

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: A
EXPERIÊNCIA DOS CAPS III / CERSAMs DE MINAS GERAIS (BRASIL)**

***THE SOCIAL WORKERS' PRACTICE IN MENTAL HEALTH: THE
EXPERIENCE OF THE CAPS III / CERSAMs OF MINAS GERAIS (BRAZIL)***

Cristiane Silva-Tomaz ¹

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 9, nº 17, julio-diciembre 2019

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i17.9181>

¹ Universidade Federal de Ouro Preto (Brasil).

Correspondencia: Cristiane Silva Tomaz. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social. Rua do Catete, 166, Campus Mariana, Gabinete 27. Minas Gerais, 35420-000. Brasil. E-mail: cristianetomaz.jf13@gmail.com

Recibido: **01-04-2019** Revisado: **14-06-2019** Aceptado: **27-06-2019** Publicado: **15-12-2019**

Cómo citar / How to cite:

Silva-Tomaz, C. (2019). O trabalho do assistente social na saúde mental: a experiência dos CAPS III / CERSAMs of Minas Gerais (Brasil). *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(17), 41-64. doi: 10.30827/tsg-gsw.v9i17.9181

Resumo

Este artigo apresenta dados parciais da nossa pesquisa de doutorado sobre o trabalho dos Assistentes Sociais nos serviços substitutivos ao manicômio, no estado de Minas Gerais (Brasil), especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III (Tomaz, 2018). O objetivo principal com esta pesquisa foi identificar e problematizar o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais na saúde mental, a partir da forma como estes profissionais captam seu exercício profissional. Assim, identifica e problematiza a intervenção profissional nesta área, a fim de apreender se esses 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 crítico do Serviço Social. Foi possível verificar como a incorporação da função de “Técnico de Referência” gera relativa subordinação do trabalho dos Assistentes Sociais a esta função genérica e inespecífica, cuja atuação caracteriza-se por ser individualizante e subjetivista, demandando dos Assistentes Sociais conhecimentos específicos em psicanálise e psicopatologia, o que contraria a atual direção social do Projeto Profissional Crítico do Serviço Social brasileiro, construído no acúmulo do debate profissional dos últimos 40 anos.

Abstract

This article presents partial data from our Doctoral research on the Social Workers' practice in anti-asylum substitutive services, in the State of Minas Gerais, Brazil, specifically at Psychosocial Attention Centers (CAPS III). The main objective of this study was to identify and question the work carried out by Social Workers in mental health, stemming from the way these professionals understand their professional exercise. Thus, it identifies and questions the professional intervention in this area in order to understand whether these workers embody the critical-dialectical thinking, and whether it is viable to resort to a critical professional intervention in accordance with the guidelines alluded to by the current Social Work's Critical Professional Project. It was possible to verify how the incorporation of the "Reference Staff Member" gives rise to a relative subsumption of the Social Workers' practice to this general and unspecific function. This demands from Social Workers specific knowledge on Psychoanalysis and Psychopathology, what contradicts the current social direction of the Brazilian Social Work's Critical Professional Project, developed within the last 40 years' professional debate.

PC.- Serviço Social; saúde mental; trabalho do Assistente Social; técnico de referência; pensamento crítico-dialético

KW.- *Social Work; mental health; social worker's practice; reference staff member; critical-dialectical thinking*

Introdução

Este artigo é fruto de uma investigação sobre o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais na saúde mental nos serviços substitutivos ao manicômio no estado de Minas Gerais, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III/CERSAMs, a partir da qual elaboramos nossa tese de doutorado, defendida em junho de 2018 e este artigo apresenta dados e reflexões parciais da pesquisa realizada, para elaboração da referida tese. A Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002a) estabelece os Centros de Atenção Psicossocial como um dos dispositivos substitutivos ao manicômio 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 diárias, incluindo feriados e finais de semana.

Nosso objetivo principal com esta investigação foi identificar e problematizar o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais nos referidos serviços de saúde mental, considerando: o cenário sócio-histórico em que este exercício se realiza, seus rebatimentos no campo da política social – em especial das políticas de saúde e saúde mental –; a condição de trabalhador assalariado dos Assistentes Sociais e suas condições de trabalho; e as influências teórico-políticas que vêm determinando a direção desse trabalho. Buscamos, com isso, identificar e problematizar a intervenção profissional nesta área, a fim de apreender se esses profissionais incorporam, ou não, o pensamento crítico-dialético¹ e se isso viabiliza ou não uma intervenção profissional crítica nos rumos aludidos pelo atual Projeto Profissional crítico do Serviço Social brasileiro.

1. O contexto de crise estrutural do capital e suas inflexões no âmbito da política social

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, como qualquer outro trabalhador, vivenciam as mesmas dificuldades, a mesma precarização e alienação no trabalho.

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 – SUS – (Lei Orgânica da Saúde, 1990) e tem sucateado a assistência à saúde e à saúde mental da população.

No âmbito específico da política de saúde mental brasileira, este quadro de sucateamento dos serviços públicos tem atingido a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde. Consideramos que esta realidade, no âmbito da 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 saúde mental centrado no manicômio, que é excludente e segregador, e sua substituição pelo modelo aberto, comunitário e territorializado, como os CAPS/CERSAMs e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT),² por exemplo. Nesta direção, o fim do manicômio pressupõe a criação de um conjunto de serviços substitutivos, que funcionassem a partir dos princípios e das diretrizes do SUS e da Lei nº 10.216/2001. Assim, 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, pelo que vimos com a pesquisa empírica realizada, 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.

2. Os serviços de saúde mental brasileiros enquanto espaços sócio-ocupacionais para o Assistente Social

A partir da última década, a Reforma Psiquiátrica iniciada no País, após um longo movimento de questionamento e superação do modelo de atenção à saúde mental centrado no hospital psiquiátrico, levou à abertura e expansão da rede de serviços substitutivos ao manicômio e os serviços de saúde mental brasileiros vêm se expandindo como espaços sócio-ocupacionais para o Assistente Social, principalmente a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Esta expansão tem possibilitado a inserção de Assistentes Sociais nos serviços substitutivos ao manicômio e desafiado os profissionais a construírem um trabalho que seja qualificado e coerente com o acúmulo teórico-político e técnico-interventivo do Serviço Social brasileiro dos últimos 40 anos. Isto, apesar da ameaça de continuidade desse modelo de assistência psiquiátrica colocada pelo governo federal, que aprovou a Portaria Nº 3.588 (Ministério da Saúde, 2017) e uma nova "Política Nacional sobre Drogas" (Ministério da Saúde, 2019) as quais trazem em seu conteúdo alterações que valorizam o modelo biomédico e enfraquecem a lógica de construção do cuidado em Saúde Mental, a partir da Rede de Atenção Psicossocial. As diretrizes contidas nesta nova política consolidam portarias e resoluções publicadas desde o final de dezembro de 2017. Entre as alterações, constam: a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia – eletrochoques – para o SUS; a internação de crianças em hospitais psiquiátricos e a defesa da abstinência para o tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, em substituição à política de danos. Assim, entendemos que esse conjunto de medidas, adotado recentemente para a política de saúde mental, favorece a possibilidade de renascimento do modelo hospitalocêntrico e essa nova diretriz da política nacional de saúde mental altera radicalmente a proposta de cuidado psicossocial, que vinha sendo adotada até 2016, na medida em que há um incentivo à internação em hospitais psiquiátricos, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta rede, que tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, vem sendo construída no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, a partir das últimas medidas governamentais citadas acima, esta rede encontra-se sob forte ameaça de continuidade.

Nossa curiosidade investigativa em relação ao trabalho realizado pelos Assistentes Sociais nos serviços, até então substitutivos ao manicômio, girava em torno das seguintes questões: como os Assistentes Sociais estariam construindo seu trabalho no interior dos serviços de saúde mental? Esse trabalho estaria refletindo o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico interventivo do Serviço Social brasileiro dos últimos 40 anos? Além disso, quais as influências teórico-metodológicas e ideo-políticas estariam influenciando a construção e realização do trabalho do Assistente Social no âmbito da saúde mental?

3. Situando o Serviço Social brasileiro

O Serviço Social brasileiro, a partir dos anos 1980, por via da crítica marxista, tem se posicionado claramente contrário à ordem burguesa e ao conservadorismo no interior da profissão, depurando, com isso, os “vícios voluntaristas e fatalistas que marcaram a deflagração do processo de superação do tradicionalismo profissional”, conforme afirma Rodrigues (1997, p. 95). 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 brasileiro 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” 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.

Há que se esclarecer que o que estamos denominando como “questão social” e suas diversas refrações tem vinculação com os desdobramentos sócio-políticos que marcaram o início do século XIX, através dos protestos da classe trabalhadora contra a ordem burguesa, que se fundou na passagem do século XVIII ao XIX, que marca a consolidação do modo de produção capitalista e monopolista. Tais protestos constituíram-se numa ameaça real às instituições sociais existentes. Assim, consideramos que a anatomia da “questão social” está explícita na “Lei geral da acumulação capitalista”, Capítulo XXIII, livro I d’O Capital, no qual 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, p.210).

Assim, a “questão social” é tributária das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa e não um fenômeno recente. Por isso, nesta perspectiva analítica, não há a possibilidade de superação da “questão social” e, ao mesmo tempo a manutenção da ordem capitalista. Nesse sentido, nos cabe esclarecer que “questão social” é também 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 e Carvalho, 2005 p.77).

O Serviço Social brasileiro, a partir da busca pela ruptura com o tradicionalismo e pela incorporação do marxismo, mudou também 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 os princípios do atual Projeto ético-político do Serviço Social,³ não deve abstrair os indivíduos da complexidade das relações sociais em que estão inseridos, em suas dimensões objetivas e subjetivas (Conselho Federal de Serviço Social, 2010a, p.12).

A direção social assumida pela categoria dos Assistentes Sociais brasileiros, nos últimos 40 anos, que se desdobrou do veio mais crítico do Movimento de Reconceitualização Latino Americano, diverge de uma 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 vivida pelos usuários, mas de compreender que ela não se configura como objeto do trabalho do Assistente Social, mesmo reconhecendo que o resultado desse trabalho tenha impactos na subjetividade dos usuários atendidos pelos Assistentes Sociais.

4. Metodologia

A pesquisa empírica realizada que deu origem aos elementos aqui apresentados foi realizada, no Brasil, em cinco cidades do estado de Minas Gerais, a saber: 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 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III), conhecidos também em alguns municípios como Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs). No total, foram 09 serviços de saúde mental que fizeram parte desta pesquisa e 11 Assistentes Sociais entrevistados.

A construção teórico-analítica sobre o tema proposto neste estudo se deu a partir do substrato teórico-metodológico do pensamento crítico-dialético, uma vez que este pensamento possibilita uma maior apreensão da realidade social, enfatizando as "relações entre indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e a sua compreensão pela ciência, e as correntes que enfatizam o sujeito histórico e a luta de classes" (Minayo, 2000, p.64). O objetivo central, quando se escolhe este referencial teórico-metodológico, está em romper com o modo de pensar dominante. Este pensamento possibilita uma maior apreensão da realidade social, aproximando-nos de uma assimilação 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 foi alcançado por meio de entrevistas realizadas junto aos Assistentes Sociais, a partir de um roteiro de entrevistas, semi-estruturado, com abertura para questões e diálogos não previstos no mesmo. Com esse instrumental, buscamos uma indagação, uma aproximação e um aprofundamento em relação ao trabalho dos Assistentes Sociais e se isso demonstra a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético por esses profissionais.

Como universo empírico da pesquisa que apresentou 09 serviços e 11 Assistentes Sociais, realizamos uma análise essencialmente qualitativa do material, tendo em vista que, segundo Minayo (2000), "o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo (...) complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação" (p. 21). Todavia, o fato de considerar esta particularidade do objeto das Ciências Sociais e, por isso, em hipótese alguma se desconsidera a importância do método quantitativo. Ao contrário, quando necessário, recorreremos ao suporte quantitativo para evidenciar determinados

aspectos da realidade pesquisada. Acreditamos, pois, que essas análises juntas são complementares e oferecem melhor apreensão da realidade pesquisada. Assim, o material obtido por meio das entrevistas foi objeto de análise de conteúdo após sistematização dos dados coletados.

5. Resultados parciais da pesquisa

A partir das entrevistas realizadas com os Assistentes Sociais pudemos verificar que o trabalho realizado nestes serviços se dá sob a perspectiva do trabalho em equipe interprofissional e está organizado a partir da função, denominada por nós de genérica e inespecífica, do “Técnico de Referência”. De acordo com os profissionais entrevistados, as atribuições como “Técnicos de Referência” foram postas para os Assistentes Sociais como uma determinação institucional, a partir da organização do trabalho em equipe interprofissional nos CAPSIII/CERSAMs, no qual estes profissionais se inserem. Contudo, não encontramos produções teóricas que fundamentassem as origens da denominação do chamado “Técnico de Referência” nos serviços de saúde mental brasileiros. As produções teóricas a que tivemos acesso partiam da existência dessa figura como algo dado, inevitável e, para nós, desprovida de historicidade.⁴

Encontramos alguma referência para a incorporação desta função em um documento do Ministério da Saúde (2004) intitulado *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*.⁵ 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* (Ministério da Saúde, 2004),

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 (p. 16).

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*”.

De acordo com o relato dos Assistentes Sociais, as particularidades de cada profissão estão subsumidas a esta função genérica onde “todos” fazem “de tudo”. No entanto, esse “todos” exclui a categoria dos médicos em todos os serviços e em alguns, exclui também a dos enfermeiros. Porém, todos os Assistentes Sociais entrevistados afirmaram desempenhar funções como “Técnicos de Referência”. As atribuições dos profissionais que assumem esta função -pela forma como esta tem sido desempenhada pelas equipes de trabalho-, estão vinculadas a uma escuta individualizada dos usuários dos serviços e a um acompanhamento de caráter terapêutico e subjetivista. Essas atribuições têm imposto aos Assistentes Sociais a necessidade de adquirirem conhecimentos em Psicanálise e Psicopatologia, para sua intervenção como “Técnicos de Referência”. O que contraria a

atual direção social da profissão e as legislações nacionais que regulam o exercício profissional, como por exemplo, a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 569 (2010b), que "Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social" e estabelece:

Art. 2º. Para fins dessa Resolução consideram-se como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias: a) Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas; b) Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique.

Art. 3º. Fica vedado ao Assistente Social vincular ou associar ao título de assistente social e/ou ao exercício profissional as atividades definidas no artigo 2º desta Resolução;

Parágrafo primeiro – O Assistente Social, em seu trabalho profissional com indivíduos, grupos e/ou famílias, inclusive em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, deverá ater-se às suas habilidades, competências e atribuições privativas previstas na Lei 8662/93, que regulamenta a profissão de assistente social.

Esta legislação deixa claro que não compete aos Assistentes Sociais brasileiros a realização de atividades profissionais com fins psicológicos ou psicanalíticos que atuem sobre a psique, mesmo que o trabalho esteja sendo realizado em equipes multi ou interdisciplinares⁶.

Outro dado importante diz respeito a incorporação ou não do pensamento crítico dialético pelos Assistentes Sociais entrevistados. 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, e não subordinam as particularidades do trabalho do Assistente Social na saúde mental à função genérica e inespecífica do "Técnico de Referência".

Entretanto, de acordo com os relatos dos 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 de os 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.

6. Reflexões sobre o trabalho do Assistente Social na saúde mental

Com esta pesquisa, pudemos verificar relativa subsunção do trabalho dos Assistentes Sociais à esta função do “Técnico de Referência”. Alertamos para um possível risco da perda desse espaço sócio-ocupacional, uma vez que, de acordo com o relato dos Assistentes Sociais, não foi possível identificar a existência de um trabalho construído pelo Serviço Social nos CAPSIII/CERSAMs que se diferencie do trabalho realizado pelos outros profissionais que compõem as equipes interprofissionais destes serviços. Além disso, evidenciamos a descaracterização do trabalho profissional e questionamos a qualidade dos serviços prestados pelos serviços aos usuários que ficam, muitas vezes, sem o atendimento do Assistente Social, tendo em vista que a prioridade no trabalho deste profissional é a realização das funções genéricas do “Técnico de Referência”, que se circunscrevem ao acompanhamento geral dos usuários nos referidos serviços e sobrepõem-se às particularidades profissionais. Isto porque as funções atribuídas 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 os Assistentes Sociais dos 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 pelos profissionais com pesar, uma vez que reconhecem que estas deveriam ser atribuições do Assistente Social nos serviços de saúde mental, mas, em função da forma como vem sendo feita pelos serviços da organização do trabalho em equipe, estas atribuições não são consideradas como prioridades no trabalho dos Assistentes Sociais.

É preciso deixar claro que entendemos que não se trata de uma escolha direta dos Assistentes Sociais por esse modelo de atendimento e, portanto, as consequências não são de responsabilidade somente destes profissionais, mas sim das equipes e dos serviços que adotaram tal modelo. Entendemos, também, que esse modelo de atendimento apresenta aspectos positivos e negativos, como relatado pelos Assistentes Sociais.

Contudo, mesmo que o trabalho dos Assistentes Sociais, como “Técnicos de Referência”, não seja uma escolha direta destes, há uma direção social dada pelos profissionais ao seu trabalho. Pensamos que a opção por esta direção social não pode ser aleatória e estar acima do estatuto profissional do Serviço Social e de toda legislação que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social, como, por exemplo: a Lei 8.662/1993; o Código de Ética Profissional (Conselho Federal de Serviço Social, 1993); as Resoluções CFESS nº 569 e nº 572 (Conselho Federal de Serviço Social, 2010c). Esta última dispõe sobre questões relativas aos cargos genéricos assumidos pelos Assistentes Sociais, em diversos espaços sócio-ocupacionais.

Por outro lado, poderíamos pensar que a centralidade da atuação como “Técnico de Referência” aportaria condição favorável para o Serviço Social na saúde mental e que os Assistentes Sociais poderiam conquistar mais espaço dentro dos serviços, como, por exemplo, na construção da RAPS e do Matriciamento, desde que fosse possível construir uma intervenção a partir das competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-interventivas do Assistente Social. A título de esclarecimento, de acordo com Gastão Wagner Campos (1999), o Matriciamento ou apoio matricial 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.

Segundo os Assistentes Sociais, as “demandas sociais”, como dizem, são explícitas nos serviços de saúde mental. No entanto, nos questionamos: por que os Assistentes Sociais não vêm construindo seu trabalho nos serviços pesquisados na direção de dar resposta a essas demandas? Qual a relação desse fato com a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais? Acreditamos que as respostas a estas questões são mediadas por diversos elementos que pudemos capturar a partir dessa pesquisa e que, articulados dialeticamente, condicionam o resultado do trabalho realizado pelos Assistentes Sociais nos CAPSIII/CERSAMs.

Consideramos que os determinantes para o resultado do trabalho realizado pelos Assistentes Sociais em qualquer espaço sócio-ocupacional são: a condição de trabalhador assalariado do Assistente Social; as condições objetivas e materiais a partir das quais o trabalho do Assistente Social se realiza e nesta inclui-se a questão do financiamento das políticas públicas; a orientação teórico-metodológica e ideo-política implícita ou explícita na

política social, que se desdobra nos serviços sociais em que estão inseridos os Assistentes Sociais e na organização do trabalho destes serviços (como a questão da ameaça de um retrocesso no âmbito da política de saúde mental, em relação às conquistas obtidas nas últimas décadas, com a construção de uma política de saúde mental que pudesse substituir o hospital psiquiátrico); e a questão da incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais. Contudo, esses determinantes ganham características particulares de acordo com o âmbito de atuação e com o contexto sócio-histórico em questão.

Entretanto, 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 que 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 e Carvalho (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 demandado pelas instituições em relação ao trabalho a ser desempenhado pelos Assistentes Sociais e o estatuto profissional do Serviço Social.

Por isso, se faz necessário 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), “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.” (p. 17). 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.

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 brasileiro, dos últimos 40 anos e com a proposta da Desinstitucionalização italiana (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990), 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.

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 na 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 (neo)conservadorismo profissional.

Na medida em que a Reforma Psiquiátrica brasileira aponta para outra forma de atenção à pessoa com transtorno mental, que visa à cidadania como elemento central do processo de tratamento e de (re)inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental – apesar da influência pós-moderna na construção das propostas de cidadania do louco (Tomaz, 2009) - este é um campo de luta pela hegemonia de projetos societários e profissionais-, 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, a centralidade das funções a serem desempenhadas como “Técnico de Referência”, 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 desses mecanismos. No entanto, chamamos a atenção para a forma como a adoção dessa estratégia vem ocorrendo: de modo genérico, inespecífico e acima do estatuto das profissões, em especial do Serviço Social.

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 Crítico 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, consideramos 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, pois o consideramos um “arranjo” estratégico para dar conta de atender às demandas mais emergentes dos usuários dos CAPSIII/CERSAMs, tendo em vista os limites acima elencados.

Contudo, acreditamos também que esse “arranjo” e os argumentos que o sustentam, têm “embaçado” a visão dos Assistentes Sociais em relação ao que consideramos serem 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 lazer. 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.

Assim, a nosso ver, para a construção de um trabalho no âmbito da saúde mental, que coadune com a direção social crítica do Serviço Social brasileiro, 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 do Assistente Social (CFESS, 1993), tais como: o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa pelo aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; e a 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 Sanitária (Ministério da Saúde, 2002b, p.23), como da Reforma Psiquiátrica brasileira, 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 a potencialização da autonomia e da cidadania, buscando superar a relação de tutela e de institucionalização e/ou cronificação.

Além disso, acreditamos que o Assistente Social tem competência para desenvolver uma série de atividades no âmbito da saúde mental, a partir de sua formação generalista, possibilitada pelas *Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social* da ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 1996) e 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* (Conselho Federal de Serviço Social, 2010d).⁷ Tendo, ainda, como norte o atual Projeto Profissional Crítico do Serviço Social, tais atividades devem contribuir para a efetivação dos princípios e das diretrizes presentes na Lei Orgânica da Saúde (1990), bem como dos direitos previstos na Lei 10.216/2001, 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; a garantia de receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; e a segurança de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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, pode ser: a elaboração de projetos que visem à desospitalização e desinstitucionalização de usuários com histórico de asilamento ou de internações de longa permanência, realizando-se através de visitas hospitalares e domiciliares; a realização de trabalho com as famílias e a comunidade, com vistas à (re)inserção sociofamiliar da pessoa com transtorno mental e também, em possibilidades de

desconstrução do estigma da loucura; a elaboração de projetos que visem atender às demandas de inserção de usuários em Residências Terapêuticas, quando esses 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, e 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.

Conclusões

As condições de trabalho decorrentes desse contexto recessivo para as políticas sociais, têm colocado limites para a atuação profissional “dentro” e “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 as condições objetivas de trabalho, a concepção de trabalho em equipe, a direção teórico-metodológica e ideopolítica da política social somados com a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais, são elementos que, se articulados dialeticamente, configuram possibilidades e limites para uma atuação crítica do Serviço Social na saúde mental, seja a partir dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, sob influência da Desinstitucionalização italiana, seja a partir do acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social brasileiro, orientado pelo pensamento crítico-dialético de caráter histórico-ontológico.

Referências bibliográficas

- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social –ABEPSS- (1996). *Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social*. Rio de Janeiro: ABEPSS. Obtido em http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf
- Campos, G. W. de S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Conselho Federal de Serviço Social (1993). *Código de ética do assistente social*. Brasília: CFESS.
- _____ (2010a). *Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas*. Brasília: CFESS. Obtido em http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf
- _____ (2010b) Resolução CFESS 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: CFESS. Obtido em http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf
- _____ (2010c) 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: CFESS. Obtido em <http://www.cfess.org.br/arquivos/RESCFESS572.pdf>
- _____ (2010d). *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS. Obtido em http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf
- Iamamoto, M. V. e Carvalho, R. (2005). *Relações sociais e serviço social no Brasil: o esboço de uma interpretação sócio-histórica* (18ª ed.). São Paulo: Cortez; CELATS.
- Lefebvre, H. (1955). Materialismo dialético e sociologia. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 18.

Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União de 08/06/1993, Seção 1, pág. 7613. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm

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. Diário Oficial da União de 09/04/2001, Seção 1, pág. 2. Obtido em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2001/04/09/Secao-1>

Lei Orgânica da Saúde 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 e correspondentes e dá Outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União de 20/09/1990, Seção 1, pág. 1. Obtido em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1196309/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-09-1990>

Marx, K. (1974). Prefácio para a crítica da economia política. Em: Karl Marx, *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. Coleção Os Pensadores, Vol. XXXV, pp. 107-138. São Paulo: Abril Cultural.

_____ (1984). *O capital. O processo de produção do capital*. Volume I, Livro segundo, Tomo I. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural.

Minayo, M. C. de S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (7ª.ed.). São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Ministério da Saúde (2000). Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Diário Oficial da União Nº 39-E de 24/02/2000, Seção 1, pág. 23. Obtido em http://www.lex.com.br/doc_19975_PORTARIA_N_106_DE_11_DE_FEVEREIRO_DE_2000.aspx

Ministério da Saúde (2002a). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. Diário Oficial da União de 20/2/2002, Seção 1, pág. 22. Obtido em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2002/02/20/Secao-1>

- Ministério da Saúde (2002b). *III Conferência Nacional de Saúde Mental, Relatório Final* (Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001). Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Obtido em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Obtido em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>
- Ministério da Saúde (2017). Portaria 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 22/12/2017, Seção 1, pág. 236. Retificação publicada no DOU de 22/01/2018, Seção 1, pág. 46. Obtido em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2018/01/22/Secao-1?p=4>
- Ministério da Saúde (2019). Nota Técnica nº 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019, para esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Obtido em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Netto, J. P. (1999). Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 01. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB.
- Rodrigues, M. P. (1997). Serviço social e reforma psiquiátrica em tempos pós-modernos. *Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social*, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Serviço Social – Vol 1, n.1 (p. 92-121) Rio de Janeiro.
- Rotelli, F., Leonardis, O. e Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". Em: Franco Rotelli, Ota de Leonardis, Diana Mauri e C. Risio (Coords.), *Desinstitucionalização (17-59)*. São Paulo: Hucitec.

Tomaz, C. S. (2009). *A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora. URI: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2759>

_____ (2018) O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”: possibilidades de uma atuação crítica? (Tese de Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. URI: http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=14482

NOTAS

¹ O pensamento crítico-dialético, diz respeito ao método de apreensão da realidade social burguesa cunhado por Marx, o materialismo-histórico-dialético. Neste artigo, quando questionamos sobre a incorporação ou não do pensamento crítico-dialético pelos Assistentes Sociais partícipes da pesquisa, buscamos identificar se a atuação destes reflete o acúmulo teórico-metodológico e ético-político do Serviço Social brasileiro após a intenção de ruptura com o conservadorismo profissional e a incorporação do marxismo por esta profissão.

² A Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS, estabelece-os como: moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.”

³ De acordo com Netto (1999), no Brasil, o debate sobre o que vem sendo denominado de *projeto ético-político* do Serviço Social, data segunda metade dos anos noventa do século XX, apesar de a construção deste projeto ter iniciado na transição da década de 1970 à de 1980, período em que o Serviço social Brasileiro vivia processo importante de crítica ao conservadorismo profissional, bem como seu enfrentamento, sua denúncia e recusa. Este projeto tem em seu núcleo 11 princípios ético-políticos que o fundamentam e que estão explícitos no Código de Ética dos Assistentes Sociais brasileiros, de 1993, quais sejam: o Reconhecimento da liberdade como valor ético central; a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; a ampliação e consolidação da cidadania; a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; o posicionamento em favor da equidade e justiça social; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à

Diversidade; a garantia do pluralismo; a opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem destes princípios; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; o exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

⁴ Silva, M. B. B. (2007). O técnico de referência no centro de atenção psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Rev. Vivências*, 32, 227-223. Silva, E. A. e Da Costa, I. I. (2010). O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 13(4), 635-647. Miranda, L., Campos, R. T. O. (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1153-1162. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2.^a edição), Série B. Brasília –DF: Textos Básicos de Saúde.

⁵ De acordo como o referido documento ministerial sua finalidade está em “(...) ajudar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a saberem um pouco mais sobre os CAPS.” (Ministério da Saúde, 2004, p.9).

⁶ Para maior conhecimento sobre esse debate sugiro a leitura do documento “Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas”, elaborado em março de 2010, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

⁷ O documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008. Este documento tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde.