
Capítulo 5

Política pública de saúde mental e serviço social: desafios contemporâneos

Marco José de Oliveira Duarte

Sabrina Pereira Paiva

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta uma análise sobre o campo de saúde mental e drogas e os desafios do trabalho profissional frente à política pública de saúde mental no Brasil. Para tanto, o trabalho objetiva traçar considerações sobre a referida política social no Brasil, a partir dos seus modelos assistenciais, evidenciando, por um lado, os avanços político-legais da política de saúde mental, bem como as ameaças colocadas na atual conjuntura brasileira.

Ressaltam-se, também, alguns aspectos fundamentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que desafiam o trabalho profissional do Serviço Social no cenário contemporâneo no referido campo, contribuindo, assim, com alguns apontamentos críticos sobre os desafios a esse fazer profissional. Portanto, a partir de uma reflexão crítica da política e do trabalho, na perspectiva da garantia e acesso aos direitos de usuários e familiares, hoje ameaçados pelos ditames neoliberais e pelo conservadorismo galopante, produzimos, assim, um ensaio.

No ano em que se comemoram os 40 anos do início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, vemos que o lema “por uma sociedade sem manicômios”, instituído pelo movimento da luta antimanicomial há 30 anos, se reafirma como resistência na luta pela democracia no país e pela defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde (sus) público, universal e antimanicomial.

2. PARA UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: OS MODELOS ASSISTENCIAIS EM QUESTÃO E A GESTÃO DA POLÍTICA SOCIAL

Se o processo de transformação da assistência psiquiátrica tradicional em estratégia e atenção psicossocial gerou mudanças significativas em como hoje a

loucura e o cuidado em saúde mental são vistos, é verdade também que há muito que se fazer, em particular, frente às tentativas de ameaças a partir do governo golpista em reatualizar a lógica manicomial. Desse modo, essas mudanças têm incidido sobre a gestão do cuidado, na clínica, na organização dos serviços, nas políticas do setor e na relação com os usuários e familiares e no território.

A mudança principal do modelo assistencial com a nova política de saúde mental, instituída pela Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), está centrada na noção de território, que se baseia em duas ideias: a de que os problemas de saúde mental dizem respeito ao sujeito e não à doença, e que as ações no campo de saúde mental devem ser substitutivas ao circuito emergência–internação–ambulatorio, sendo realizadas em serviços de atenção psicossocial, tendo o território como local de referência por excelência.

Nesse sentido que é necessário demarcar que o processo de substituição do modelo centrado no hospital – lógica manicomial – se deu concomitantemente à redemocratização em fins dos anos de 1970, tendo, como marco, a organização de trabalhadores que denunciaram as condições de trabalho e, consequentemente, as violações de direitos e a precariedade da atenção e cuidado aos usuários da saúde mental.

É nesse contexto, segundo Amarante (2007), que se inicia um movimento de mudanças desse processo social complexo, denominado Reforma Psiquiátrica, que implica em articular as dimensões teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural na forma de olhar e se relacionar com a pessoa com transtorno mental.

Contudo, há de se afirmar que o campo da saúde mental é constituído de vertentes, perspectivas e significados diferentes, com disputas, em particular, no que se refere ao regime de gestão do trabalho e também da referida política,

em se tratando do lócus de operação e organização dos serviços e sua lógica de produção do cuidado com a rede pública de saúde.

Assim, podemos sinalizar três tendências: uma que propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, como estamos presenciando e resistindo, com a publicação da Portaria nº 3.588/17 (BRASIL, 2017), com a retomada dos hospitais psiquiátricos especializados, com forte conteúdo corporativista imposto pela ordem psiquiátrica; uma outra que se restringiu à mera reorganização dos serviços, a qualquer custo, inclusive com parcerias público-privadas; e, por fim, a tendência histórica da gênese do movimento, que radicaliza tanto com o modelo manicomial-hospitalocêntrico em lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, reivindicando a perspectiva do usuário-centrado, quanto o modelo de privatização da saúde e da precarização do trabalho.

Portanto, mesmo com esse embate de forças no e sobre o campo da saúde mental, essas transformações assistenciais imprimiram diferentes formas de expressão e inserção dos sujeitos em sofrimento-existência no mundo, a partir da emergência de novos dispositivos assistenciais, como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, bem como os dispositivos de geração de trabalho e renda, que, sob o paradigma da desinstitucionalização, privilegiam o respeito às diferenças, às possibilidades e às limitações de cada um, rompendo com a psiquiatrização e com as relações de tutela, segregação e estigmatização dos seus usuários.

Registra-se que esse movimento se dá em conjunto com a construção do Sistema Único de Saúde, e que, portanto, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica afirmam os mesmos princípios e diretrizes, enquanto políticas públicas. Do primeiro serviço substitutivo criado em 1987 até o contexto atual, o redirecionamento do modelo assistencial avançou, como previsto na Lei nº 10.216/01, em um

conjunto de Portarias do Ministério da Saúde, apesar de terem tido apenas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental para avaliarem a referida política, do ponto de vista do controle social. Todavia, há ainda muito a fazer para consolidar a política de saúde mental na perspectiva do ideário reformista em sua gênese, principalmente, porque a trajetória da Reforma Psiquiátrica e sua implementação se deram de maneira heterogênea, desigual e singular em cada região do país.

Atualmente, segundo os dados do Ministério da Saúde¹, consolidados no ano base de 2016, os serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial são: 2.500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades (CAPS, CAPSI – infantil e CAPSAD – álcool e outras drogas) e tipos I, II e III (24 horas); 57 Unidades de Acolhimento (UA) entre UA Infantil e UA Adulto; 489 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 1.167 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 150 unidades do Programa Consultórios na Rua. Ressalta-se que se tem 1.163 leitos nos ainda 263 hospitais psiquiátricos e 1.800 Comunidades Terapêuticas, sendo que apenas 300 delas mantêm parcerias com o Governo Federal, no âmbito do Programa “Crack: é possível vencer”. Por meio dessa parceria, a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) oferece o apoio financeiro público para essas organizações, em sua maioria religiosas, que atendem usuários de drogas.

Se em 2001 se constituiu o marco no processo reformista brasileiro, em decorrência da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, contudo, em 2011, tivemos a contraditória Portaria GM/MS nº 3.088, que incluiu as Comunidades Terapêuticas na então promulgada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), muito em decorrência do pacto

1 Registra-se que a última versão de consolidação dos dados do Ministério da Saúde é de outubro de 2015, contudo, sobre os dados de até 2014 (BRASIL, 2015). Há um limite em acessar esses dados expostos no texto, inexistentes no portal do Ministério da Saúde, e isso só foi possível pela captura de imagens projetadas pelo atual Coordenador Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Dr. Quirino Cordeiro Junior (professor de psiquiatria da UNIFESP) em reunião da Frente Parlamentar de Saúde Mental, na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, em 21 de junho de 2017, que promoveu o debate “Saúde Mental no Brasil”.

e conciliação com setores conservadores na gestão tanto da política social como no cenário político da administração do Estado brasileiro, e isso culminou na abertura de vagas – um novo processo de manicomialização com o Programa “Crack, é possível vencer”.

Cabe salientar que numa conjuntura de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças opostas à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras que ressuscitam o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de interações forçadas, impuseram-se desafios e obstáculos ao avanço da produção do cuidado antimanicomial.

Mas isso só veio à cena pública em dois episódios: o primeiro, de acordo com Coe e Duarte (2017), em 2013, por ocasião do I Encontro Nacional da RAPS, no Paraná. Houve o acirramento da plenária final do evento com relação à gestão nacional de saúde mental, no que se refere à retirada imediata das Comunidades Terapêuticas da RAPS, aclamada por unanimidade, da mesma forma com relação à repulsa as internações compulsórias aos usuários de drogas em situação de rua.

O segundo foi em 2015, tornando pública a contradição e a ambiguidade com relação à gestão da política social e, muito precisamente, em decorrência dos “conchavos” para impedir o processo de *impeachment* de Dilma Rousseff. O então ministro da saúde, Arthur Chioro, que tomou posse em 2014, no segundo mandato da então presidenta Dilma Rousseff, é exonerado por telefone, em setembro, e, por indicação da bancada do PMDB aliada, toma posse o psiquiatra de linha conservadora Marcelo Castro. Em dezembro, este substitui o então coordenador nacional de saúde mental por Valencius Wurch Duarte Filho, que é da mesma linha do referido ministro, além de ter sido o diretor do maior manicômio privado da América Latina, a Clínica Doutor Eiras, em Paracambi/RJ.

Contudo, cabe ressaltar que os problemas de transição da gestão da política que aparentemente só estavam incidindo no jogo do poder, macularam o ideário reformista, acirrando, assim, os problemas na gestão de recursos humanos. Dentre os mais graves, há a precarização nas relações trabalhistas, centrada na parceria público-privada, os baixos salários, implicando em múltiplos empregos dos trabalhadores, a sobrecarga de trabalho e a baixa adesão aos novos processos de trabalho em equipe, no território, matriciando ações de saúde mental com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de repercutir diretamente nas linhas e produções de cuidado junto aos usuários e familiares.

Portanto, houve três meses de ocupação da sala da Coordenação Nacional da Saúde Mental pelos ativistas dos movimentos da luta antimanicomial, pois foram retirados à força pela polícia, a mando da presidência. Mesmo com a demissão do coordenador, dada a pressão de repercussão nacional, a derrota foi coroada com o governo golpista, em 2016, com seus novos gestores das pastas da saúde e saúde mental.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS NOVOS MODOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TERRITORIAL

Ao tomarmos a Reforma Psiquiátrica como processo político de desconstrução do modo manicomial de tratamento da/para a saúde mental, a construção de um outro olhar, de outros serviços e referências passa a ser fundamental. Os conceitos de desinstitucionalização, integralidade, responsabilização e inter-setorialidade, entre outros, são presentes na análise dessa nova produção de cuidado em saúde e colocam-se como primordiais na perspectiva da construção

de uma rede de atenção em saúde (RAS) e, em particular, de uma rede de atenção psicossocial (RAPS).

A integralidade, como uma das diretrizes do SUS, também está relacionada à noção de direito à saúde. A Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) define integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No entanto, a noção de integralidade, segundo Furtado e Tanaka (1998), extrapola o conceito anterior, pois o cuidado integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual; e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

Nesse sentido, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização: “o serviço deve responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência, e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p. 62). No entanto, essa tarefa não se restringe aos serviços de saúde mental, a partir da nova lei de saúde mental, e, mesmo das Portarias nº 336/2002 (BRASIL, 2002) e nº 3088/2011 (BRASIL, 2011), do Ministério da Saúde; deve haver uma articulação entre os segmentos sociais que compõem a RAPS, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida das pessoas.

Para Amarante (1996), portanto, é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença; faz-se necessário promover mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas, como princípio ético-político de garantia dos seus direitos de cidadania. Assim, de acordo com essas Portarias, os CAPS

devem se responsabilizar, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

Dessa forma, a responsabilização pela população atendida deve ser um princípio norteador do novo modelo de atenção em construção. A produção do cuidado, portanto, baseia-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto – modelo de atenção psicossocial –, como uma das portas de entrada para a RAPS, que garanta cuidado e a livre circulação dessas pessoas pelos serviços, comunidade e cidade.

Assim, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do SUS, diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas e facilitando a criação de estratégias e linhas de cuidado, seja estimulando sua participação nas atividades existentes nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

É desse processo de trabalho que emerge o matriciamento em saúde mental às equipes da ESF no território, com a possibilidade de ampliação do trabalho do cuidado da atenção psicossocial. No apoio matricial, observa-se que muitas pessoas com transtorno mental pouco comparecem às unidades de saúde ou não estão realizando acompanhamento nos CAPS, ou porque não precisam, ou porque apresentam outra necessidade de cuidado. Há uma dificuldade de oferecer cuidados integrais, pois existem também outras pessoas que demandam atenção das ESF, além das dificuldades que as equipes encontram em dar continuidade ao cuidado aos usuários que não se encontram nos CAPS, por apresentarem comprometimento em suas habilidades e necessitarem de cuidados, não intensivos, mas de uma atenção voltada por conta do transtorno, de reinserção social e de cuidado no território.

Essa lógica territorial e de compartilhamento entre CAPS e ESF, através do apoio matricial, estabelece a integralidade da atenção aos indivíduos e suas famílias que demandam cuidados de saúde mental, que eventualmente não frequentam os CAPS ou não utilizam os serviços disponibilizados pela ESF. No entanto, isso se coloca como um dos desafios aos dispositivos de cuidado de forma colaborativa, de maneira que estes tenham acolhimento, apoio e participem das atividades dessa integração compartilhada.

Nesse sentido, isso só é viável pela ruptura com um modelo centrado na doença que vem fragmentando o processo de trabalho das equipes, dando lugar às especialidades, elevando as filas de espera por consultas em saúde mental, com as internações nos hospitais psiquiátricos, em resposta à crise. Nesse processo, a escuta, o vínculo e a gestão do cuidado são secundarizados, dificultando o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica.

Aposta-se, assim, em linhas de cuidado que potencializem recursos na atenção básica e que venham garantir novas práticas de cuidado em saúde mental, não restringindo tal atenção apenas aos serviços substitutivos, ampliando-se, conseqüentemente, os espaços sociais de acolhimento da loucura. Cuidar das pessoas com sofrimento psíquico o mais próximo possível de sua família, em seu contexto social, rompendo com o modelo centrado no hospital, sempre foi o objetivo da Reforma Psiquiátrica.

Embutidos nesta análise, se destacam os conceitos de articulação e intersectorialidade, que são as bases de construção de uma rede de cuidados no território. A desinstitucionalização, como vimos, aponta para a criação de uma rede que estabeleça conexões e laços com outros setores das políticas públicas, para o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos, com outras práticas, isto é, propõe uma interlocução constante com outros campos.

Dessa forma, convoca-se a participação de diferentes atores sociais, tornando-o um campo permeável, plástico, poroso, dando a ideia de construção e reconstrução, ou seja, de movimento constante e permanente. Com a articulação, pode se dar maior sustentação ao campo, além de fazer com que a Reforma Psiquiátrica no sus aconteça e se afirme enquanto política pública de Estado, indo além dos referidos dispositivos técnico-assistenciais.

Desta feita, desenvolvem-se ações integradas e intersetoriais em rede e no território, com outras políticas públicas, estabelecimentos e parcerias, sejam públicas, privadas e de iniciativas da sociedade civil, que vêm se efetivando timidamente.

Assim, a atenção em saúde inclui ou deveria incluir, necessariamente, ações dirigidas também aos familiares, como usuários dos serviços, e comprometendo-se com a construção de uma rede ampliada e compartilhada de saúde, respeitando as possibilidades individuais, coletivas, organizacionais e institucionais na perspectiva da cidadania e do direito à saúde.

Portanto, o território, assim, é o lugar sobre o qual o serviço assume a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, incluindo nele, a dimensão do trabalho doméstico do cuidado, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando enriquecê-lo e expandi-lo. O território, dessa forma, é vivo e dinâmico, pois é composto de sujeitos sociais. “A sociedade incide sobre o território, e este, sobre a sociedade” (SANTOS, 2000, p. 70), pois o território refere-se às forças vivas de uma dada comunidade.

Dentre todos os desafios a serem enfrentados na construção desse novo modo de produzir cuidado em saúde mental, destacam-se os obstáculos concretos na reprodução da vida social dos sujeitos com sofrimento psíquico, a dificuldade

do acesso aos direitos sociais básicos, e, especialmente, os relacionados ao morar, ao trabalho e ao lazer.

Assim, foram criados dispositivos e estratégias para intervir sobre tais questões, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou moradias assistidas, que estão organicamente associadas à diminuição e fechamento dos leitos psiquiátricos, mas que pela Portaria nº 3.588/17 (BRASIL, 2017) mantêm o leito em aberto e com recurso financeiro, reforçando o modelo hospitalar-manicomial. Portanto, se a inversão do modelo assistencial foi e ainda é acompanhada, também, pelo deslocamento do financiamento, é real com a nova gestão da política reinvestir no manicômio e desfinanciar a rede de atenção psicossocial originária há trinta anos atrás.

Da mesma forma, outras questões emergem, como a inserção social pelo trabalho, que se constitui um dos maiores enfrentamentos e desafios na construção do modo de cuidar psicossocial, que se dá, principalmente, nas oficinas de geração de trabalho e renda, por ainda realizar-se nos limites dos CAPS. Por outro lado, apesar de a saúde mental constituir-se em vários pontos de cultura, muitos dos usuários ainda têm limitações de prover suas condições materiais de sobrevivência e, mesmo com os ditos benefícios, ameaçados nessa conjuntura, é necessário reafirmar, de forma coletiva, o posicionamento ético-político em defesa dos direitos e das políticas públicas.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

O debate sobre o trabalho do assistente social na saúde mental ganhou maior expressão no interior da categoria especialmente a partir da instauração do

processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, quando se deu a ampliação da atuação deste profissional na área.

Ressaltam-se os avanços teórico-metodológicos e das práticas de cuidado em saúde mental a partir do processo de construção da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, na medida em que tal movimento representou a recusa ao reducionismo que o saber médico psiquiátrico impôs à loucura, ao equacioná-la à doença, possibilitando um movimento de reconstrução de sua complexidade, aberto à contribuição dos diversos saberes e instâncias sociais e políticas. A Reforma Psiquiátrica se funda no solo interdisciplinar e intersetorial, no qual as várias disciplinas buscam construir a produção de conhecimentos e práticas de cuidados direcionados aos usuários, seus familiares e a comunidade.

Além disso, deve-se observar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi contemporâneo do de renovação do Serviço Social no país, ocorrendo uma sintonia entre os princípios de ambos. Entre eles, destacamos: a liberdade como valor ético central; a defesa dos direitos humanos e a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito (ROSA, LUSTOSA, 2015).

Entretanto, a despeito dos avanços conquistados, permanecemos, enquanto categoria, com vários dilemas, os quais estão ligados tanto ao lugar profissional que historicamente a categoria construiu e constrói nessa área quanto à conjuntura econômica, política, ideológica e institucional de desmantelamento dos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a partir do avanço do neoliberalismo no país.

Com relação ao papel e às demandas historicamente construídas e colocadas para a(o) assistente social na saúde mental, é importante ressaltar inicialmente, conforme já registrado pela literatura da área, que a inserção desse profissional, em meados da década de 1940, no âmbito dos serviços sociais psiquiátricos,

possuía um caráter de Serviço Social clínico, voltado para intervenções junto às famílias, visando o ajustamento aos preceitos higienistas, particularmente nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil, ligados ao sistema previdenciário (BISNETO, 2005; SCHEFFER, 2017).

Nota-se, assim, que a inserção de assistentes sociais no campo da saúde mental brasileira tem se dado pela necessidade do Estado em controlar as expressões da questão social, sendo que parte da categoria profissional, naquele momento, passou a fundamentar a sua prática profissional no campo *psi*, investindo na formação em psicanálise e terapia de família (ROSA, LUSTOSA, 2015).

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo biomédico, centrado na doença, no hospital e na cura por procedimentos e fármacos, só cresceu no Brasil e no mundo. Mas a força desse modelo não implica a inexistência de movimentos de resistências, opostos ao crescimento do mercado da saúde e do poder biomédico. Nesse sentido, houve expansão de tais movimentos questionadores e de transformação das práticas em saúde mental na perspectiva dos direitos humanos e da cidadania, os quais se espalharam e foram adquirindo força a partir da segunda metade do século xx.

No Brasil, o debate tomou definitivamente a cena pública através do Movimento pela Reforma Sanitária, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em fins da década de 1970. Como conquista desse movimento para o campo da saúde mental, temos a emergência do campo denominado “atenção psicossocial” no país, a partir da década de 1990.

Entretanto, é sabido que nessa mesma época a sociedade brasileira passou a ser objeto das políticas de ajuste fiscal, com a perda paulatina dos direitos sociais historicamente conquistados, a redução do emprego e a precarização dos existentes, o fortalecimento do caráter focalizado das políticas sociais e a

restrição de financiamento para essas políticas, especialmente a de saúde. No que tange à saúde mental, percebemos, ainda, retrocessos relacionados ao retorno do discurso manicomial, de práticas repressivas, de controle e disciplinamento dos corpos.

Conforme salientado por vários autores, essa conjuntura é deletéria para o resultado e a qualidade dos serviços prestados, colocando-nos, desde a década de 1990, o desafio de negarmos a vertente da “desospitalização como desassistência” (AMARANTE, 1996), pois é notório que não logramos a conquista do Estado de Bem-estar Social, conforme vivenciado na experiência reformista italiana.

Por outro lado, é necessário considerar que os diferentes saberes e discursos produzidos sobre a cidadania do “louco”, a partir do contexto da reforma, não necessariamente estão ligados à mesma matriz epistemológica, analítica e de intervenção. Pelo contrário, as palavras cidadania, acolhimento, escuta, cuidado, clínica ampliada, entre outras, são frequentemente utilizadas indistintamente por todos os atores e forças sociais do campo.

Concordamos com Robaina (2010, p. 344), quando ela chama atenção para o deslizamento, na conjuntura atual, “de um modelo psiquiátrico para um modelo psicológico”, o qual é extremamente atraente ao recorte neoliberal, já que o centramento exclusivo nos sujeitos parece esconder os contextos sociais nos quais estão imersos. Sendo assim, conforme identificado por Robaina (2010), uma das matrizes de atuação do assistente social na saúde mental permanece identificada com a atividade “clínica” psicologizante. Nesse contexto, o social fica borrado, diluído, descaracterizado, aparecendo como “sendo tudo e nada ao mesmo tempo” (BISNETO, 2005).

Nesse íterim, chama atenção a construção do que Lancetti (2008) denomina de CAPS “turbinado”, já que todos os técnicos de nível superior, com exceção

dos psiquiatras, transformam-se indistintamente em “técnicos de referência” ou “técnicos de saúde mental”. Ressalta-se que a figura do técnico de referência pode servir para diluir e, até mesmo, dissolver certas competências e atribuições privativas do assistente social, especialmente no contexto de hegemonia do discurso *psi* (ROSA, LUSTOSA, 2015, p. 36). Certamente, é fundamental o desenvolvimento de competências interprofissionais, e a pluralidade dos saberes disciplinares inseridos na área da saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma perspectiva mais rica e afinada com o olhar integral. Contudo, precisamos cuidar para que, ao tentarmos fazer frente ao discurso/prática *psi*, não esbarremos em uma “perspectiva assistencialista instrumental” (ROBAINA, 2010, p. 346).

Nesse sentido, percebe-se que o campo da saúde mental coloca, hoje, para o/a assistente social e demais profissionais inseridos nesse campo, o desafio de compreender e problematizar as determinações sócio-históricas do sofrimento mental e questionar a descaracterização dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Além disso, coloca, também, a necessidade de discutirmos sobre as possibilidades para a atuação profissional da(o) assistente social, considerando as particularidades dos(as) usuários(as) da saúde mental que trazem consigo, em sua grande maioria, um histórico de exclusão, preconceito, discriminação, institucionalização e asilamento.

Isso implica em construirmos espaços de interlocução com outros profissionais e instituições, visando ofertar o cuidado mais ampliado aos usuários da saúde mental e seus familiares. A atuação junto aos familiares e comunidade pode ser um rico espaço para desconstrução do estigma da loucura, através do estímulo à mobilização e organização em defesa de direitos, através da criação, fomento ou inserção em associações que representem os interesses desse segmento, por exemplo. É fundamental ir além dos limites impostos pelas instituições e pela política local e alinhar os usuários, familiares e técnicos com o movimento nacional de luta pela Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, faz-se necessário que o Serviço Social esteja articulado e sintonizado com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. É imperiosa a construção permanente da análise crítica da política de saúde mental, observando-se que a lógica neoliberal, além de sucatear os serviços públicos de saúde mental, criou uma rede paralela de serviços privados e filantrópicos, que foge aos padrões da universalidade da saúde, caracterizando-se pela focalização e seletividade.

Ressalta-se ainda algo que toca diretamente no trabalho profissional no âmbito da saúde no contexto atual, que diz respeito aos efeitos da sistemática precarização dos vínculos trabalhistas, comprometendo a organização dos trabalhadores e do trabalho, impactando a equidade de direitos e a democratização das relações, com nítidos reflexos na perspectiva de constituição de práticas interprofissionais e na qualidade dos serviços prestados.

Além disso, chamam à atenção as dificuldades para a construção do trabalho intersetorial visando possibilitar, aos sujeitos, uma perspectiva de cuidado integral e desejavelmente ancorado no território de vida desses. Sendo assim, é urgente considerarmos a construção de ações em rede intersetoriais como horizonte de intervenção para os(as) assistentes sociais e demais profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental.

Por fim, é importante salientar que as expressões da questão social que atravessam a saúde mental no plano macrossocial envolvem as repercussões relativas ao avanço das desigualdades sociais na sociedade brasileira, referindo-se à violência, ao estigma, à exclusão de direitos. Não é possível escamotear essa discussão no cotidiano dos serviços de saúde mental, pois senão estaremos falando de uma cidadania retórica: não é possível falarmos de cidadania sem falarmos em desigualdade.

Nesse sentido, cabe a hipótese trabalhada por Vasconcelos (2017, p. 36) de que, na conjuntura de crise atual juntamente com a heterogeneidade da base social do movimento antimanicomial no Brasil, há uma tendência de “hipervalorização voluntarista do ativismo micropolítico”, como se o avanço das políticas e programas decorresse do simples comprometimento de profissionais com os valores da luta antimanicomial, porém esse ativismo tem resultados rasos no enfrentamento político e na estratégia de defesa dos projetos reformistas na saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, precisamos cuidar para que não caiamos nessa retórica vazia e que possamos, cada vez mais, buscar alianças e formular estratégias políticas mais amplas junto aos demais profissionais e movimentos sociais. Urge fortalecermos a luta antimanicomial e essa tarefa é de todos os profissionais, dos familiares, dos usuários, enfim, de todos aqueles que acreditam na Reforma Psiquiátrica em toda sua amplitude, que se implica com um projeto de sociedade sem manicômios em todos os sentidos que essa perspectiva nos aponta.

O campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e a problematização sobre o cuidado em saúde mental e o trabalho profissional do Serviço Social foram abordados por diferentes olhares e pontos de vista neste capítulo, evidenciando a complexidade do processo de análise de tão amplo processo social.

Abordar as transformações pelas quais passam as políticas públicas de saúde mental no Brasil e a relação com o fazer profissional tem proporcionado a todos(as) nós, do referido campo, um acúmulo teórico e político que permite contribuir para avançar rumo à sociedade sem manicômios, implicados com

os desafios e os obstáculos postos na afirmação da política pública que resiste coletivamente pelo conjunto de seus trabalhadores, usuários e familiares.

Referências

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 82, p. 110-130, jul./2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.
- 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.
- COE, N. M.; DUARTE, M. J. O. A construção do campo da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. *In: DUARTE, M. J. de O. et al. (Org.). Serviço Social, saúde mental e drogas: políticas públicas e direitos humanos*. Campinas: Papel Social, 2017.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta a Crise. *In: AMARANTE, P. (Org.). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2). Paulo de Frontin: NAU, 2005.
- FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *In: Revista de Saúde Pública*. v. 32, n. 6, p. 587-505, 1998.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 102, p. 39-351, jun. 2010.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental? *In: Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 27-50, maio 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, M. *et al.* **Território e sociedade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

SCHEFFER, G. Subsídios históricos para a crítica dos fundamentos do serviço social clínico no Brasil. *In:*

DUARTE, M. J. de O. *et al.* (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**: políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.

VASCONCELOS, E. M. Contribuições recíprocas entre o serviço social brasileiro e o campo da saúde mental, e a análise crítica da reforma psiquiátrica no contexto neoliberal. *In:* DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**: políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.