.

MARX, K. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858. Esboços da crítica da economia política. São Paulo, Boitempo; Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

MARX, K. **Introdução à contribuição para a crítica da economia política**. 1859. Disponível em:
<https://www.marxists.org/portugues/marx/1859/contcriteconpoli/introducao.htm>. Acesso em: 03 maio 2018.

MARX, K. Prefácio para a crítica da economia política. In: **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Os Pensadores. V. XXXV. São Paulo, Abril Cultural, 1974.

MARX, K. A questão judaica. In: MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo, M Claret, [200-?]. p. 13-37. (Coleção A Obra prima de cada Autor).

MARX, K. Trabalho assalariado e capital. In: **Obras escolhidas de Marx e Engels**. [S.l.] : Avante, 1982, t1, p. 142-177.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. [S.l.] : Ridendo Castogat Mores, 1999. Disponível em <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/ideologiaalema.pdf>. Acesso em: 03 maio 2014.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. (s/d) Disponível em <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-4-Artigo-02.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

MÉSZÁROS, I. **Marx**: A teoria da alienação. Rio de Janeiro: Zahar. 1981.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte ,2006. Linha Guia da Saúde Mental.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. [S.l.: S.n.] 2000.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRANDA, L. **Transitando entre o coletivo e o individual**: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Campinas Junho, de 2009. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311875/1/Miranda_Lilian_D.pdf. Acesso em: 03 maio 2018.

MIRANDA L.; CAMPOS, R. T. O. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun, 2010. Disponível em: <http://C:/Users/diversos03/Downloads/ANALISE%20DAS%20EQUI-REFERENCIA%20EM%20SA%C3%A9ADE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 907-13, 2008.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 1991.

MOTA, A. E. Desafios do projeto ético-político: o enfrentamento do neoconservadorismo. In: SEMINÁRIO NACIONAL, Brasília, 2012. **30 anos congresso da virada**. Brasília: CFESS, 2012 p. 167-72.

MOTA, A. E. Serviço social e segurança social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 20, 2007.

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

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis/ABEPSS**, Brasília, v. 2, n. 3, 2001.

NETTO, J. P. A conjuntura brasileira: o serviço social posto à prova. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 79, 2004.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: **CAPACITAÇÃO em serviço social e política social**. Módulo I. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, J. P. Crise global contemporânea e barbárie. In: VIGEVANI, T. et al. **Liberalismo e socialismo, velhos e novos paradigmas**. São Paulo: UNESP, 1995.

NETTO, J. P. Das ameaças à crise. **Revista Inscrita**, Brasília, CFESS, n. 10., 2007.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós 64**. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. SERVIÇO social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão popular, 2011.

NETTO, J. P. Para a crítica da vida cotidiana. In: NETTO, José Paulo; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, J. P. Razão, ontologia e práxis. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Ano xv, n. 44, p. 26-42, abr, 1994.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 50, 1996.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 17-19.

PFEIFER M. O “social” no interior do projeto neodesenvolvimentista. **Revista Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 746-766, 2014.

REINALDO, A. M. dos S.; LUIS, M. A. V. Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10.1, p. 61-68, jan./mar., 2006.

RESENDE, H. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis [S.n.] 2001.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços de saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n.102, 2010.

RODRIGUES, M. **Michel Foucault sem espelhos**: um pensador proto pós-moderno. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2006. 252 p.

RODRIGUES, M. Serviço social e reforma psiquiátrica em tempos pós-modernos. **Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1997, 2002.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

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

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUANET, S. P. Iluminismo ou barbárie. In: ROUANET, S. P. **As razões do iluminismo**. São Paulo: Cia. das Letras, 1987. p. 9-45.

SALVADOR, E. **Fundo público e segurança social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SEVERINO. J. A. O uno e o múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. **Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995, p.159-176.

SILVA, E. A.; DA COSTA, I. I. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010. Disponível em: [fi-le:////C:/Users/diversos03/Downloads/O%20profissional%20de%20refer%C3%A3ncia%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf](http:////C:/Users/diversos03/Downloads/O%20profissional%20de%20refer%C3%A3ncia%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf). Acesso em: 03 maio 2018.

SILVA, M. B. B. de. **O técnico de referência no centro de atenção psicossocial**: uma nova especialidade no campo da saúde mental? Disponível em: fi-

le:///C:/Users/diversos03/Downloads/T%C3%89CNICO%20DE%20REFER%C3%8ANCIA%20CAP%2013_MARTINHO%20BRA
GA%20B%20SILVA.pdf Acesso em: 03 maio 2018.

SOARES, L.T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, M. H. Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, ago. 2009.

TENÓRIO, F. A. Breve história da reforma brasileira. In: TENÓRIO, F. A. **Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 19-40.

TOMAZ, C. S. **A cidadania do louco:** um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial. 2009. Dissertação de Mestrado. UFJF, 2009. Disponível em:
http://www.bdtd.ufjf.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=577. Acesso em: 25 set. 2016.

TOMAZ, C. S. Atribuições e Competências profissionais das e dos Assistentes Sociais. In: HORST, C. H. M. **A Dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais**. Belo Horizonte: CRESS, 2023.

TONET, I. Interdisciplinaridade, formação e emancipação humana. **Revista Serviço Social e sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 116.

TONET, I. **Pluralismo metodológico: falso caminho**. In: DEMOCRACIA ou Liberdade. 2007. Disponível em <http://www.uel.br/ceca/pedagogia/pages/arquivos/ANNE%20CAMILA%20FORTES.pdf> Acesso em: 03 maio 2018.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v.4, n. 8, p. 8-21, jan/jun. 2012.

VASCONCELOS, E. M. **Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. (Cadernos IPUB).

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em saúde mental. In: JORNADA DE PESQUISADORES EM CIÊNCIAS HUMANAS DO CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UFRJ, 1996, Rio de Janeiro. **Programa e caderno de resumos da Jornada de Pesquisadores em Ciências Humanas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

VASCONCELOS, E. M. Entrevista com Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v.14, n.1(19), p. 139-46, jan/jun. 2015.

VASCONCELOS, E. M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNL) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.57-67, jan/jun. 2012.

VASCONCELOS, E. M. Pós-modernidade, complexidade e estratégias epistemológicas para práticas interdisciplinares e interparadigmáticas em saúde mental. In: CAVALCANTE, Maria Tavares (Org.).

Saúde mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB - CUCA, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. 54, p. 132-57, 1997.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais:** perspectivas para o serviço social. São Paulo: HUCITEC, 2009.

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

WOOD, E. W. Capitalismo e emancipação humana: raça, gênero e democracia. In: WOOD, E. W. **Democracia contra capitalismo:** a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 1999.

Oriundo de tese de doutorado, a obra da assistente social e docente Cristiane Tomaz é representativa do que de melhor a academia tem produzido a respeito das contradições em processo que movimentam o trabalho de assistentes sociais num espaço sócio-ocupacional tão tenso e complexo como é o da saúde mental.

Pautada em fundamentos da tradição marxistas, a autora analisa dados referentes à pesquisa de campo com assistentes sociais, realizada em cinco cidades mineiras, de diferentes, portes nas quais estão localizados os serviços de saúde mental de base comunitária de maior complexidade, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III, trazendo ao leitor resultados inéditos que desafiam a profissão no âmbito da formação e da sua organização política. Expõe criticamente tendências contemporâneas que matrizam e deformam o mundo do trabalho, quais sejam, a da desespecialização e a desprofissionalização, contidas nas requisições institucionais (im)postas à assistentes sociais pela política de saúde mental, na sua condição de “técnicos de referência”, o que tem demandado a necessidade de conhecimentos em Psicanálise e Psicopatologia, contrariando a atual direção social da profissão e as leis de regulamentação do exercício profissional, colocando em risco o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

A obra traz uma crítica contundente que só a abordagem que alcança os fundamentos da vida social e da sociedade capitalista é capaz, o que a torna referência imprescindível pela sua inediticidadena abordagem, coragem intelectual e consistência argumentativa. Trata-se de contribuição efetiva, especialmente a todos os que se interessam pelo trabalho e formação profissional de assistentes sociais.

Yolanda Guerra
Assistente social, Docente aposentada da UFRJ,
Professora visitante da UFJF