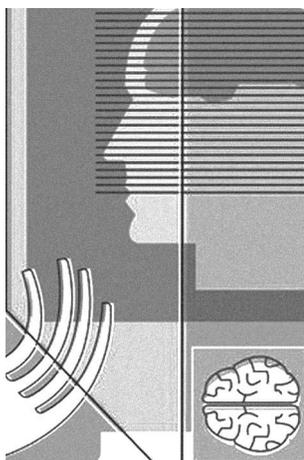


O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental*

Social Services' practices in the substitutive mental health services

Conceição Maria Vaz Robaina**



Resumo: A história da atenção à loucura, no Brasil e no mundo, revela uma clara relação com os projetos societários hegemônicos, seja através do processo de construção dos diversos paradigmas de cuidado, seja na própria definição da loucura como doença mental. Este artigo busca identificar a relação destes paradigmas com a questão social e reafirmar a pertinência da saúde mental como espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais. Problematisa a submissão da atuação do Serviço Social neste campo aos saberes psi e indica eixos promissores para uma contribuição da profissão condizente com seu mandato social e com os princípios da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Serviço Social. Reforma psiquiátrica. Mandato social.

Abstract: The history of the attention to madness in Brazil and around the world shows a clear relationship with the hegemonic projects of society, either in building up the various paradigms of care, or in defining madness as a mental illness. This article tries to identify the relationship between these paradigms and the social issue and to reassure the relevance of mental health as the socio-occupational area of the social workers. It questions the submission of Social Services' performance in this area to the psi knowledge, and it shows promising lines for a contribution consistent with the profession's social mandate and the principles of psychiatric reform.

Keywords: Social Services. Psychiatric reform. Social mandate.

* Baseado em palestra proferida no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, promovido pelo CFESS em junho de 2009, em Olinda (Pe), na Plenária simultânea "Política de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais".

** Assistente social da Fiocruz, mestre em Serviço Social pela Uerj — Rio de Janeiro, Brasil, especialista em Serviço Social e Saúde pela Uerj e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Ensp/Fiocruz, professora adjunta da Frasca — Faculdade de Reabilitação da Associação de Solidariedade à Criança Excepcional — Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *E-mail:* konrobaina@yahoo.com.br.

Apresentação

Este artigo é resultante de reflexões e investimento acadêmico realizados ao longo de minha trajetória como assistente social na saúde mental. Ele reproduz, de forma mais fundamentada, a palestra realizada no Seminário Nacional de Saúde, promovido pelo CFESS no ano de 2009, na cidade de Olinda (PE) e reflete um momento em que a atuação do Serviço Social na saúde mental está em questão.

O pressuposto da concepção sustentada nesta incursão acerca da inserção do assistente social nos serviços substitutivos de saúde mental leva em conta que a contribuição da profissão ao campo deve estar orientada por seu mandato social e pelos fundamentos que amparam o projeto ético-político da profissão. Para dar sentido às premissas contidas neste texto, retomo alguns dos paradigmas de cuidado para com a loucura sob o olhar de sua intimidade com a questão social, objeto de nossa profissão.

Loucura e questão social: a construção dos paradigmas de cuidado

Nas sociedades pré-modernas a loucura era tratada de formas variáveis, conforme a cultura local; ora como atributo de não humanos, ora como posse (do sujeito) pelos deuses ou demônios, ou transcendência à natureza humana (Amarante, 1996). O louco era, sobretudo, uma questão de natureza privativa da família.¹ Ainda que tornado uma questão pública com a criação do Hospital Geral,² o louco era visto em sua diferença tal qual os demais segmentos sociais, posto que a humanidade era *naturalmente* diferente entre si.

A psiquiatria surge na França com Pinel, como especialidade médica, sob a vigência da Revolução Francesa. A nova ordem social, agora centrada no homem, descontextualizado do fato social, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. Contudo, os loucos desafiam a universalidade desses preceitos. O princípio de liberdade está referido ao homem racional, livre para fazer

1. A este respeito ver Rosa (2002).

2. Segundo Amarante (1996), o Hospital Geral constituía-se num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão.

escolhas — leia-se livre para vender sua força de trabalho no mercado. Portanto, o louco, considerado desprovido de razão, daquilo que define a própria humanidade, não é humano, é alienado (*aliens*), sendo excluído do próprio estatuto de cidadão.³ Também não se aplica a ele o preceito de igualdade, posto que, não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido como modelo de homem. Resta-lhe tão somente o princípio de fraternidade, que vai ser traduzido por cuidado, porém na ótica da tutela. É nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico. Numa só cajadada, a sociedade se “livra” da convivência com os loucos e reafirma os preceitos da revolução, necessários à sustentação da sociedade capitalista. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura.

Contudo, as correntes organicistas da medicina vêm imprimir esforços para contrapor as teorias de Pinel, buscando encontrar causas anatomopatológicas para a doença mental, dando início ao Movimento Higienista na Psiquiatria. Com base na doutrina das degenerações, que consistia em identificar em determinadas raças a degenerescência hereditária, sustentava com força de ciência a supremacia de uma raça sobre as outras, não aleatoriamente dos europeus sobre os colonizados (Amarante, 1996). Não podendo ser tratada, a degenerescência deve ser extinta. Tem-se então a florescência da eugenia na psiquiatria. A psiquiatria revela-se agora como instrumento de enfrentamento da questão social, nas particularidades de sua expressão.

No Brasil, Reis (2000) nos aponta que esse movimento esteve articulado a construção de um ideal de nação, na perspectiva de um “melhoramento da raça brasileira”:

Em verdade, todos esses temas derivam daquele que é a obsessão maior dos psiquiatras e médicos brasileiros (como de resto de toda a intelectualidade) do período. Refiro-me ao tema do “melhoramento da raça brasileira”, visto como fundamental para o propósito de transformar o Brasil numa autêntica Nação [...] Isso ocorreria, segundo os defensores da ideia, devido à boa seleção natural e social que tomaria para si a tarefa de fazer desaparecer a população negra pura e índia (pelo número de mortos elevados, taxa de reprodução baixa e miséria física e moral), bem como pela superioridade biológica dos brancos que em sucessivas gerações de cruzamentos com mestiços não degenerados favorecia pouco a pouco a criação de mulatos superiores, arianos pelo caráter e pela inteligência. (Reis, 2000, p. 171)

3. A esse respeito, vale conferir o artigo “Cidadania e loucura: um paradoxo?”, de Bezerra Jr. (1992).

Desta forma, a psiquiatria invade o campo social, ampliando seu espectro de intervenção, antes restrito aos indivíduos loucos. A tecnologia de cuidado inclui as intervenções químicas (injeções de terebentina, leite...) e físicas (eletrochoque, lobotomia) e os psicofármacos, mas ainda assim o projeto higienista não prescindiu do asilo. Ao contrário, elegeu-o como espaço de isolamento para prevenção de uma contaminação da sociedade. É nesse período também que é registrado um grande contingente de assistentes sociais inseridos neste campo.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, intensificou-se a demanda por forças produtivas, frente ao grande número de homens economicamente ativos mortos ou mutilados pelos confrontos. No mundo, verifica-se então a possibilidade (e necessidade) de implementação de diversificadas iniciativas de humanização dos hospícios e de programas de reabilitação dos loucos enquanto sujeitos da produção, das quais vale indicar: a Psicoterapia Institucional Francesa, a Comunidade Terapêutica Inglesa⁴ e a Terapia de Família.⁵ Mais uma vez a psiquiatria é chamada a socorrer o regime.

Com o surgimento da psiquiatria comunitária procede-se um importante deslocamento: o objeto da psiquiatria desliza da *doença mental* para a *saúde mental*. A psiquiatria assume um caráter preventivista calcada no discurso da saúde pública, e o *locus* agora é a comunidade. Na concepção de Birman e Costa (1994, p. 59):

o que ocorre nesta prevenção, sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção de saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social.

Por efeito, permite-se a ampliação do leque de seus agentes: todos podem ser técnicos em saúde mental! Entretanto, a ampliação do raio de ação da psiquiatria para a comunidade não correspondeu ao abandono do hospital psiquiátrico.

Na década de 1970 surge na Itália um movimento paradigmático para o campo psiquiátrico, cujo expoente é Franco Basaglia. A partir de sua experiência no

4. Uma análise crítica desses modelos de cuidado pode ser encontrado em Birman e Costa (1994).

5. Sugerimos uma consulta às produções de Rosa (2002), Melman (2001) e Miotto (1997) sobre como este paradigma torna a família objeto da psiquiatria, ao patologizá-la e culpabilizá-la pela gênese da doença mental.

Hospital Psiquiátrico de Gorizia inaugura o que vem a ser conhecido como psiquiatria democrática. De inovador, esse modelo traz uma ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas que o alicerçam. Assim, Basaglia propõe uma nova forma de compreender e lidar com a loucura, conforme nos afirma Rosa (2002, p. 152): “Entende que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, consequentemente, a sua reinscrição no mundo social.”

Para tal, pressupõe uma horizontalização de poder entre os demais saberes que compõem o campo, bem como entre técnico e paciente. O paradigma da desinstitucionalização prevê a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária (ou serviços substitutivos), mas articula dialeticamente tais mudanças às transformações macrosociais.⁶ A tecnologia de cuidado passa a centrar-se nos profissionais. Ora, um modelo desta ordem só pode emergir em contextos de redemocratização.

Como nos prova a história, as sucessivas reformas psiquiátricas, das quais algumas foram aqui enumeradas, sempre estiveram associadas a exigências sociais, numa nítida articulação com o embate entre os interesses das duas classes fundamentais da sociedade. Tais evidências comprovam que o campo que vem sendo identificado como atenção psicossocial constitui-se em espaço sócio-ocupacional do assistente social, posto que ali se expressa a questão social — nosso objeto. Mas note-se: o campo da atenção psicossocial aqui é entendido como o plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania... relativos aos usuários dos serviços de saúde mental, que não pode ser confundido com paradigma psicossocial onde é atribuída ao assistente social a prática de terapias. Há que se distinguir o campo do modelo.

Mas então, que impactos a Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir do legado de Basaglia, produz sobre as profissões do campo? Vejamos: a recusa ao reducionismo que a psiquiatria imprimiu à loucura, ao limitá-la como doença, impõe um movimento de reconstrução de sua complexidade, e os demais profissionais são chamados a contribuir com seus saberes. Assim a Reforma Psiquiátrica se constitui

6. Muito haveria que se falar acerca da experiência basagliana e as disputas internas entre as correntes teóricas que a influenciaram, mas os limites deste artigo não permitiriam tal incursão, sob pena de desviarmos o foco.

num campo interdisciplinar onde as especialidades são essenciais para, no tensionamento de suas interfaces, reconstituir dialeticamente o objeto.

Além disto, está posto o desafio de construir uma versão de desinstitucionalização que negue sua vertente de “desospitalização como desassistência”,⁷ tendo em vista que na formação social brasileira não há vigência do Estado de Bem-Estar Social, o que a diferencia da experiência italiana.

Contudo, o que se tem observado no Brasil é uma tendência à hegemonia dos saberes *psi*, identificáveis inclusive nas nomenclaturas dos dispositivos do campo como grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial... o próprio processo de cuidado ao usuário parte do que é chamado de “projeto terapêutico”. Outro indicador dessa hegemonia é a direção proposta ao trabalho realizado nos serviços substitutivos, em que os supervisores de equipe são majoritariamente psicólogos ou psiquiatras com formação psicanalítica. Tal evidência pode ser explicada em virtude de um forte apelo da Reforma para a atenção à subjetividade em contraposição à massificação/padronização do modelo asilar. Não menos importante é a questão da estratégia de financiamento dos CAPs regulados por procedimentos, com valores desnivelados entre eles, que, no limite, impõem o risco da lógica produtivista, além de forjar uma exigência institucional de priorização de determinadas atividades, como as oficinas terapêuticas, a todos os profissionais. Em consequência, verifica-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para um modelo psicológico, que interessa ao recorte neoliberal na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual. Obviamente, esta afirmação não tem o propósito de desqualificar a matéria de que se ocupa as profissões do campo *psi*, mas de problematizar essa abrangência, bem como o quanto de perspectiva emancipatória pode estar contida no trato de uma dimensão das relações sociais esvaziada de seus determinantes macrossocietários.

Desta forma, que expectativas de atuação podem estar dirigidas aos assistentes sociais na saúde mental? Historicamente, os assistentes sociais no Brasil vêm participando da trajetória da psiquiatria e de suas sucessivas reformas, com maior ou menor expressão e contingente. As perspectivas teórico-metodológicas foram se conformando em consonância com as mudanças societárias e com o processo de amadurecimento da própria profissão, do qual as mudanças do próprio Código de Ética são exemplos. No atual estágio de desenvolvimento da profissão e da Refor-

7. Esta qualificação está presente em Amarante (1996).

ma Psiquiátrica, o que cabe ao Serviço Social? Tentar satisfazer a esta pergunta nos remete necessariamente ao mandato social da profissão.

O Serviço Social e sua inserção nos serviços substitutivos

Uma profissão se legitima frente à sociedade a partir de um processo de inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho. É o conjunto de sua produção teórica e de seus instrumentos operativos que lhe garantem reconhecimento e um mandato social — o que justifica a existência do Serviço Social como especialidade no mundo do trabalho é a questão social. É desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço.

No entanto, verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social: uma, identificada com a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados anteriormente. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!

Uma outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. Neste particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira ao materializá-la enquanto política social têm colocado enormes desafios à contribuição do Serviço Social.

Porém, antes de enumerar alguns desses desafios, creio que caiba uma observação relevante: escapar aos constrangimentos da hegemonia *psi* não significa

abster-se do campo ou assumir uma perspectiva assistencialista instrumental. Se a tarefa histórica do Serviço Social na saúde mental não é ater-se à subjetividade, também não é restringir-se à assistência social. E aqui vale exemplificar o caso da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro com a experiência do Simas — Sistema Municipal de Assistência Social —, que retirou todos os assistentes sociais das demais secretarias, subordinando-os à Secretaria de Assistência Social, com metas e programas específicos daquela política a serem cumpridos no âmbito das demais. A saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que nos diz respeito enquanto trabalhadores sociais.

Posto isto, a título de ilustração, penso ser pertinente elencar alguns temas desafiantes para o Serviço Social frente às requisições da Reforma Psiquiátrica.

Tradicionalmente na saúde mental, vem sendo dirigidos aos assistentes sociais o trabalho com famílias. Embora esse tipo de trabalho não seja atribuição exclusiva do Serviço Social, nem mesmo como objeto de estudo, é seguro afirmar que entre as categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, é esta profissão quem tem o maior lastro de conhecimento e trato nessa área. Dessa forma, é urgente que se promova um tensionamento no cotidiano dos serviços acerca do conceito de família: o conceito freudiano de função pai/função mãe, associadas às figuras de homem e mulher, fundamento para o modelo de família nuclear burguesa, se ajusta ao perfil das famílias atendidas no serviço? A propósito, qual é o perfil das famílias usuárias daquele equipamento, no que diz respeito a gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio? Que políticas sociais podem ser acionadas para suportes desses grupos? Que modelo de atenção às famílias está disponível no serviço no que se refere, por exemplo, ao seu papel: ela é coadjuvante no tratamento ou objeto de atenção? Os horários de realização dos grupos de familiares são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho?⁸ Como o serviço compartilha o cuidado contínuo dos usuários? As ações no serviço atendem às demandas materiais dessas famílias? O perfil e as preocupações das famílias são requisitos para a formulação dos programas e projetos?

Uma outra noção cara à Reforma é a de território. Está inscrita na cultura do Serviço Social uma atividade reconhecida como “levantamento de recursos comunitários”. Mas a noção de território é mais abrangente — é uma requisição aos serviços substitutivos sua integração orgânica com seu entorno, posto que o servi-

8. A observação empírica aponta que os grupos de familiares são realizados, em sua maioria, em dias úteis, durante o horário comercial.

ço deve ser o centro convergente e irradiador das questões de saúde mental naquele espaço geopolítico. O Serviço Social tem acúmulo teórico operativo para realizar o mapeamento e a articulação com as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros.

No campo da geração de renda e trabalho, há enormes espaços para a discussão das relações de trabalho, das potencialidades e limitações da legislação, do uso do dinheiro, do valor de uso e de troca do produto das oficinas, dos nichos de mercado, capacitação, e mais um sem-número de questões correlatas.

No âmbito do controle social, temos larga estrada. No nível dos CAPs temos por desafio problematizar a natureza da atividade denominada assembleia, para além de sua função terapêutica, para alçá-la à participação na gestão. Na esfera mais geral, além do estímulo à organização local e no movimento de usuários e familiares, cabe provocar articulações com as instâncias organizativas da saúde em geral, como os conselhos e conferências. Mas há na saúde mental uma particularidade que merece atenção: ela diz respeito à autonomia política da organização dos usuários e familiares. Historicamente, por razões de fácil compreensão, a organização de usuários e familiares tem sido mediada por trabalhadores de saúde mental; estas questões têm sido objeto de discussão permanente entre esses atores, e o movimento tem buscado saídas criativas para lidar com esses limitadores. Mas há uma peculiaridade sobre a qual devemos nos debruçar. Ela surge no cruzamento de algumas concepções teóricas com as feições do modelo neoliberal: refiro-me ao fato de que tem se expandido as experiências em que entidades organizativas desses segmentos assumem, sob a identidade de ONG, a execução de projetos de assistência ou residências terapêuticas. Elas são possíveis por meio de repasse de verbas da instância estatal para contratação de profissionais, aluguel de imóvel, despesas com material etc., onde a ONG assume a função de administradora de recursos. Além de precarizar os vínculos trabalhistas dos profissionais, tais medidas colocam em risco a própria condição de sujeito político do controle social, pois se aos usuários cabe a execução da política, a quem cabe o controle social? Ao Estado?

Caberiam aqui inúmeros outros tópicos, como a garantia de acesso aos benefícios, mas também uma análise crítica quanto aos seus critérios,⁹ a contratualidade nos espaços de moradia, os direitos políticos, o direito à comunicação e à informa-

9. O acesso a alguns direitos ainda está condicionado à interdição civil dos usuários.

ção, a justiça como instrumento, os direitos da mulher, o lazer etc., mas isto exigiria um espaço mais amplo.

Provocações finais

As questões aqui apresentadas não são propostas a título de divagações teóricas, mas se constituem elementos a ser tratados no interior dos dispositivos onde estão inseridos os assistentes sociais, nas reuniões de equipe, nos grupos, nas oficinas com os usuários, nas supervisões, da forma mais criativa que pudermos protagonizar.

Para tanto, penso que temos que dar conta de algumas questões: a primeira é mantermos uma permanente análise crítica da política de saúde mental e sua articulação com o projeto da Reforma Sanitária e os princípios inscritos no SUS, porque, para ser substitutivo, o acesso ao serviço tem que ser universal, e o número reduzido de CAPs e sua distribuição desigual entre as regiões estão longe de condenar à morte o hospital psiquiátrico; para ser integral, além de funcionar 24 horas, os serviços devem estar abertos à pluralidade de saberes na sua condução; para ser equânime, teremos que estreitar a relação com a política e equipamentos de saúde em geral de forma a sustentar a oferta de serviços de atenção básica em saúde mental, superando o foco na neurose e psicose grave, nos espaços dos postos de saúde, assim como a emergência psiquiátrica em hospitais gerais. Além disto, permanece outra questão: se os manicômios são depósitos do exército de sobranter e os serviços substitutivos passam a acolhê-los, onde estão os portadores de sofrimento psíquico da outra classe? Nas clínicas privadas de melhor hotelaria, mas sobre o paradigma da psiquiatria clássica? Ou segregados em seus quartos, vigiados por profissionais, em domicílio?

Além disto, se a crítica central da Reforma ao modelo psiquiátrico clássico é a redução da loucura a sua dimensão de doença, é imperioso corresponsabilizar as demais políticas sociais nos processos de atenção às pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Ou seja, instituir ações em rede intersetoriais passa a ser horizonte de intervenção também para os assistentes sociais.

Desta análise da política não pode escapar os efeitos da sistemática precarização dos vínculos trabalhistas dos trabalhadores em saúde mental. A multiplicidade de vínculos (servidores públicos, terceirizados, contratados por ONGs, cooperativados, voluntários...) compromete a organização dos trabalhadores,

impactando a equidade de direitos e a democratização das relações com nítidos reflexos na perspectiva de constituição de práticas interdisciplinares.¹⁰ A flexibilização dos direitos trabalhistas provoca um desnivelamento no que se refere à estabilidade no emprego, carga horária, salário, mobilidade na carreira — como resultantes, pode-se apontar a rotatividade dos trabalhadores, acúmulo de empregos, desinvestimento em educação continuada e na produção de novas tecnologias, entre outros.

Agrava-se ainda o amplo movimento no cenário nacional no sentido de desregulamentação das profissões, que encontra respaldo no surgimento de novas categorias e cargos genéricos, oriundos de uma concepção de transdisciplinaridade que suprime as especialidades. Este fato afeta não apenas os direitos adquiridos historicamente pelas categorias na relação capital *versus* trabalho, mas ameaça a abordagem da loucura na perspectiva de complexidade (ou totalidade).

Assim sendo, pode-se afirmar que a política de saúde mental no Brasil, sob o atravessamento do neoliberalismo, imprimiu grande investimento na transformação da assistência, sem equivalência da proteção do trabalho.

Se esta realidade é devastadora em qualquer área, na saúde mental ela se torna plena de significados, justificados por duas dimensões centrais. No âmbito político, os antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) apontam o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) como o principal ator social que provocou o esgarçamento do modelo segregacional e privatista psiquiátrico e forjou as possibilidades para o surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial, com as conquistas observáveis nos dias de hoje. No esfera assistencial, segundo a perspectiva basagliana, a principal tecnologia de cuidado está centrada no profissional, conforme já destacamos. Desta forma, a precarização do trabalho implica a precarização da política social.

Outra exigência na qualificação do trabalho do Serviço Social na saúde mental é utilizar a pesquisa como instrumento para construção de uma metodologia de intervenção do Serviço Social, a partir dos marcos legais da profissão, do projeto Ético-Político e da Reforma Psiquiátrica na sua raiz.

A isso tenho chamado de fazer Serviço Social *na* clínica.

Artigo recebido em fev./2010 ■ Aprovado em mar./2010

10. Lembremos que os modelos de trabalho em equipe traduzem as relações de poder em seu interior.

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ALVES, D. S. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, B. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo?. In: _____; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico nos anos oitenta. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 82, 2005.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

GOMES, V. O. *O desafio da desinstitucionalização no contexto de políticas neoliberais: um estudo sobre a implantação de serviços residenciais públicos em saúde mental*. 2004. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. *Temporalis*, Brasília, n. 3, 2001.

IAMAMOTO, M. V. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1997.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 55, 1997.

NETTO, J. Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis*, Brasília, n. 3, 2001.

OLIVEIRA, F. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, E. S.; GENTILI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

REIS, J. R. F. Raça, nação e psiquiatria: o projeto eugênico da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: AMARANTE, P. (Org.). *A loucura na história*. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/Fiocruz, 2000.

ROBAINA, C. M. V. *Controle social: uma alternativa para a relação saúde mental e sociedade? Um estudo da experiência do Centro Comunitário CPPII*. 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Uerj, Rio de Janeiro.

RODRIGUES, M. P. Serviço Social e reforma psiquiátrica em tempos pós-modernos. *Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*, Rio de Janeiro, n. 6, 2002.

ROSA, L. C. S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 71, 2002.

VASCONCELOS, E. M. *Tipologia e desafios dos movimentos sociais e dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo da saúde mental no Brasil recente*. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, Projeto Transversões, 2004. (Versão provisória não publicada.)