

CAPÍTULO III – Saúde Mental e Serviço Social: o movimento em prática

3.1 – Política de saúde mental de Niterói – lócus de investigação

Diversos municípios brasileiros têm se mostrado paradigmáticos na implantação de inovações no campo da atenção psiquiátrica, e o município de Niterói-RJ é um deles. A cidade de Niterói está situada na região do Grande Rio, apresentando uma área territorial de 131 Km², em que vivem, de acordo com o Censo/IBGE 2000⁹, cerca de 459.451 habitantes.

A escolha do município para a realização deste estudo não foi aleatória, nem motivada por sentimentos de simpatia, mas diz respeito ao processo pelo qual passou a cidade, até a construção de uma rede de serviços considerada modelo no campo.

Como resultado de um processo histórico de organização da assistência em saúde, o município conta hoje, com uma rede na área de saúde mental (toda municipalizada) que inclui um hospital psiquiátrico¹⁰ com uma emergência e porta de entrada unificadas, unidades locais com equipes estruturadas, quatro CAPS e duas residências terapêuticas.

Importante demarcar que a política nacional de saúde mental que vem implantando a diretriz geral da assistência em saúde mental no Brasil tem dado suporte as diferentes estratégias desenvolvidas pelo país.

Principalmente no que concerne aos novos dispositivos de atenção a legislação federal lançou decretos e portarias como a Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992, esta normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS, embora quase a sua totalidade esteja superada por outras normas, ainda são

⁹ Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 1997 In: set/2003 <<http://ibge.gov.br>>

¹⁰ Segundo a Portaria SNAS nº 224/92 entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação, oferecendo atividades de avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual; atendimento grupal; abordagem à família; preparação para a alta hospitalar garantindo a continuidade do tratamento.

válidas as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatórios. As normas atuais referentes aos CAPS são as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02.

As diretrizes elencadas na Portaria 224/92 estabelecem a: organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Quanto às normas de atendimento ambulatorial, estas compreenderiam um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas, centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais, com atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais que envolveria: atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde. (Brasil, 2004)

Sendo relevante pontuar que estabelece que,

“a equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde)”. (Brasil, 2004)

E que,

“No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição

e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local”. (Brasil, 2004)

No que diz respeito aos CAPS, de que trata a Portaria 336/2002, estes seriam serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam segundo a lógica do território, e que deve funcionar independente de qualquer estrutura hospitalar, cujo objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Existem diversas modalidades de CAPS, subdivididos por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I (atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (população entre 70.000 e 200.000), CAPS III (acima de 200.000), CAPSi (referência para uma população de cerca de 200.000) e CAPSad referência para população superior a 70.000). (Brasil, 2004)

A política de saúde mental do município de Niterói segue um princípio e uma direção essenciais: enfrentar o processo de exclusão social que afeta os doentes mentais, pelo fato da psiquiatria ter adotado a internação em grandes hospitais como única resposta e tratamento da doença mental. Além dos objetivos permanentes da gestão pública da saúde, que são os de qualificar o tratamento, ampliar a oferta e direcioná-lo às camadas mais necessitadas e universalizar o acesso, busca-se uma outra dimensão: oferecer um tratamento que crie as condições para a manutenção ou a reconstrução dos laços de pertencimento social e comunitário dos sujeitos assistidos.

Suas diretrizes gerais são as seguintes:

- Ampliação e melhoria da rede de serviços extra-hospitalares, dotando-a de maior resolutividade e ampliando seu universo de cobertura;
- Aperfeiçoamento do controle sobre a rede contratada e do acompanhamento da clientela por ela atendida, visando à reorientação de recursos para os dispositivos extra-hospitalares e comunitários.

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde-FMS, o Programa de Saúde Mental de Niterói dá ênfase ao direcionamento do tratamento extra-hospitalar (ambulatórios e CAPS),

“de modo a viabilizar um tratamento regionalizado e orientado para a manutenção dos laços comunitários da clientela e diminuir a necessidade de internação psiquiátrica dos pacientes atendidos e garantindo a internação sempre que necessário e pelo tempo necessário”¹¹.

O objetivo principal do Programa de Saúde Mental do Município de Niterói é o de:

"(...) instituir uma rede de atenção integral em saúde mental como referência para a comunidade, que seja integrada em seus níveis e que possa ser uma substituição efetiva à exclusão social tanto manicomial quanto de outras ordens." (Rocha, 2001)

Dessa forma as ações de saúde mental deveriam se pautar pelos princípios da "regionalização, integralidade, responsabilidade territorial e intersetorialidade" e "os grupos de vulnerabilidade crítica (psicóticos, usuários de drogas e álcool, crianças com transtornos psicóticos)" deveriam constituir a população alvo prioritária. (Ibid.)

Ainda segundo a FMS, o Programa atende um total aproximado de 5.000 pacientes em tratamento regular continuado, além de cerca de 600 atendimentos por mês na Emergência Psiquiátrica da cidade e um número expressivo de Pronto-Atendimentos e Atendimentos de Recepção nos Ambulatórios e CAPS. A rede é composta de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para doentes mentais adultos, um CAPS para usuários de álcool e drogas, CAPS infanto-juvenil, seis ambulatórios de saúde mental em Policlínicas ou Unidade Básica, um hospital psiquiátrico próprio, com 120 leitos (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – HPJ), e dois hospitais psiquiátricos contratados que somam mais 240 leitos. Dispõe ainda de dois Serviços Residenciais Terapêuticos, onde moram pacientes egressos de longa institucionalização em hospital psiquiátrico. As internações são feitas através do HPJ, inclusive para os hospitais contratados.

¹¹ Informações do documento disponibilizado pelo site <http://www.niterói.saúde.gov.br>, acessado em 23/05/2006.

3.2 – A título de esclarecimento

Atuamos no campo da saúde mental desde 2001, quando tomamos contato com o ideário da Reforma psiquiátrica, sem conhecimento algum sobre serviços substitutivos ou qualquer outro aparato de tratamento que não fossem o tradicional hospital psiquiátrico e os ambulatorios, apesar de não concordar, já á época com este tipo de tratamento que não possibilitava às pessoas outras formas de vida que não pelo viés da exclusão.

Quando surgiu a oportunidade de participação em um concurso para “estágio integrado em saúde mental”, em passando no mesmo deparamo-nos com a realidade de um ambulatório, que não se diferenciava em muito de modelos tradicionais sobre os quais eu lia. Lá tive contato com pacientes, com suas falas imprecisas, seus discursos desconexos. Sem qualquer preparo teórico-metodológico a não ser as supervisões na unidade com uma psicanalista e na academia com uma professora de Serviço Social, iniciaram-se os atendimentos em grupos de recepção, grupos de alcoólicos, oficina terapêutica, além de acompanhar casos individuais.

Os estagiários do projeto questionavam sua posição nos dispositivos de atenção da unidade, principalmente na “Oficina de Artes”, que era coordenada por uma Terapeuta Ocupacional, na qual acompanhávamos cerca de dez pacientes por dia; os estagiários passavam a “supervisionar” as atividades artísticas dos pacientes, numa “escuta-acolhimento” que se dava num vazio não preenchido por uma teoria. Que se tinha sentido para os pacientes, não tinha pra nós.

Essas inquietações não eram respondidas nas supervisões acadêmicas, em verdade sentia-se um distanciamento entre o Serviço Social e a Saúde Mental que mais e mais criava angustia. Desde então esta relação foi tomada como objeto de reflexão, da graduação até o presente momento.

Com a investigação vieram à tona todas essas questões e no ato de pesquisa de campo isto ficou muito mais claro a partir do momento em que deparamo-nos com falas que em muito se pareciam com as questões e indagações suscitadas durante a graduação. Nesse sentido a complexidade da pesquisa tornou-se maior devido à familiaridade com a questão.

O envolvimento subjetivo enquanto assistente social trouxe à tona sentimentos que por muitas vezes trazia identificação com os discursos proferidos,

de tal modo surgia o questionamento sobre como poderia lançar um olhar distanciado sobre um objeto tão familiar.

De tal forma, reconhecendo a não-neutralidade que isto implica, buscá-la seria algo infundado. Acreditamos, portanto que nas diversas passagens da análise não foi possível estabelecer tal distanciamento o que pode acarretar obstáculos à intenção final da pesquisa.

Isto posto, devemos estabelecer outros esclarecimentos quanto à metodologia de pesquisa adotada.

A escolha pela pesquisa qualitativa abre a possibilidade a uma abordagem dinâmica dos fenômenos sociais e implica o pesquisador enquanto aquele que observar de algum lugar, e não pode ser de outra forma já que pesquisador e pesquisado "vivem sob o signo das contingências históricas de sua atividade" (Minayo, 1999:27).

O instrumento básico utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, sendo esta um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta, porque ao mesmo tempo em que valoriza a sua presença, oferece as perspectivas possíveis para que o entrevistado tenha liberdade e espontaneidade para falar o que pensa. Neste tipo de entrevista são feitas perguntas abertas em uma ordem prevista na qual o entrevistador pode acrescentar questões de esclarecimento.

Minayo, referindo-se a este recurso, considera que:

“suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (Minayo, 1999:121)”.

Como última etapa metodológica, foi realizado o tratamento do material coletado, por meio da análise de conteúdo, visando “obter, por procedimentos sistemáticos objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979 apud: Minayo, 1999:199)”.

Contextualizamos a política de saúde mental do município o qual selecionamos como locus de pesquisa por conta de sua rede de serviços estruturada dentro de um paradigma novo de atenção, já há mais de uma década, e por ser um município de médio porte, o que possibilitaria uma pesquisa que compreendesse os dispositivos de atenção de forma ampla.

Nosso objetivo era selecionar profissionais de Serviço Social que atuassem na rede pública municipal e que fizessem parte, exclusivamente, do quadro de profissionais referidos à rede de saúde mental.

O contato com a rede de saúde mental de Niterói se deu por intermédio do Centro de Estudos da Coordenação de Saúde Mental, na pessoa de uma de suas coordenadoras, que por ser assistente social e atuar na coordenação e assistência das Residências Terapêuticas veio a ser também um dos sujeitos da pesquisa.

Para que a proposta de realização das entrevistas com os profissionais de Serviço Social fosse aceita foi apresentado ao Centro de Estudos da Coordenação uma carta de apresentação do programa de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica – PUC/Rio e um esboço do projeto de pesquisa. Após aprovação da proposta seguiu-se à marcação das entrevistas, e para isto recebemos da coordenação a relação dos profissionais alocados nos serviços de saúde mental.

Cabe esclarecer que um levantamento preliminar sobre os assistentes sociais alocados nos serviços da rede municipal dava conta de um total de dezenove profissionais espalhadas pelos diversos serviços que compõem a rede. Entretanto, isto de mostrou infundado na medida em que alguns desses profissionais não encontravam-se mais nas unidades, ou não estavam alocados especificamente para atuar em equipes de referência de assistência psicossocial da rede, mas para a unidade como um todo. Assim sendo, a seleção da amostra ficou reduzida a oito profissionais: quatro atuando no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, sendo que destas uma iniciava a Residência em Saúde Mental e atuava em um CAPS, e outra acumulava funções de coordenadora do Centro de Estudos e Residência Terapêutica, embora também atue na assistência; as outras quatro profissionais atuavam nos CAPS.

De tal forma compõem o universo de pesquisa oito assistentes sociais, quatro atuando no hospital psiquiátrico: uma é residente e também atua em um

dos CAPS; outra coordena o centro de estudos e as residências terapêuticas; duas atuam somente na unidade. As demais profissionais atuam somente nos CAPS.

As entrevistas transcorreram no local de trabalho das entrevistadas. Em todas, sem exceção, houve interrupções, tanto por parte de técnicos quanto de usuários, contudo este fato não prejudicou a coleta de informações.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados que participaram livremente por meio de termo de consentimento no qual se lhes assegurava a não identificação dos mesmos, dado o compromisso de entrega de uma cópia da dissertação ao Centro de Estudos. Para reforçar a não identificação dos profissionais os mesmos foram enumerados de forma aleatória

O roteiro de entrevista (Anexo 1) foi dividido em três partes: características gerais dos entrevistados; percurso acadêmico-profissional; e cotidiano profissional.

O material foi organizado em torno dos seguintes tópicos: Características gerais; Demandas; Projeto específico; Atividades; Trabalho em equipe; Recurso à psicanálise; e Serviço Social.

3.3 – A questão do Serviço Social ou o Serviço Social em questão

Para melhor configuração do perfil das entrevistadas elaboramos o quadro abaixo que contempla itens referentes a características pessoais e profissionais.

Entrevistada	Sexo	Idade	Ano e local de formação	Tempo de atuação na saúde mental	Tempo de trabalho na unidade	Outros cursos
01	F	28	2001-UFRJ	08 anos	02 anos	Especialização em Saúde Mental
02	F	24	2005-UFF	03 anos	03 anos	Especialização em Saúde Mental
03	F	33	1997-UFF	02 anos	02 anos	Mestrado em atenção ao idoso
04	F	46	1994-UFRJ	13 anos	02 anos	Especialização em Saúde mental e Mestrado em Política Social
05	F	56	1979-UFF	22 anos	14 anos	Não tem
06	F	62	1966-UFF	21 anos	21 anos	Especialização nas áreas de Saúde e Empresa
07	F	42	1988-UFRJ	20 anos	12 anos	Especialização em Saúde Mental
08	F	34	1996-UERJ	09 anos	06 anos	Especialização em Saúde

Quadro 1: Perfil das entrevistadas

a) Características gerais

Em relação ao ano de formação dos profissionais do Quadro 1, três delas formaram-se nas décadas de 60, 70 e 80. Ou seja, enquanto estudantes e profissionais vivenciaram as diversas transformações internas da profissão.

Nos anos 60 o Serviço Social conviveu com um aprofundamento do debate político na sociedade diante do agravamento da questão social e dos níveis de empobrecimento da população trabalhadora. Tal debate se radicalizou aglutinando partidos, sindicatos, movimentos sociais e diferentes atores da sociedade civil. O Serviço Social recebeu as influências dessa conjuntura, e no meio profissional inicia-se a crítica às práticas tradicionais, assistencialistas e integradoras desenvolvidas até então.

O movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina reforça a defesa de um Serviço Social latino-americano comprometido com um projeto de desenvolvimento para o continente.

As primeiras expressões da renovação do Serviço Social no Brasil estão consubstanciadas nos Seminário de Teorização, de Araxá (1967) e Teresópolis (1970). Temos também a breve, mas influente experiência da Escola de Serviço Social da PUC Minas Gerais, com o chamado Método BH (1972-75), que inaugurou a vertente de ruptura com o tradicionalismo profissional, que se consolida na década seguinte.

Os anos 60/70 forma de grande avanço acadêmico e profissional, com a inserção do Serviço Social no circuito universitário, numa ampliação e estreitamento do diálogo com as disciplinas das ciências sociais. Só para lembrarmos, tivemos em 1979 o chamado “Congresso da Virada” e o lançamento da Revista Serviço Social e Sociedade, grande instrumento de difusão das novas idéias então surgidas no meio profissional.

A partir do fim dos anos 70 o país vivência um amplo processo de abertura. A transição democrática – dando os sinais do esgotamento do regime ditatorial – reacendeu no Serviço Social a vertente comprometida com um projeto democrático-popular que, a partir da primeira metade dos anos 80 aglutinou as vanguardas profissionais engajadas em um movimento de crescente explicitação da dimensão política e do significado social da profissão.

A década de 80 consolidou no plano ideo-político o rompimento com o histórico conservadorismo no Serviço Social através da revisão do projeto de formação profissional conduzidas pelas entidades organizativas da categoria profissional.

A direção social assumida é caudatária dos esforços pela redefinição do Serviço Social no interior da dinâmica societária dos anos 80 no sentido da construção de uma legitimidade social do Serviço Social junto às classes trabalhistas. Decorrente deste esforço temos o Código de ética de 1986, representante do pensamento da época em questão.

Verificamos ainda, a partir do quadro estabelecido que das oito entrevistadas, três passaram a atuar, no período de graduação ou após esta no campo da saúde mental em meados dos anos 80, ou seja, já sobra a influência do movimento de Reforma Psiquiátrica, que nesta década passou a ter maior respaldo dentro das políticas públicas de saúde. Foi período também de grande mobilização junto aos trabalhadores da área, com denúncias frente à opressão e exclusão a que os pacientes eram submetidos, e também com o surgimento de experiência de atenção inovadoras.

Já as demais profissionais passaram a atuar a partir da década de 90, num quadro estabelecido da Reforma brasileira quando o aparato jurídico-legal já estava estabelecido e as práticas assistenciais legitimadas. De qualquer forma temos profissionais que vêm acompanhando as inflexões do campo de modo contínuo, o que se reflete em seus discursos profissionais.

Outro apontamento relevante que o perfil demonstra refere-se à continuidade da formação profissional após a graduação, em que apenas uma profissional afirmou não ter nenhum outro tipo de formação. Do total, quatro fizeram especialização em saúde mental (uma está cursando a especialização) e três fizeram especialização ou mestrado em outras áreas.

A questão da formação profissional foi colocada por Netto (1996) quando aponta para a formação generalista do assistente social que vem se tornando insustentável dada as novas requisições que vem sendo postas à profissão diante dos diversos campos de atuação que vem sendo chamado a intervir.

O autor aponta como o melhor encaminhamento possível para a questão, a manutenção desse perfil generalista na graduação e a institucionalização da especialização como requisito para o exercício profissional, o que seria uma forma

de assegurar o desenvolvimento da cultura profissional através da maior qualificação para intervenções localizadas, sem que com isso se deixe de lado a compreensão teórico-crítica da realidade social.

O profissional especializado, portanto acrescenta à sua uma formação complementar, qualificando-se para atuar junto a campos diversos em que o mandato profissional de algumas categorias prevalece sobre as outras. Seria, então, mais uma estratégia rumo a maior mobilidade social e conquista de prestígio profissional. Embora devamos considerar as reais condições que os profissionais têm para realizar uma formação continuada, pois estamos lidando, cada vez mais, com profissionais advindo das camadas mais “pobres” da sociedade, muitos Têm de trabalhar em dois empregos para conseguir um mínimo de estabilidade financeira. Ou seja, a questão salarial e de disponibilidade de tempo são muitas vezes um empecilho a uma formação contínua do assistente social, e isto deve ser levado em conta quando analisamos questões relativas à formação profissional.

b) Demandas

As ações profissionais dos assistentes sociais processam algumas necessidades sociais que se transformam em demandas que são colocadas, tanto pelos usuários dos serviços, quanto pelas instituições a que estão vinculados.

Quando questionadas sobre as demandas que lhe são apresentadas, tanto por usuários quanto pelas instituições enquanto profissionais de Serviço Social as entrevistadas manifestaram diversas formas de compreensão que representamos pelos discursos abaixo.

“a demanda é mais assim, de estar saindo com os pacientes de dentro da enfermaria, que estão internados aqui há vinte, trinta anos. Era um trabalho de estar levando eles lá pra fora, pra fora do hospital, levando ao mercadinho... A maioria..., eram quatorze pacientes, só um tinha família, que a família visitava. Era um trabalho mais mesmo de estar acompanhando eles, deles não estarem só lá dentro, mas por aqui por for também.” (02)

“Deixa eu ver aqui o que que deve ser, bom... pedido de registro, pedido de saída pra comprar coisas ,procurar família, tinha muito pedido assim, o que mais..., não estou me lembrando assim.... as saídas pra passeio, pra organizar passeio. Eu acho

que basicamente é família, um registro próprio, passeios, saídas. Acho que seria muito essas demandas assim. E atenção também, muito de atenção também. ... eles se referem muito a mim... então isso fica misturado com a questão da reforma de como você cuida, como você acolhe e eu acho que aí fica uma coisa diferenciada.” (05)

“Quando eu comecei aqui, logo que eu comecei aqui eu fiz algumas coisas, porque não tinha terapia ocupacional, então eu fiz algumas coisas que se encaixavam na terapia ocupacional que eram questões de montar um salão de beleza pras mulheres, pra elas se olharem mais no espelho, pra melhorarem a aparência, o visual, isso eu acho que produz uma melhora. E fazer também festas de dança e coisas assim de lazer com eles, além do que era pertinente ao serviço social”.(06)

Parece-nos que estes discursos estão muito afeitos ao ideário da reforma, que passa pela questão de um cuidado de novo tipo que se realiza no agenciamento de cuidados diários, com o estar junto em passeios, atividades de lazer; do trabalho como técnico de referência¹² e pela questão da escuta, acolhimento.

A atuação fica organizada a partir de uma lógica que se estabeleceu no próprio ideário da Reforma, organizando-se na defesa de uma ação coletiva, na qual profissionais da área da saúde mental atuam em um projeto que visa, acima de tudo, criar novas possibilidades de subjetivação para os pacientes, o que implica num corte com práticas tradicionais.

O dispositivo da escuta é primariamente colocado pelo viés da psicanálise em que compreende-se que ao contrário da concepção psiquiátrica tradicional o delírio deve ser escutado; valoriza-se o discurso do psicótico que pode chegar incompreensível mas tem que vir à tona e não ser aplacado pela contenção, medicamentosa ou física. Nesse sentido, os diversos membros das equipes multidisciplinares atuam com essa referência. Mas como um profissional que não tem uma formação psicanalítica vai lidar com o que advém dessa “escuta da diferença” sem correr o risco, muito possível, de tornar-se um ‘escoadouro’ de queixas, onde estas são apenas esvaziadas.

¹² Em unidades de saúde mental cada usuário é referenciado a um determinado técnico que irá se encarregar de acompanhar seu tratamento, conduzindo o caso. Este técnico pode ser qualquer um a quem o paciente estabelece um vínculo, independente da formação acadêmica.

Já no acolhimento temos uma relação que diria respeito à forma de lidar com a loucura num sentido de humanização das relações, num respeito ao outro tão diverso. Estaríamos aí então falando de uma postura ética do tratamento. Mas este respeito à alteridade do usuário não seria uma premissa de qualquer trabalhador comprometido com aquele a quem atende, independente do campo de atuação?

Relembremos também a crítica de Rodrigues quanto a este tipo de profissional que assume posturas tarefairas ou voluntaristas, como as que podem ocorrer nos trabalhos em oficinas, grupos e afins. Quando o profissional perde sua postura crítica diante do que lhe é posto a escutar e acolher corre-se o risco de perda de significância profissional, e cai-se na armadilha do “aqui todo mundo faz tudo”.

E em se tratando de Serviço Social, concordamos com Bisneto (2004:115-6) quando coloca que à profissão cabe incorporar o material crítico de suas contribuições, de seu projeto profissional de modo a conjugá-las com a efetividade metodológica de expressões tão caras à atual assistência psiquiátrica brasileira.

No tocante a Sociologia das Profissões recordemos Larson que nos informa que os diferentes tipos de saber produzem diferenças entre as profissões, determinando as possibilidades diferenciadas de cada uma no processo de lutas em busca de prestígio.

O Serviço Social, enquanto profissão que não dispõe de uma teoria própria, de um sistema original de saber, mas recorre às contribuições de diversos saberes e metodologias para sistematizar uma prática. Ou seja, é partidário de uma subalternidade teórica que se manifesta em sua prática na medida em que tem que se inserir em projetos coletivos de intervenção, em que entre em contato com profissões cujo acervo teórico advém de um sistema original de saber.

Em se pensando o caso da saúde mental e o tipo de intervenção que vem sendo requerido a seus trabalhadores, os tipos de saber da psiquiatria, psicologia e psicanálise vêm possibilitando uma inserção diferenciada no campo já que tradicionais no trato com a loucura, através de seus marcos

teóricos, o que não pode ser dito do Serviço Social, embora atue no campo psiquiátrico desde seus primórdios.

Ou seja, temos profissões cujos saberes possuem objetos mais bem definidos e sólidos, “contrapondo-se” ao Serviço Social que vivencia uma histórica relação com outras áreas de conhecimento como a Psicologia, Sociologia, Antropologia, Filosofia, Economia, das quais “absorvem” conhecimentos a fim de dar maior base as suas próprias reflexões teóricas, o que também ocorre na saúde mental quando os profissionais necessitam compreender questões “psi” para poder debater sobre elas. Esta colonização acaba sendo reforçada diante do novo paradigma da saúde mental.

Outra forma de compreensão das demandas postas pode ser apreendida quando as entrevistadas fazem menção a um certo pragmatismo que segue colado à imagem da profissão e que se coloca por meio de requisições de benefícios diversos enquanto demandas imediatas:

“É uma coisa muito interessante porque a noção que o usuário tem de um assistente social é quem escreve cartas e dão telefonemas, essa é a noção que a maioria dos usuários tem a respeito de um assistente social. Eles não têm outra noção senão a que dá telefonemas e escreve cartas. É preciso você explicar... eu falo: aqui eu não telefono não, isso fica a cargo do seu psicólogo, mas de qualquer maneira, eu faço qualquer coisa, telefone tal e coisa, mas eu gosto de marcar que não é uma função característica do assistente social, qualquer um pode fazer isso...”

Às vezes aqui também eles tem uma noção de uma outra questão, que é a questão de licença, de benefício do INSS, essas coisas eles também sabem pedir; esclarecimento sobre questões trabalhistas, eles já também pedem bastante.” (06)

“É muito engraçado porque eu lido com pessoas de longa permanência, então tem alguns assim... eles pedem um pouco essa coisa da autonomia, eles pedem um pouco essa coisa do projeto de vida... e aí eles trazem umas coisas meio do antigo porque isso não tem mais no hospital, nem setor de serviço social, nada disso. Desde que eu entrei não existe, nunca existiu, pelo menos de alguns anos pra cá... mas tem uns que é isso: “ligar pra família”, alguns pacientes sustentam isso até hoje. E eu morro de rir, como é que pode, porque os anos passam, as coisas mudam porque não é assim,...

Agora, é obvio que assim, por exemplo, documentação, benefício, alguns também procuram, não só ligar pra família, eles procuram, eles sabem, e os próprios técnicos também, ficam muito perdidos nisso e aí eles nos procuram pra gente orientar.... Loas, agente lê, é uma lei que a gente tem que saber, então a gente acaba tendo um pouco mais de saber dessas questões, e a gente acaba passando pra equipe, e ensinando o caminho das pedras, e aí cada técnico de referência que vá resolver, é assim que funciona meio aqui”. (07)

“nós somos poucas aqui na unidade ... vários colegas vem perguntar várias questões, essa questão do passe livre, ou então de LOAS, de assistência social, de tirar documentos, então toda essa coisa assim, muitos vêm procurar. (05)

Como algumas das entrevistadas sinalizaram o imaginário social que envolve a profissão contribui para que as requisições que lhes são postas estejam coladas a práticas vista como “da profissão”, de acesso aos benefícios sociais, que embora sejam direitos não podem ser tomados como seu sinônimo.

Pacheco novamente nos traz reflexão importante quanto a este tipo de postura, embora caiba a lembrança de que tal crítica não diz respeito apenas ao campo da saúde mental, mas a qualquer campo de atuação profissional:

“À primeira vista, o exercício profissional burocrático e rotineiro parece responder às requisições institucionais feitas à profissão, mas, na verdade, restringe o escopo de ação do Assistente Social e, pior, esvazia o sentido da ação e da demanda profissional. Aqui o Serviço Social, prisioneiro de um exercício profissional irrefletido e pontual, se confunde com uma atividade qualquer, que se pode realizar sem qualificação.” (2002, 99-100)

Nesse sentido destacamos algumas falas que demonstram um tipo de interação que visa ultrapassar uma imagem que cerca a profissão, ligada a ações burocráticas, tecnicistas e tradicionais, tanto por parte de usuários quanto da equipe de trabalho.

“... eu não recebo uma demanda dirigida a mim na maioria das vezes, a gente discute o caso em equipe, e aí os aspectos sociais são abordados na discussão do caso, e se for alguma coisa que precise dar uma orientação eu faço aquela intervenção, não necessariamente direto com o paciente, as vezes eu trabalho junto com o técnico de referencia; quer dizer as pessoas não são encaminhadas diretamente pra mim, isso pode acontecer mas é raro. ...agora o que chega até a mim como um pedido dos pais sempre é orientação com relação ao passe livre e aos direitos

sociais em geral, benefício de prestação continuada, mas isso, mas muito raro. O que chega pra gente é o problema mental da criança e do adolescente, o social vem depois. Eu acho que mais do que essas questões do Serviço Social, que é orientar com relação aos direitos sociais em geral intervir mais nisso. Eu acho que é uma demanda muito mais direcionada ao profissional que esteja capacitado a fazer... executar uma política pública. Então é isso, eu poder estar... atendida com a direção da política pública, implementando isso de uma forma concreta e lidando com os milhões de impasses que a gente lida no cotidiano.” (01)

O Serviço Social enquanto especificidade profissional tem como uma de suas funções principais a execução de políticas sociais, mas como nos coloca Yamamoto (2004:20):

“Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo”.

Este profissional deve ir além das rotinas institucionais, buscando compreender “o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional” (2004:21)

“Eu acho que o usuário traz muito uma demanda do que seja, do que perpassa pelo imaginário social do que um assistente social faz... Então a demanda inicial deles é sempre por uma questão de orientação previdenciária, quero uma cesta básica, preciso trabalhar, você não sabe de uma vaga de emprego”. As pessoas pensam que a gente é assim balcão de emprego, que a gente é plantonista do INSS. Realmente é uma demanda que cabe muito ao assistente social. A questão previdenciária, esse olhar mais aguçado, mais bem preparado pra estar avaliando as questões sociais, de dinâmica familiar e da questão da habitação, das articulações institucionais. Isso tudo, a gente pela nossa própria formação, isso facilita, isso contribui, enriquece a equipe. Mas eu acho que é importante que pra além do que a equipe espera do assistente social, o assistente social saber qual é o seu papel. Porque quando a gente não sabe do que a gente é capaz e qual o nosso papel a gente cai na armadilha de estar fazendo o que os outros esperam que a gente seja; de ser sempre a moça boazinha, milagrosa, de que vai resolver tudo. Então a gente precisa ter uma postura, pra estar mostrando pra essas pessoas, seja paciente, seja equipe que essa imagem já está extremamente ultrapassada, esse não é o meu papel, eu não me formei numa faculdade pra fazer milagres. Eu me formei pra estar contribuindo tecnicamente com um paciente, com uma equipe multidisciplinar.” (08)

A identidade profissional ainda está muito ligada a um sentido de ajuda que incorpora tarefas que dizem respeito a solução de problemas dos indivíduos e grupos em situação de pobreza; concessão de benefícios materiais e imateriais relativos aos indivíduos e famílias, dentre outras. São tarefas que se associam a valores humanistas, de respeito à dignidade humana, solidariedade, etc.

É uma imagem que se sedimentou através da história da profissão; carregamos uma imagem social que está ligada a experiências, valores e representações, que transmitidos e reproduzidos pelo senso comum constituem uma memória da profissão, cujo conteúdo permanece a despeito dos novos discursos, das transformações internas que a profissão passou, mas que ainda não conseguiu levar para fora de seu âmbito circunscrito.

Outro tipo de demanda reconhecida pelos profissionais diz respeito ao trabalho com famílias e que vem do fato de que tradicionalmente a família tem sido “tema” de intervenção do Serviço Social, primariamente na busca por seu ajustamento e depois através de uma compreensão da dinâmica familiar inserida em um contexto sócio-histórico mais amplo e que sofre com as profundas transformações da sociedade contemporânea, principalmente em sua tarefa de socialização e reprodução material. Uma família que vive em condições precárias de habitação, com trabalhos precários, desassistida pelas políticas sociais e que tem que lidar com um ente doente, e cujos interesses muitas vezes colidem com o dos pacientes.

“Às vezes a discussão fica girando em torno da questão patológica, do que se passa com o quadro clínico do paciente e a gente tenta ampliar. Começa a ver esse paciente, quem é ele dentro dessa família as repercussões que essas famílias trazem, quais os rebatimentos disso, da sua comunidade. Porque é diferente um que está aqui no Morro do Palácio ou mora na Ilha da Conceição então a gente problematiza isso com a equipe, problematiza se tem criança, direitos da criança. Como é que filho do paciente doente mental, então a gente começa a problematizar isso com a equipe e aí a gente abre aquela coisa muito pragmática...” O “grupo de família”, eu fui seca em cima dele... dentro da saúde mental que eu desconhecia a rotina da saúde mental- fui conhecer trabalhando-, então era o meu chão, uma coisa que eu tinha certeza que eu sabia trabalhar, eu já havia trabalhado. É a nossa praia eu vim pro grupo de família e

estou nele até hoje. Orientações das mais diversas pras famílias, famílias de todos não só dos pacientes da minha referência, mas de todos.” (03)

Interessante como esta fala representa uma imagem de profissão ainda vigente para alguns profissionais, e que parte do próprio grupo profissional, a da sua vinculação estreita no trato com as famílias como sendo algo próprio do Serviço Social, de modo que a monopolizar uma prática dentro de um campo tão flexível quanto o da saúde mental, não é de se estranhar, portanto, o grande número de assistentes sociais que recorrem a especializações na área ou até mesmo partindo para a formação em Terapia de Família, mas aí assumindo outra identidade profissional.

De acordo com Freidson o elemento essencial entre a divisão das tarefas e a existência de um grupo profissional é o sistema de credenciamento, mas que só ele não é suficiente, é necessário também o controle da demanda.

Avaliando a situação, que foi pontuada por todas as entrevistadas, da relação do assistente social no acompanhamento das famílias como algo intrínseco à profissão, temos uma situação em que o Serviço Social se coloca e é reconhecido como especialidade capacitada para atuar nesse âmbito, de modo que a imagem tradicional da profissão, neste caso é positiva.

“Então eu atendo as famílias que estão internando os pacientes e faço um grupo com os familiares. Nessa história eu já atendi,... oitocentas e tantas famílias em função desse meu trabalho. Por que é o seguinte, entrou vem pra mim. Aí eu atendo, vejo as ansiedades, as preocupações, vejo os medos e angústias e se é algo muito forte eu atendo individual, se é algo que da pra levar eu passo ‘prum’ grupo que é toda quarta-feira

“Bom, tem o ‘de volta pra casa’... é um trabalho que eu tenho feito aqui no hospital de avaliação dos anos do paciente pra pedir o benefício. Porque, a maioria dos pacientes não tem nenhuma pensão, nenhum rendimento, e as famílias pobres, geralmente não querem levá-los pra casa porque é mais um peso, além da dificuldade toda com a questão do transtorno mental, é mais um peso nessa questão de ter uma pessoa que come muito, que dá despesas e que não contribui. E quando se ajeita esse benefício, eles se reinternam pouco, as famílias ficam mais amparadas....” (06)

Neste espaço o Serviço Social pode ganhar relevância se compreende estas como manifestações da questão social atual. Embora muitas vezes o

profissional opte por um caminho diferenciado, buscando especializações diversas, principalmente na área de Terapia Familiar, e deixe de lado a atuação como assistentes sociais para dedicar-se à nova prática, que inclusive pode ser exercida de modo liberal, em consultórios.

Mas se por um lado estas posturas passam pelo reconhecimento de uma história da profissão e daquilo que tradicionalmente é colocado a ela fazer, de sua imagem, de suas funções e requisições, que mudam através das diversas conjunturas e que se no passado respondiam às requisições postas, por outro, hoje não dão conta da multiplicidade de questões colocadas, e em se pensando em saúde mental muito menos. A legislação federal coloca o atendimento familiar como uma das atividades tanto de CAPS, hospitais ou ambulatório, mas em nenhum momento especifica uma categoria profissional para realizá-la, o que pode significar ou um reconhecimento institucional deste lugar do Serviço Social junto às famílias, como também a tentativa da profissão em conquistar um espaço próprio de atuação frente ao campo da atenção psicossocial.

O que não pode ser deixado de lado quanto a este debate é que a família se apresenta como foco de trabalho de diferentes grupos profissionais, e cada um vai atuar a partir de suas atribuições privativas, de suas competências, das particularidades dos serviços que são capazes de prestar e da leitura que fazem da família em decorrência de sua formação. Isto tudo só torna bastante questionável os intentos tanto do Serviço Social, quanto da Psicologia de criar uma reserva de mercado para a atuação na área, posto que cada profissão tem uma contribuição e um trabalho diferenciado junto à família. Reafirma-se que a luta por hegemonia num campo específico, a busca por um *status*.

c) Atividades

Neste tópico questionamos as profissionais quanto às atividades cotidianas realizadas nas unidades de atendimento.

“O nosso projeto... é estar cumprindo as diretrizes das portarias que regulamentam os CAPS, que tem haver com a política pública de saúde mental pra criança e adolescente. Então nós temos como prioridade atender a clientela de portadores de

transtornos psíquicos graves e também organizar a rede no município para esse segmento.” (01)

A profissional articula a questão das atividades com o que é posto pelo projeto institucional, ou seja, isto que permeia o cotidiano e que diz respeito ao horizonte pretendido pelas ações da unidade, o que pode significar limites também pode sinalizar para práticas novas a partir do momento em que as diversas especialidades contribuem de diferentes maneiras para o trabalho em saúde mental.

Uma outra entrevistada, que faz Residência e tem experiência em trabalho em CAPS e na enfermagem psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico, faz uma demarcação sobre sua condição singular enquanto residente (Residência em Saúde Mental e Psicanálise) e do suporte institucional como fator preponderante.

“Aqui eu... Assim, eu sou Assistente Social, mas a residência é em saúde mental, então eu estou na enfermagem... na masculina são quatro pacientes, que eu acompanho não só a família deles, mas eles lá dentro, conversando, vendo a situação clínica, se está em surto, o que aconteceu. Vendo o quadro deles lá dentro.”

“Eu acho que o hospital dá um suporte, dá o ensino, muitas supervisões... Tem muita diferença de quando eu era estagiária. Você tinha suas obrigações, que eram supervisionadas. Agora como residente eu tenho a supervisão, mas eu tenho que falar ‘não, ele vai de alta sim, porque eu sou a referência dele e acho que está na hora’. (02)

Aqui a entrevistada fala do ponto de vista de outra identidade, a de Residente, e aqui a fluidez do campo de atenção se acentua já que a profissional será o técnico, o terapeuta; sua formação profissional fica em segundo plano. Onde ficam então inscritos os objetivos profissionais enquanto assistente social? Porque de acordo com a fala acima não nos é possível reconhecer a necessidade do assistente social já que o processo terapêutico dispensa o recurso a especificidade, e a dimensão da compreensão crítica sobre a realidade e o sobre o significado da intervenção profissional pode se perder.

Contudo, na própria relação histórica da prática profissional em saúde mental verificamos o recurso a modelos de orientação que configuram um tipo de intervenção, como, por exemplo, as atividades terapêutico-expressivas,

como também nos moldes do trabalho em comunidades terapêuticas dos anos 60.

Ou seja, a historicidade das práticas do Serviço Social neste campo de atenção em particular não podem ser esquecidas posto que contribuem para plasmar as exigências que lhe é colocada pelo modelo de atenção hoje predominante, que embora reconheça a prática referente a questões biopsicosociais, que abarca uma gama complexa de atenções, ainda encontra-se sob jurisdição do campo “psi”.

A jurisdição, conceito empregado por Abbott, refere-se a sobrevivência profissional através do monopólio dos conhecimentos, seria o laço estabelecido entre o grupo profissional e a área de conhecimento sob seu controle, de modo a manter sua exclusividade para atuar sobre tal matéria.

Uma forma de manutenção desse controle, que vem se dando no campo da saúde mental, mesmo que não afaste a atuação de outro grupos profissionais, tem se dado através do recurso a paradigmas de atuação fundados em pensamentos originários do campo “psi” que vem implicando, para as demais profissões a busca por suportes teórico-metodológicos nesses mesmos campos.

Em verdade esta pode ser vista como uma premissa do modelo de atenção psicossocial. Rotelli (2001:45), em texto sobre a experiência italiana de desinstitucionalização aborda o tema da profissionalidade dos operadores em saúde mental, que a partir do novo paradigma é enriquecida e complexificada de acordo com as novas características da organização e do trabalho terapêutico. Segundo o autor “a profissionalidade se explica menos em termos de competências técnicas especialistas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção”.

Acrescenta ainda que, embora a base profissional esteja definida pela titulação acadêmica vincula-se também ao trabalho operativo, e dessa inserção no trabalho cotidiano em que novas competências se colocam enquanto possibilidade de intervenção.

“Os diversos tipos codificados de ‘terapia’ (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social etc...) são considerados como *momentos* também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados. Por isso trata-se de demolir a compartimentalização entre esta tipologia de intervenção. Além disso, e por conseqüência, a relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho etc... sem cindir estas questões, sem confiá-las a profissões separadas”. (2001:45-6)

A Reforma Psiquiátrica brasileira influenciada pela experiência italiana absorveu também estas premissas que impõem às práticas da área a exigência por trabalhadores que, se não deixa de ter suas especificidades, as submetem a um novo fazer referido por um caráter mais operativo, o que tem implicações mais sérias para aquelas profissões cujo estatuto profissional possa ser considerado ambíguo ou “fraco” diante de outros grupos profissionais cuja autonomia e *status* são amplamente reconhecidos.

As falas seguintes abordam este tema pelo viés dos dispositivos/técnicas de atenção:

“O ‘Bom dia’ que é uma atividade que a gente faz todos os dias. Essa abertura que você chegou a gente estava lá conversando, sobre as questões que eles trazem, coisas que eles precisam falar; combinações que a gente faz pro dia. Hoje a gente estava fazendo uma combinação pra um aniversário que vai ter semana que vem. Então não é uma especificidade do Serviço Social, todos os técnicos aqui... cada dia é um que faz o bom dia, e gente vai registrando e encadeando a seqüência da semana, e acompanho os pacientes de referência.” (03)

“Eu estou responsável por um espaço de fala que é o ‘bate-papo sarado’, que foi um nome dado por um paciente – que a gente resolveu não chamar de reunião por que ninguém queria ir pra reunião.... A gente tinha dois espaços de fala na equipe: o ‘bom dia’, que era um bate-papo sobre o dia a dia do albergue, essa coisa assim: “brigou comigo, faltou isso, tá caindo a parede”. E o ‘bate-papo sarado’, eram questões mais gerais, questões de cidadania. (...) a gente falava da Reforma, as Residências Terapêuticas, foram trabalhadas lá, principalmente com os primeiros que foram. A gente levava as questões deles, as dificuldades de trabalho, a vontade de trabalho, a relação com a família, ... a dificuldade, a importância. Eles davam a opinião. O serviço social tem muito a contribuir, muito a ajudar assim,... de ouvir, de valorizar o saber do outro.” (07)

Podemos observar dos relatos a importância dos espaços de fala dos pacientes, com grupos diversos sobre o cotidiano institucional, os “problemas” diários e como o expressar-se é valorizado por meio de assembleias, e aí é um espaço de toda equipe, e qualquer profissional pode realizar, embora eu acredite que, como já dito, não pode ser apenas falação mas expressão, onde discute-se questões relevantes e a fala tenha significado.

As profissionais reconhecem estes como espaços propícios a prática do assistente social, contudo, como nos apontou Vasconcelos o recalçamento da subjetividade no meio profissional produziu um efeito devastador na medida em que os dispositivos grupais são tomados “de uma forma meramente instrumental, sem nenhuma avaliação dos processos de subjetivação e de suas implicações e efeitos político-ideológicos.” (2002, 207)

A formação acadêmica ainda negligencia este tipo de prática que o estudante passa a ter contato na prática do estágio, e nem sempre com o rigor teórico necessário, mas aos trancos e barrancos; erros e acertos e sem supervisões adequadas.

Outro dispositivo em que as profissionais se inserem são as Oficinas Terapêuticas¹³ inseridas na proposta de reabilitação psicossocial podem ser espaços de criação, de geração de renda, de socialização, mas principalmente oportunidades de inserção social, de rompimento com o isolamento habitual do paciente psiquiátrico.

Na fala seguinte a profissional pontua um sentido de oficina como espaço facilitador para a inserção do usuário na comunidade, e também como os diferentes olhares podem contribuir para a percepção de diferentes questões que se colocam:

“A gente tem as oficinas, cada um, dependendo das suas aptidões, seus desejos, seus conhecimentos enfim, optam por estar fazendo oficinas e a gente organiza horário, dia. ... O “bom dia” faz parte de uma rotina de oficinas, de atendimentos,

¹³ Segundo a Portaria SAS nº 728/2002 são descritas como “Atividade profissional em grupo (mínimo 5 e máximo de 15 pacientes), de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas horas), executada por profissional de nível técnico (OT I) ou nível superior (OTII), através de atividades tais como carpintaria, costura, cerâmica, artesanato, teatro, artes plásticas, entre outras. As oficinas terapêuticas poderão funcionar, não apenas na própria unidade, mas também em outros espaços específicos, desde que o profissional responsável pela execução do procedimento esteja lotado na unidade de saúde à qual a oficina está vinculada. (BRASIL, 2004)

já como preconiza a lei do que é um caps, pra que serve um caps, de ser um sistema aberto, de ir mais pra sociedade e dessas oficinas poderem estar facilitando essa saída dos usuários e trazendo a comunidade pra dentro do caps... Ao mesmo tempo que a gente faz a mesma atividade, no momento que eu estou coordenando uma oficina – eu faço oficina da palavra – e eles estão lá escrevendo, alguns desenhando, os que não sabem escrever. Eu já fiz isso com um acadêmico de psicologia, era muito interessante a nossa postura diferente nessa oficina. A gente estava fazendo a mesma coisa, e eu trazendo isso pra realidade, pro mundo concreto, como é que isso acontece. E ele indo na subjetividade do que estava sendo escrito, por que, como. São sutilezas do atendimento.” (03)

As oficinas se oferecem aos profissionais como espaços facilitadores de trocas subjetivas com os usuários, mas é preciso que haja sempre em mente um questionamento acerca do porquê e do para quê fazem as atividades a que se propõem. A intenção da ação deve estar em primeiro plano, pois do contrário estaremos reproduzindo práticas arcaicas do modelo manicomial e apenas entretendo os usuários.

“Eu faço uma oficina de notícias lá, que a gente trabalha com os paciente a questão da informação. A leitura de jornal, de revista, debates dos assuntos da semana.... uma oficina que é um espaço, assim, que a gente atinge os pacientes que tem um nível intelectual, claro que um pouco mais avançado digamos assim, mas são muitos pacientes que tem assim uma necessidade muito grande de estarem se situando no mundo, no município onde eles moram, no lugar que eles habitam, o que que é CAPS. Então a partir da notícia você pode trabalhar muita coisa, você pode trabalhar saúde, direitos, você pode falar sobre muitas coisas, ... (08)

É preciso atenção para que este espaço não se torne ocupação do tempo e para que isso não ocorra há que se ter capacidade para decifrar aquilo que o sujeito lhe fornece como fala cotidiana, e esta capacidade não vem do bom-senso, mas da leitura do real adquirida por uma formação acadêmica consistente que forneça um embasamento teórico, e de um compromisso ético-político que implica em reconhecer o indivíduo de sua atenção não como um doente que merece cuidado, mas um sujeito de direitos, para devolver a este o que ele lhe entregou confusamente e para que a “escuta” tão amplamente colocada pelo ideário da Reforma tenha verdadeiramente sentido.

Algumas profissionais atuam em oficinas de caráter produtivo e de geração de renda:

“Já em oficinas terapêuticas, o que se chama de oficina terapêutica eu tenho um projeto que se chama “Núcleo de inclusão produtiva”, que eu vejo que é uma forma de reinserção social via trabalho, e isso é um que eu coordeno e junto com psicólogos, auxiliares de enfermagem e estagiários a gente tem duas oficinas: uma oficina de mosaico e uma de papel reciclado. Isso é uma atividade que não é específica, agora a discussão toda sobre a reinserção social, inclusão, cidadania eu vou muito por esse viés da capacitação... (04)

O trabalho é uma atividade fundamental para os seres humanos. Por isso mesmo não é possível deixar de perceber as conseqüências para os sujeitos diante de sua ausência e/ou das intensas modificações observadas no mundo do trabalho nos últimos tempos.

A experiência do trabalho adquire uma posição central no modelo de reabilitação, parte-se do entendimento de que a auto-estima social do indivíduo está intimamente ligada à oportunidade de desempenhar uma ocupação economicamente remunerada e, assim, socialmente regulada.

Tornar o doente mental produtivo significa reintegrá-lo à vida profissional de forma mais ampla. Muitas das atividades realizadas nestes tipos de oficinas propõem reabilitar o doente por meio de suas características próprias sem que isso se configure uma profissionalização. Muitos pacientes têm uma habilitação profissional constituída e podem continuar trabalhando em suas áreas.

“O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma ulterior de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho, entendido como ‘inserção laborativa’, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo de interesses, das necessidades, dos desejos”(SARACENO, 1999: 126).

A questão principal referente ao trabalho para as pessoas com transtorno mental, diz respeito ao quanto o trabalho é um meio de sustento, e quanto um meio de auto-realização. Isso está diretamente relacionado com o sentido e com o valor que uma sociedade atribui ao trabalho, e de quanto este seja um componente de um projeto individual do sujeito.

“O grupo que eu chamo de inserção produtiva, porque eu acredito piamente num trabalho como uma estratégia de reinserção social apesar de tão difícil. O que eu acho legal é que eu estou conseguindo com esse grupo que está se formando nesse núcleo de inclusão produtiva é... da posição deles diante do trabalho. Eles estão levando o trabalho a sério, eles sabem que eu levo a sério e eu estou sabendo transmitir a eles o quanto o trabalho é difícil, mas é um meio de você estar no mundo. Uma das metas da saúde mental é a constituição de um espaço pro louco, eles estão incluídos nisso. Que ele não existe, se não existe com o excluído por ene motivos com o louco muito menos, então nós estamos conseguindo através de duas frentes que é o mosaico e o papel que eles gostem do que estão fazendo, que eles construam junto com a gente. Por exemplo, a gente está num momento agora que a gente está fazendo capacitação fora do CAPS... Então eu estou conseguindo construir esse projeto de inclusão produtiva que é uma coisa que eu acredito e acho que tem tudo a ver com o Serviço Social.

Agora, é um projeto que é feito muito... que é sustentado via clínica, essa orientação que a gente tem, essas supervisões de como você levar o tratamento isso tem me ajudado a ter uma posição interessante a que leve esse grupo a pensar no trabalho como uma posição de saúde.” (04)

Como podemos ver na fala acima, a profissional tem uma visão mais ampla do que seja o trabalho e de como é importante para a saúde mental dos sujeitos estarem inseridos de todas as formas, e da própria centralidade que o trabalho tem para as pessoas.

Os doentes psiquiátricos, desde sempre foram postos a trabalhar, para passar o tempo, para ganhar um cigarro, para substituir o trabalho dos funcionários dos manicômios, para disciplinarem-se, ou para produzir objetos artísticos.

Em uma sociedade de pobres e miseráveis, o trabalho autônomo como oportunidade de vida, surge nas lacunas não cobertas pelo sistema capitalista de produção e circulação de mercadorias. Este “movimento” permite vislumbrar outras formas de inserção no mundo do trabalho, abandonando o caráter mais individualizador para desenvolver formas cooperativadas e muitos serviços de saúde mental no país estão experimentando o recurso à criação de Cooperativas¹⁴

¹⁴ Em 1999 o governo federal aprovou a Lei nº 9.8677, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais. Segundo o Art.1º desta lei, as cooperativas sociais, são constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentando-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos.

como forma de inserção laborativa dos sujeitos com transtorno mental. Ou seja, as cooperativas representam nesse momento histórico, a forma de organização do trabalho mais inovadora, não apenas se constituindo como o oposto da lógica de exploração do trabalho dependente, mas ainda como forma de solidariedade.

No caso dos usuários de saúde mental, pessoas que de um modo geral se vêem privados tanto do trabalho assalariado como de outros rendimentos para sua sobrevivência, a formulação de uma proposta de trabalho que seja desalienante se coloca como uma alternativa imperativa diante do contexto atual, apontando ser também um novo mecanismo de reinserção social e um recurso terapêutico estratégico para a reforma.

As cooperativas de trabalho se configuram como possibilidade de participação social, sendo ao mesmo tempo serviços (de tratamento) e lugares de produção (no mercado). São uma forma de desinstitucionalização do trabalho.

Duas profissionais colocam questões referentes a experiências em saúde mental como algo diferenciado da prática em outros campos de atuação:

“Assim num hospital comum você atende a pessoa e ela vai falar, falar, falar e você resolve o que tem que resolver e aí você pode ver a pessoa mais uma semana e depois não vai ver mais... Aqui já não é assim. A pessoa chega, fala, e fala. Então tá tudo bem e às vezes volta no dia seguinte, ou na mesma semana e esse trabalho é durante muito tempo. E continuam as mesmas coisas, e na verdade não é aquilo que ela quer. Como esse paciente: que quer voltar pra casa, quer ter o dinheiro dele, e que na verdade não é, pois quando vai abrir a conta pra ele ter o dinheiro dele, ele não suporta e surta. ...Vamos continuar observando até ele acalmar de novo. Ele acalma e começa a preocupação: “o dinheiro eu vou ter que dar pra minha irmã? Mas o dinheiro não é meu? Tudo isso que não é pensado em outros lugares”. (02)

“Aqui se discute muito. A saúde mental se discute muito, em termos de saúde no Brasil a saúde mental é a ponta. A outra saúde não vai dar certo porque as pessoas... fica esse negócio de categoria. Quando eu fiz estágio foi até colocado pra mim, essa questão de categoria... eu me lembro que eu fiz estágio no Hospital Jesus e aí tinha uma história de que as assistentes sociais, estagiárias ou não, eram tias. E era um setor que atendia crianças e as mães ficavam internadas também. Então aquela pessoa que era mãe da criança era chamada de mãe, e a Doutora. Eu pensei não, eu coloquei isso como estagiária, vem

cá seu nome é? O meu é ... Se criou uma relação diferente, nada desse negócio de tia... Então essa coisa da categoria faz isso e na saúde mental você aborta a questão. É confuso? É, as pessoas se misturam; você vai pensar que está tudo, todo mundo junto. Não está não.” (05)

Não se pode negar os avanços ocorridos na saúde mental como um todo, mas deve haver uma certa dose de ponderação, pois do contrário cairemos numa visão ilusória de que tudo está bem e que não há conflitos de interesses. A ‘confusão’ que a própria entrevistada salienta não pode ser tomada como intrínseca à prática em saúde mental, se isto ocorre perde-se a dimensão crítica e pode-se deixar levar por uma homogeneização quando o que é necessário é uma horizontalização.

De acordo com os espaços institucionais em que se inserem os assistentes sociais têm mais ou menos reconhecimento. Ou seja, num campo como o da assistência social, amplamente reconhecido como espaço de intervenção profissional, o Serviço Social atua com maior mobilidade, já na saúde mental temos um saber soberano em torno do qual se organizam os serviços, e que implica ao assistente social interar-se num jogo de correlação de forças em que entra em desvantagem na medida em que precisa impor a necessidade de sua prática para além de um saber auxiliar e dependente do outro.

Nesse sentido a diferenciação entre o Serviço Social e as demais profissões que atuam no campo, a partir de um discurso comum revela-se tênue, não se sustentando em parâmetros teóricos e metodológicos, caracterizando-se como estereotipada.

d) Trabalho em equipe

A Psiquiatria enquanto especialidade médica, e o psiquiatra enquanto detentores de conhecimento de uma área específicos representavam, agindo isoladamente no trato da doença mental, a ideologia da fragmentação do conhecimento. A Psiquiatria é mais antiga que as demais áreas que integram a saúde mental e por muito tempo atuou sozinha neste campo, este fato contribuiu para que tivesse um espaço predominante e/ou isolado, e suas ações

muitas vezes, mesmo na atualidade, fossem tomadas como sinônimo de saúde mental. O conceito de saúde mental, contudo, é mais abrangente que o de psiquiatria, e em verdade abriga todas as ciências ou especialidades a ela ligadas.

A formação de equipes de profissionais de saúde mental visando um trabalho conjunto, tem esbarrado em dificuldades decorrentes dos longos anos em que esta área era exclusiva da psiquiatria e se enfocava a “doença” como ponto principal. Contudo, não era mais possível que um só indivíduo abarcasse toda amplitude de uma determinada área.

Uma das questões pertinentes ao trabalho em saúde mental diz respeito ao trabalho em equipe que é uma requisição da atenção psicossocial, e isto é reconhecido pelas entrevistadas:

“Aqui a gente está numa posição de construir, construir saberes, enfim. Cada um tem sua especificidade, ninguém deixa de ser psicólogo, de ser assistente social dentro da equipe, mas... a partir disso que é coletivizado que a gente constrói as intervenções, as direções...”

A construção do saber sempre foi coletiva. Algumas pessoas,... principalmente que não tiveram a experiência de trabalhar numa equipe interdisciplinar, nem diria interdisciplinar, mas com essa direção, sentem um pouco de dificuldade de descolar, ou melhor sentem dificuldade de estar descolando o assistente social que agenciam e assistente social que está na saúde mental, então fica tudo junto e às vezes têm algumas coisas bem mais dirigidas pra mim e que na conversa a gente acaba chegando a conclusão, a partir da conversa, e que não fui eu que dei, apenas acrescentei. Mas no geral é um trabalho em equipe mesmo, não tem nada disso que a gente vê em outros lugares: “Ah por que a assistente social sabe menos, a assistente social sabe só tapar buracos, apagar incêndio”. Não tem, isso eu não vivencio aqui. Eu já tive outras experiências em outras áreas que eram assim, principalmente na saúde, saúde hospitalar. Que o médico sabe tudo e a assistente social é o assessor. Aqui não tem isso.” (O1)

Os princípios de cooperação existentes num grupo heterogêneo, formado por profissionais com formação em diferentes campos de saber, com métodos, conceitos e técnicas que lhes são próprios, estimulam o diálogo e contribuem para um melhor desempenho da equipe e para a valorização de cada especialidade pelos demais companheiros. Neste âmbito cada membro aprenderá mais, ampliando seus conhecimentos, tendo ao seu alcance o homem

em sua totalidade, unindo em torno de um campo comum um conjunto de conhecimentos que concorrem para um fim comum.

Em saúde mental estamos falando de um projeto teórico, político e assistencial novo que deve contemplar a diversidade dos saberes profissionais. Temos diferentes olhares, com diferentes objetivos, mas que devem convergir para um tipo de atenção/intervenção que torne viável uma ação conjunta dos diversos saberes.

Lobosque (2003), refletindo sobre a experiência de trabalho do técnico de referência em um serviço substitutivo de Belo Horizonte nos informa que é

“importante observar que este profissional, embora de formação universitária, pode ser um enfermeiro ou um psicólogo, um terapeuta ocupacional ou um psiquiatra; o que está em jogo neste trabalho não se garante por uma formação acadêmica específica, mas sim pela disposição, que não se aprende na escola, de escutar, de ponderar, decidir sem arbitrariedade e negociar sem imposição”. (2003:33)

Lembremos Bourdieu quanto à noção de *habitus* pela qual o autor explica o exercício das práticas sociais dos diferentes agentes. Compreendido como um modo de geração de práticas, conformando e orientando as ações.

O trabalho em saúde mental vem se organizando em torno de um conjunto de práticas de diversos agentes, organizados num espaço social em que se distribuem variados tipos de capital; simbólico e cultural neste caso. Temos o capital simbólico da psiquiatria enquanto saber fundante que estabeleceu um mandato social sobre a doença mental, e o capital cultural que os grupos profissionais atuante na área possuem e que torna seu discurso hegemônico e que acaba por ser reconhecido como discurso da área em questão.

Vejamos a fala abaixo:

“Eu tenho contado muito com a parceria da equipe por que eu cheguei com muitas angústias, primeiro porque eu não tinha estudado saúde mental. Passei longe na minha época de graduação, e me assustei. A gente chega, pra quem nunca entrou em saúde mental é uma coisa meio esquisita de se ver. É’ uma casa com muito entra e sai, gente falando sozinha. E eu tive um tempo de me acostumar com isso, mas... pensar os meus referenciais teóricos pra poder estar usando aqui dentro. E hoje eu vejo isso, eu tenho uma satisfação muito grande quando a equipe pára pra ouvir o que eu, de esquisito eu tenho pra dizer,

por que a coisa que ninguém pensou, ninguém parou pra pensar. E essa é uma satisfação, o apoio da equipe,... a equipe ouvir e às vezes a gente vai bater boca, tentar chegar num consenso. Mas é aquilo que eu te falei, às vezes eu sou uma só com um discurso por vezes bem diferente do restante, então às vezes tem um estranhamento, o que é isso que eu estou falando. Hoje,... é legal, um médico psiquiatra que tem aí e tem uma visão muito social, então isso facilita.. Aliás, o outro que saiu também era assim, por incrível que pareça a gente tem os médicos com o diálogo muito próximo.”(03)

A entrevistada revela que houve um estranhamento, tanto de sua parte para com o campo da saúde mental, quanto dos demais profissionais ao seu discurso diferenciado. Esse estranhamento demonstra que a inserção num campo predominante mente marcado pelos saberes “psi” rebate nos demais profissionais, que devem se incluir num campo “que não é o seu”, ou pela via do ‘enfrentamento’ ou da ‘acomodação’.

Para que o trabalho em equipe funcione é fundamental que haja uma proposta de ação integrada onde cada profissional seja valorizado, e no momento a interdisciplinaridade é o enfoque que melhor preenche as lacunas que existem nas intervenções no campo da saúde mental. Isto é também um grande desafio, pois articular todos os conhecimentos implicados numa prática tão diversificada requer o respeito às peculiaridades e valorização de cada profissão e profissional, numa conjunção de áreas de reflexão envolvidas.

Uma outra questão levantada diz respeito a escolha dos profissionais que vão atuar no campo. Isto passa pela seleção de pessoal, mas também pela capacitação daquele que está há anos neste tipo de trabalho e que se não tem o conhecimento teórico tem a experiência, com a qual pode contribuir num movimento recíproco.

“Essa equipe ela tem no percurso dela uma formação diferente. Primeiro: não são todos os funcionários públicos que estão dentro da rede que são encaminhados pra cá. Quando a gente pensou no CAPS ad, o Ministério da Saúde solicitou ao gestor que indicassem pessoas, servidores pra fazer um curso de capacitação, então você não recebe qualquer funcionário, essa equipe foi formada através de um convite do gestor. Então a gente passou por nove meses numa especialização, passamos por estágio de capacitação e viemos pra cá. Então foram pessoas que queriam vir pro serviço e isso marca uma diferença. Não é

algo:... aquele funcionário que não sei o que eu faço com ele, não aqui no CAPS ad as pessoas foram convidadas a estarem aqui. Por que é uma clientela dentro da saúde mental, dentro de qualquer tradição de cuidado que as pessoas tem que ter uma persistência muito grande pra trabalhar, uma expectativa muito baixa em relação à resposta que eles dão, pois são pessoas que largam muito o tratamento, que não querem se tratar, ... A gente acha que é uma equipe que tem um certo privilégio, pois são pessoas que querem estar. Quem não quer não agüenta ficar, estar aqui por estar... A gente vai cobrar serviço, a rede municipal de Niterói vai cobrar serviço então não dá pra ser só uma ocupação não... E aí tem às vezes as dificuldades justamente pela formação das pessoas.” (04)

A especificidade delinea um perfil de atendimento, das respostas que o profissional dá às questões trazidas pelos usuários ou pelas instituições e aí o Serviço Social tem um campo aberto diante do seu horizonte ético-político, de seu compromisso em favor da liberdade enquanto valor central, da busca pela fruição da cidadania de seu usuário. Mas o profissional deve estar disposto a ressignificar sua atuação, o que não ocorre no que Goldberg (2001, 35) destaca como sendo “práticas estereotipadas”, isto é, ligadas a procedimentos deveras cristalizados que acabam por não ter relação com o tratamento dos pacientes. E completa o autor:

“A tal maneira de se realizar as práticas denominamos preconceito tecnológico, um preconceito que leva cada profissional a fazer exatamente o que assimilou de um repertório de comportamentos convencionalmente moldado por sua profissão, sem se preocupar de fato com o paciente que está sob seus cuidados. Assim, redundaria num não tratar tudo o que se fizesse fora desse repertório – o que em muitos casos implica atender o paciente e afastar atitudes profissionais solidamente estabelecidas”(2001,35)

O que a citação acima demonstra é que a “ressignificação profissional” seria quase que uma condição para o trabalho em saúde mental, posto que os especialismos têm-se mostrado como barreiras a um tipo de atenção nova. A fala abaixo exemplifica a dificuldade que os trabalhadores têm nessa ressignificação, o que não é sem motivo, pois todos querem resguardar suas especificidades:

“Hoje o que é que está se querendo. Estão em vista duas novas residências, e essas duas residências vão mesclar pacientes mais dependentes - nessas duas primeiras nenhum desses pacientes mais dependentes foi, só saíram os do albergue. Nessas duas próximas a gente quer estar tirando alguns mais dependentes, mesclando com quem é do albergue. Com isso as duas enfermarias vão esvaziar e aí vão se fundir numa só, uma equipe só. Isso está sendo um caos hoje, na cabeça das pessoas, porque as pessoas ficam sem entender. Pessoas acostumadas a fazer aquilo há anos e hoje o foco do hospital é o agudo, por que isso está escrito -por mais que as pessoas resistam -, que não é possível morar em hospital, e tem que se fazer alguma coisa com quem está a longo tempo internado, embora as pessoas achem que esse investimento não seria prioridade. Em algumas pessoas eu sinto isso. Mas hoje está claro, não tem mais como recuar. Ou vai ou... então a gente tem que dar conta dessa população que mora no hospital e que não pode mais morar. Então hoje a equipe,... bom isso quer dizer que muitas pessoas que estão há anos fazendo feijão com arroz vão ter que reaprender a fazer feijão com arroz, a fazer carne assada então...” (07)

Na fala seguinte a entrevistada vai de encontro ao pensamento de Goldberg quando se coloca em função da complexidade dos sujeitos e se reporta a não-rigidez da prática:

“A gente tem um saber diferente um do outro, nossa visão é diferente do outro, nossa visão é diferente até pelo conteúdo que a gente tem, que a gente estudou...mas na reunião de equipe a gente se coloca em função dessa complexidade daquele sujeito, do que é que ele está precisando, e vai atender o que ele traz de singular pra vida dele e aí na reunião a gente vai discutindo.... E é óbvio que o psicólogo tem a visão mais impregnada com a área dele, eu vou dar o meu pitaco com a minha área, o médico na dele, mas a gente acaba trocando... não tem muita rigidez.”(07)

Uma outra profissional complementa referindo a singularidade do trabalho na saúde mental e da “exigência” por um trabalho do tipo novo, flexível:

“...trabalho denso que é a atenção psicossocial e que um profissional não chega no CAPS pra desempenhar especificamente o papel dele, de repente uma visita domiciliar pode ser feita pelo auxiliar de enfermagem, não porque ele tenha que ir aplicar uma injeção, mas porque o paciente tem um vínculo maior com ele. Então esses papéis, que inicialmente no imaginário popular, ... inicialmente estariam delegados ao assistente social, como ir pra fazer visita domiciliar, fazer conversa com a família, isso aí é uma coisa um pouco diluída na atenção da saúde mental, porque o psicólogo pode também

estar saindo com o paciente pra tirar documentação, acompanhar o seu paciente, sair com ele, ir ao INSS, não que de repente por traz não seja necessário uma orientação do assistente social, mas isso não é uma função específica nossa e exclusiva de estar fazendo essas coisas. É claro que a gente tem as nossas especificidades, o lugar do assistente social não é ocupado pelo psicólogo, que não é ocupado pelo médico, pelo psiquiatra. Mas quando a gente está trabalhando em equipe numa assistência que você precisa ter esse olhar ampliado é importante também que os papeis na equipe não estejam tão rigidamente estabelecidos.” (08)

Finalizando este tópico a seguinte fala corrobora com aquilo que Vasconcelos (2002) coloca a respeito da importância da supervisão em saúde mental, embora dentro do que o próprio autor sinaliza como impasse, vejamos principalmente o recurso a supervisões do tipo clínica e administrativa, quando diante de tantas questões referentes ao poder nas instituições, a não-rigidez profissional, e das questões relativas a vivência e relação com a clientela e equipe fosse necessário recorrer à supervisões institucionais e de suporte pessoal.

“A reunião de equipe acontece uma vez na semana, amanhã é dia e a gente passa a manhã inteira discutindo sobre os pacientes, sobre as situações diárias do CAPS que de repente causaram algum impasse, que trouxeram alguma insegurança pra equipe e que a equipe ache que seja válido estar refletindo. A gente tira decisões, encaminhamentos. Pro bom andamento do serviço isso é fundamental, e ter esse espaço pra estar conversando, e no dia a dia a gente não tem esse tempo. É muita coisa, é muito trabalho, é muito compromisso, então se a gente não se educar, não se educar pra estar conversando, pra estar trocando, e aproveitando esse espaço, eu acho que seria um grande empecilho pro bom andamento do trabalho.” (08)

e) Política de saúde mental

As entrevistadas foram questionadas sobre a política de saúde mental do município e de como esta interfere no bom andamento do trabalho cotidiano, mas acabaram respondendo na de sua posição como assistentes sociais, mas como profissionais da saúde mental.

A entrevistada relembra um fator importante que diz respeito aos vínculos empregatícios num contexto de políticas neoliberais e que não deixa de ter seus rebatimentos na saúde mental.

“Apesar de todas as dificuldades dessa lógica que dita um pouco a política em nosso país: do trabalho ser terceirizado, precarizado; cada vez menos nós temos concurso público, cada vez menos a gente tem vínculos estáveis, acho que isso é uma política que se dá no país enquanto um todo, uma direção que os nossos governantes acharam de interesse deles implantarem aqui. Mas falando particularmente de Niterói, por mais que essas pessoas que estejam nessa política... elas também estão submetidas a essa lógica... elas fazem um esforço para garantir aos profissionais um clima estável, e na medida do possível condições de trabalho pra que a gente possa estar desenvolvendo... No geral a direção, as pessoas que estão à frente dessa política se preocupam sim, mas a gente vê que tem impasses... não é todo campo da rede que tem campo de estágio...”(01)

Em primeiro lugar devemos sinalizar que das oito entrevistadas apenas uma (01) não tem vínculo direto com a unidade, trabalhando sobre o regime de contrato por meio de convênio entre a Fundação Municipal de Saúde e o Instituto Franco Basaglia – IFB¹⁵, ONG que atua no campo da luta antimanicomial e presta assessoria a diversos municípios do Estado, na área de pesquisa e contratação de pessoal, cabendo sinalizar que a assistente social não é a única contratada sendo esta a característica da unidade onde atua.

Outro fator importante é a falta de concursos na área, sendo que o entrevistado número três entrou através do último concurso realizado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2002, e de acordo com informações da Coordenação estas são as assistentes sociais exclusivamente alocadas em saúde mental, embora haja núcleos de saúde mental em outras unidades os profissionais não atuam exclusivamente nos mesmos.

A esta conjuntura cabe uma ponderação corrente no Serviço Social que dá conta de que o processo de flexibilização no trabalho não deixa de acontecer também no campo da saúde mental, o que podemos ver com o recurso a uma

¹⁵ O IFB foi fundado em 1989, no Rio de Janeiro, sendo uma entidade sem fins lucrativos voltada basicamente para a prestação de assessoria, elaboração de pesquisa, informação e divulgação na área de saúde mental. Realiza ainda a promoção de atividades culturais em defesa dos direitos dos usuários de serviços psiquiátricos e, a geração de novas formas de atendimento a pessoa portadora de transtorno mental.

ONG que se de um lado contribui para um processo de terceirização da prestação de serviços, que contribui para a ampliação do quadro de funcionários públicos¹⁶, além de estabelecer uma diferenciação interna tanto de carga horária quanto de salários. Por outro dá valiosa contribuição no que consta a qualificação profissional para o campo da saúde mental através de treinamento para a área.

E interessante foi a fala a seguir que faz a interlocução a partir das demais políticas públicas e de como a ineficácia destas contribui para que os objetivos em saúde mental sejam obstaculizados. As diversas expressões da questão social não deixam de se manifestar pra esse público, e talvez de forma mais drástica, pois a falta de um benefício, de moradia, por exemplo, pode acarretar a segregação, o isolamento.

“A gente esbarra em problemas de várias ordens,... mas pra ser mais concisa... eu acho que o que dificulta o nosso trabalho é a manifestação cotidiana da questão social na vida dos pacientes, então é a impossibilidade de ir e vir porque não tem meios, é um desamparo social por parte da política de assistência social grande,... Enfim, isso se torna um certo empecilho que a gente tem que trabalhar essa coisa das barreiras que a gente encontra. Coisas micros: “ah, o paciente não pode vir porque não tem dinheiro de passagem”; ou então em outras áreas... na área de segurança pública, de morar num local de risco, numa área de habitação... o paciente mora numa casa insalubre, num local impossível de se morar. E uma intervenção ali não é qualquer coisa porque, como eu falei as pessoas chegam aqui, não chegam aqui pedindo assistência social. Chegam aqui pedindo socorro porque estão com uma criança e um adolescente em sofrimento psíquico. ... Então são essas dificuldades do cotidiano que estão ligadas à manifestação da questão social, que está cada vez mais grave. Esse empobrecimento coletivo, geral ele está se manifestando na loucura, de diversas formas.” (01)

A questão social, em suas diversas manifestações, tomada pelo Serviço Social como sua matéria-prima se expressa no cotidiano da população usuária dos serviços de saúde mental em relação às questões de acesso aos direitos fundamentais de qualquer cidadão, embora possa vir a ter rebatimentos mais profundos no sentido mesmo em que o fenômeno do adoecimento mental implica interseções várias que podem influir de forma mais drástica em uma população cujos direitos sempre foram visto como algo em segundo plano. Ou seja, o

¹⁶ No ano de 2006 está sendo planejada a realização de um concurso para a área da saúde do município de Niterói que contemplará as unidades com 09 vagas para assistentes sociais, sendo que destas apenas uma destina-se à saúde mental.

assistente social vai atuar junto a uma população cujas necessidades sociais estão cruzadas pelas particularidades que o transtorno mental acarreta.

A entrevistada número quatro sinalizou uma questão interessante e que diz respeito ao comprometimento dos gestores com a política do município:

“A política de saúde mental de Niterói é muito boa porque o gestor está muito próxima da rede. Então quer dizer, você encaminha os projetos, dentro da medida do possível porque a gente tem todas as carências como outros, mas a gente sente que quando a gente vai nas reuniões com os outros serviços falando da relação com o gestor a gente se sente privilegiada com a relação que a gente tem. Não sei se é por ser uma cidade pequena, acho que tem mil fatores aí, mas Niterói já tem essa tradição de ser um lugar que a gente consiga trabalhar melhor, principalmente em relação ao Rio, São Gonçalo é um caos. ... o CAPS só existe porque o gestor se interessou. Existem as portarias elas estão lá, mas se o gestor não se interessar então...” (04)

Existem aí dois fatores importantes: em primeiro lugar o percurso histórico da cidade contribuiu para que governos comprometidos com as políticas sociais mais amplas venham se estabelecendo na gestão municipal, isto desde o governo Roberto Silveira, tanto que Niterói sempre foi forte protagonista no campo da saúde como um todo (Projeto Niterói, Médico de Família); questões conjunturais importantíssimas que devem ser levadas em conta. Contudo, como falam as entrevistadas, as coisas acontecem porque os gestores estão comprometidos, o que pode significar que uma nova configuração política pode buscar outros caminhos e ir contra as propostas atuais. Para que isto não ocorra é preciso maior protagonismo dos trabalhadores da rede em articulação com usuários e seus familiares.

Recordemos que o Serviço Social embora regulamentado enquanto profissão liberal não atua majoritariamente enquanto tal embora haja diversos profissionais atuando através do chamado Serviço Social Clínico, debate que não travaremos aqui. Contudo em grande parte sua ação depende de recursos previstos em programas e projetos institucionais que requisitam e contratam seus serviços. Ou seja, os meios/recursos para o exercício de suas funções são postos pelos organismos que empregam sua mão-de-obra especializada, mesmo que possa ter relativa autonomia no que tange a realização de seu trabalho. Isto majoritariamente pois há profissionais trabalhando pelo chamado Serviço Social Clínico, como Terapeutas em diversas especializações.

Para Freidson é de extrema relevância estarmos atentos às estruturas institucionais e econômicas em que os profissionais atuam, pois estas determinam as obrigações dos trabalhadores para com seus empregadores e clientes em geral. De tal forma contrapondo-se à força das profissões temos que diante das definições das políticas a opinião profissional tem papel reduzido; os contextos econômico e político definem as áreas prioritárias de intervenção; e a aplicação de recursos foge às mãos dos profissionais.

Neste sentido uma questão primordial que parece afligir as profissionais diz respeito à falta de recursos para a área, embora venha tendo avanços, estes não caminham em paralelo com as necessidades dos pacientes. A própria constituição da rede parece estagnada, pois mesmo com evolução crescente não acompanha a demanda por casas, serviços substitutivos, trabalho protegido. Destacamos uma fala significativa:

“Mas hoje a gente estava pensando nessa história de estar fora do hospital. Nesse sentido que eu estava querendo falar. E uma das coisas é o recurso, falta recurso.

Quando a proposta vem a gente já coloca: “ a gente vai esbarrar nos recursos”, e dito e feito. Por que qual é o CAPS que tem dinheiro de passagem? E aí o hospital financia alguma coisa, aí não é só a ida ao CAPS, que é o cá fora. É a questão do lazer. Lazer. Tá bom: lugar de graça. Ótimo. Chega lá tem o lanche, e aí tira do bolso. Não dá pra tirar do bolso sempre. Uma vez ou outra você até tira, mas fazer isso sempre? Isso aqui não é uma coisa missionária, é um trabalho. E aí ou se investe nisso, ou não se investe.

Eu sempre falo essa questão do recurso material é algo que impede muita coisa. Ora, ainda mais com essa coisa da desinstitucionalização, se a gente não tiver recurso, recurso tanto material quanto pessoal. As duas coisas a gente tem que ter. Tem que ter pernas pra fazer as coisas. A gente fazia viagem com eles, por exemplo; a gente parou. Era um empenho enorme, mas muitas vezes a gente tinha que tirar do nosso bolso. E aí são as divergenciazinhas... é algo que não é investido, não é ainda. Então aí assim, a gente está atrás dos benefícios pra que cada um tenha seu dinheiro, porque também é isso, na realidade eles não querem ficar sob a tutela... porque desinstitucionalizar é você dar asas às pessoas... eu acho assim, de alguma forma, cada um é diferente do outro. Uns vão ter autonomia, outros não vão poder ter essa autonomia, vão precisar sempre de ter alguém, na assessoria e tal...”(07)

A falta de recursos, as parcas condições de trabalho intervêm na prática profissional das diversas categorias, mas quando se tem um objeto profissional

qual o do Serviço Social estes condicionantes, externos à profissão têm maior relevância. Porém como nos lembra Yamamoto é dessa

“realidade de precariedade dos serviços públicos que enfrentamos e da qual temos de partir no cotidiano profissional, não podendo deixar que ela nos asfixie. Não temos de ser necessariamente levados ao imobilismo, à descrença, à desilusão profissional. Há que superar essa posição fatalista, como também aquelas visões idealizadas que, costumo dizer, tornam a assistente social (...), próxima a figura da “Alice no país das maravilhas”: se a sociedade fosse igualitária, se houvessem recursos abundantes, se não existissem relações de poder nas instituições, se tivéssemos completa autonomia em nosso campo de trabalho... aí, sim, poderíamos realizar ‘aquele’ Serviço Social com que sonhamos.” (2004:161-62)

A próxima entrevistada, contudo sinaliza que a organização da rede tem contribuído para que os objetivos das unidades sejam alcançados, principalmente se compreendendo a rede no território, de forma ampliada e não apenas no que diz respeito aos recursos públicos, mas da interação com o local, a comunidade:

“Mas eu acho que a gente está percebendo que a rede de saúde mental está bem organizada, está bem dividida. A gente percebe que a demanda no CAPS ela diminuiu bastante, isso porque a gente sabe que a gente tem ambulatórios funcionando, residência terapêutica. Pra além dos ambulatórios a gente tem outro CAPS também. Então essa constituição dessa rede bem diversificada, eu acho que ajuda muito mesmo no nosso trabalho. Pra além de que, a rede eu entendo não só os dispositivos que a gente tem em saúde mental, mas a policlínica que a gente tem ali perto, sabe. Rede também pra gente pode ser também o Colégio...”

É um delírio muito grande nosso, da saúde mental, de imaginar que nós vamos dar conta sozinhos dessa questão da doença. A pessoa que é portadora dessa doença é um ser humano, e ela é única e é portadora de uma história de vida e ela tá ligada a pessoas, a vários tipos de instituições. Então não é a gente que vai conseguir resolver todas as situações. Por isso é que a gente tem que estar articulado com as outras instituições, com outros lugares de atendimentos assistenciais, mas eu acho que principalmente a gente tem que ter política pública pra que a coisa possa acontecer, pra que a gente não fique dependendo da boa vontade do pastor, da boa vontade do vizinho lá do colégio, mas que a gente tenha uma base sólida de política pública que garanta realmente que esse paciente fique bem fora da internação.”(08)

Uma questão de grande importância para as profissionais diz respeito a configuração das Residências Terapêuticas¹⁷, e que implica na atenção aos crônicos do sistema psiquiátrico. “Manicômio não é abrigo e o pobre não pode ser punido com a internação perpétua. A sociedade tem de encontrar soluções para a miséria e a falta de abrigo dos cidadãos que não se restrinjam à hospitalização”(MAYA, 2002:165).

Que respostas o movimento da Reforma pode dar a esta questão de suma importância diante do paradigma da desinstitucionalização. A constituição de uma rede de dispositivos residenciais para a população psiquiatrizada é considerada fundamental no processo da reformulação da assistência em saúde mental. É o resgate das coisas simples, de um não controle asfíxiador das instituições, é uma outra forma de se estar no mundo, é a possibilidade de contato com o outro.

“... eu acho que o legal de Niterói é que a gente está conseguindo fazer alguma coisa, está conseguindo implementar CAPS, está conseguindo fazer as residências terapêuticas acho que é um salto. Então isso assim é um ganho porque tem paciente que ficou internado anos e anos e dizer que é família. O fato de ter um laço consanguíneo não caracteriza família, então dizer que ele tem família, mas não tem relação nenhuma, vínculo nenhum. Às vezes o paciente não tem e nem quer ter. Então está se construindo residência terapêutica com esse olhar... é uma casa, enfim que funciona como casa e a gente pode estar dando um suporte que ele sozinho não conseguiria ter. É um grande avanço na nossa política.

Mas acho que a gente ainda está muito restrito, a gente tem duas residências – vai ampliar esse ano pra três. Pra população de Niterói, quando a gente entra na área a gente vê que é assustador a quantidade, o número enorme. Na verdade precisaria ter mais CAPS, mais residências, enfim, pra poder dar conta de Niterói.” (03)

A residência terapêutica não deve ter uma rigidez, podendo ser um local um de passagem, de reconquista da autonomia perdida entre os muros do hospital psiquiátrico; é a possibilidade que se abre para a realização de novos projetos de vida, talvez no seio de suas famílias, talvez sozinhos. Ele só não pode ser um

¹⁷ Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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 viabilizam sua inserção social. Definição postulada no texto da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

espaço de tutela, já que as práticas manicomialis não cessam de existir simplesmente com a constituição de dispositivos de novo tipo.

“A questão das residências, nós conseguimos construir depois de 11 anos. Eu me lembro que aqui a gente começou em 96 a pensar em casa... Naquela época de 96 pra cá a gente já vinha pensando e o projeto de casas só foi acontecer em 2000 em projeto de lei,... A Reforma Psiquiátrica foi se fazendo e a lei só acontece nos anos 90. Quer dizer você vai construindo, fazendo pra depois você criar as coisas.... Então hoje você trabalhando em pequenos lugares, você criando essa idéia de CAPS, você regionalizando, territorializando as pessoas, você está fazendo outra história.” (05)

É importante ressaltar que as Residências não sejam espaços de tratamento, mas sim casas de verdade, que se mantenha a privacidade daqueles que lá habitam; o tratamento deve ser feito nos ambulatórios, nos CAPS, nas policlínicas.

Este dispositivo responde também a uma necessidade de qualquer cidadão: moradia, neste caso para os egressos do sistema asilar, que passaram a contar a partir de 2003 com um auxílio-reabilitação psicossocial, denominado “De Volta Pra Casa”¹⁸, como uma forma de reintegração social e custeio tanto para aquele que retornará ao seio familiar, quanto para quem será inserido em Residências.

Nada disso ocorre sem impasses como nos aponta a entrevistada, que finaliza a fala de forma interessante, colocando a atitude pessoal do trabalhador da saúde mental como componente primordial:

*O “De volta pra casa”, quem está saindo tem direito. Por enquanto na lei está lá os dois anos, e a gente tá perguntando: ‘e depois dos dois anos vai acontecer o quê?’
Fora isso, as casas estão se mantendo também contando com esse dinheiro. A princípio esse dinheiro é pro sujeito se virar nesses dois anos, montar o que tem que montar, comprar o que tiver que comprar, mas não é pra manter comida. A prefeitura está mantendo o dinheiro pra casa? Tá, pro grosso, mas no dia a dia, a verdura da semana está saindo desse dinheiro. Não só de verdura, pra outras coisas, a gente tem sabido pelo pessoal da*

¹⁸ Lei nº 10.708/2003. o benefício como parte integrante do programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas objetiva assistir e acompanhar a integração social, fora de unidade hospitalar e consiste no pagamento de auxílio pecuniário no valor de um salário mínimo, desde que garantida a continuidade do tratamento na rede de saúde mental.

casa, esse dinheiro..., não gasta todo nisso não, uma parte é pra eles usarem, comprar roupa, botar dentadura, óculos, etc e tal..., Mas é isso que eu estou falando: tá lá o decreto... Pra implantar a casa nós tivemos que fazer mutirão, e arranjar coisas pra montar a casa, porque o dinheiro só vinha muito tempo depois; a gente teve que montar a casa sem contar com o dinheiro público. A não ser assim, o aluguel da casa, isso eles fizeram, arrumaram a casa. Agora, mobiliar, comprar o que precisava na casa tivemos que contar com doação nas duas primeiras casas que são as que existem. Há pouco tempo é que chegou o dinheiro, mesmo assim, as doações continuam lá, nada foi substituído. Só geladeira, fogão e máquina de lavar, agora, sofá, as camas continuam de doação... Tem pacientes que já recebia benefício e aí ficou com dois benefícios e esses já tinham até comprado cama,... o armário continuou... então, assim, a gente tem as dificuldades, mas existe a vontade, acho que o profissional de saúde mental mais do que nunca é muita vontade por isso e... não desistir...(07)

Embora concorde que o empenho pessoal naquilo que realiza seja um ponto importante para a ação profissional, acredito que mais do que vontade é necessária capacitação pra compreender o que a falta de recursos significa, que este recurso a doações de todos os tipos não significa o estar afinado com a comunidade, mas sim que faz parte de um caminho político, no qual o Brasil está inserido, que tem relação com um tipo de orientação que se ampara na redução dos recursos governamentais, na transferência de responsabilidade à sociedade civil; num retorno a antigas formas de assistencialismo como se fosse algo novo.

O “enxugamento do Estado” recai sobre a esfera da prestação de serviços sociais públicos, os direitos sociais dos cidadãos e de interesse coletivo, que têm sido atingidos pela focalização, seletividade, precarização e segmentação, o que não deixa de ter seus rebatimentos no campo da saúde mental. “E se há que se cortar gastos, cortemos com essa parcela da população, invisível para muitos”.

f) O recurso à psicanálise

A questão da psicanálise em sua interface com a política de saúde mental de Niterói foi um fato amplamente demarcado pelas entrevistadas, basta esclarecer que a Coordenação de Saúde Mental é composta por dois psicanalistas com ampla militância no campo da Reforma.

“Nessa unidade e na coordenação também, vários coordenadores nossos são psicanalistas, fazem formação... eu acho que mescla com a questão da Reforma; é o pensamento da Reforma. Pra mim a Reforma é uma questão ampla, ela não é de ninguém, de cada um, ela é uma questão... Você vê o sujeito ali como é que ele está, de como pode estar atuando, então eu acho que a psicanálise vem ajudar. Eu uma época... na Colônia já tinha uma linha psicanalítica, mas era época tão política que não entrava ou a gente não deixava entrar a questão da psicanálise. E também não lembro quem eram aquelas pessoas, era uma briga... “ (05)

Muitos profissionais questionam o recurso às áreas do saber “psi”, e aqui vemos uma mudança de direção, se no modelo manicomial era o recurso à psiquiatria, agora é o recurso à psicologia e à psicanálise. O que pode ser comprovado pelo grande contingente de profissionais desta área nas instituições, o que sinaliza que o objetivo de uma prática interdisciplinar é comprometido quando se privilegia algumas áreas de saber em detrimento de outras.

Um exemplo disto é o programa de Especialização em nível de residência que a Coordenação oferece: “Residência em Saúde Mental e Psicanálise”, vejamos a seguinte fala que remete a aprovação da primeira assistente social no curso:

“Eu questionava isso com a bibliografia pra prova, e era só psicanálise, um monte de coisa de psicanálise. Então não vai haver nunca uma assistente social?...”

Pois então eu fui procurar saber o que foi que aconteceu e eu conversei com as psicólogas que passaram também e elas me disseram que a prova esse ano foi discussão de caso: “o que você acha diante dessa situação?”. Então mudou um pouco esse conteúdo, e talvez isso tenha facilitado. Também não sei se ela tem formação em psicanálise, mas parece que não ficou tão impregnado da psicanálise,... Porque foi bom. E a gente tem repensado isso porque no hospital nós somos quatro. Quatro assistentes sociais. Uma é coordenadora das Residências Terapêuticas, que fica mais na coordenação... Então isso é algo que pode ser um estudo. O que acontece?, O que aconteceu nesta unidade? (07)

Sobre esta tendência psicologizante a profissional demonstra sua preocupação por conta da valorização dos saberes e a redução de algumas atividades profissionais, como no caso do Serviço Social (mas não só dele), onde se questiona a contribuição que as profissões deram para que chegasse ao ponto em que está atualmente na unidade:

“É, hoje eu tenho, assim,... Aqui nesse hospital foi muito reduzido o grupo de Serviço Social, muito. Eu me pergunto assim: ”onde a gente falhou?”, eu me pergunto isso. E aí há algum tempo um médico, que hoje está na a nossa equipe, que é muito brincalhão, então ele falava que esse hospital ele não é mais psiquiátrico, ele é psicológico, porque encheu de psicologia, não que isso não seja bom. Mas o que é que é isso? O que faz privilegiar uma área e não priorizar outra. A gente tem um hospital no Rio que é diferente, pelo menos no discurso todos atendem a mesma coisa, todas as áreas assim. Pessoas diferentes de várias áreas já me falaram isso, é muito valorizado o serviço social.. Eu fico meio preocupada com as duas tendências, acho que não tem que valorizar nenhuma área nem outra. O sujeito é tudo. Então eu me preocupo aqui... hoje tem uma assistente social aqui, que ela passou pra residência... Primeira assistente social, já me disseram que uma enfermeira já passou uma vez... Só passa psicólogo!” (07)

Será que esta é uma orientação do ideário da reforma ou da política de Niterói?

O que estas falas comprovam, é a meu ver, uma tendência geral na assistência em saúde mental de valorização dos saberes “psi”, inclusive na gestão e coordenação das redes de atendimento.

O caso hegemônico do pensamento psicanalítico nos dispositivos de saúde mental pode ser referido à diferença existente entre as profissões pelo fato de que algum dos grupos profissionais seriam mais capazes que outros em estabelecer suas posições diante das necessidades sociais, o que Starr chamou de *autoridade cultural*.

As profissões ao estabelecerem seu monopólio podem direcionar a produção do saber da área, tanto em seus conteúdos metodológicos quanto de definição de seus clientes. Isto é inda mais interessante se pensarmos que a proposta da Reforma Psiquiátrica pressupõe a desconstrução de saberes e práticas - e porque não das identidades profissionais-, e exige a substituição por outros saberes, neste caso a psicanálise passou a ancorar os debates e práticas na medida em que possui um corpo teórico mais rigoroso e robusto.

Segundo Tenório(2001),- um dos coordenadores da saúde mental de Niterói- , a própria diretriz que orienta as transformações no âmbito da Reforma, de desmedicalizar e subjetivar estão relacionadas à atitude clínica do modo de operar da psicanálise.

“Eu vejo muito a psicanálise presente nesse momento histórico no CAPS, o viés psicanalítico atravessando a assistência... Nunca participei de uma apresentação da coordenação que tenha verbalizado isso, mas a partir da formação das pessoas que estão no poder a gente sabe que os projetos, com certeza eles vão estar sendo encaminhados a partir da visão que o profissional tem. Então, por esse momento histórico a gente ter uma visão voltada pra isso, então eu acho que de alguma forma isso passa a atingir os serviços.” (08)

Embora seja próprio da Reforma a tentativa em dar uma outra resposta social ao problema da loucura que não meramente psiquiátrica no sentido de mandato social que este campo de saber possui, muitas vezes ela vem se operando de modo a transferir este “poder” para outras instâncias, não que isto não traga embates internos pois a disputa de poder e hegemonia sempre se fará presente entre os grupos profissionais nos campos de atuação; nisto perde-se o fundamental em saúde mental: a questão da cidadania do doente implica na compreensão da complexidade de seu sofrimento, que não é unidimensional, mas é composto das diversas interações entre o biológico, o social e o psicológico.

A compreensão de tal situação não se pode fazer sem o recurso a uma análise que compreenda a história dos saberes que estão inseridos na área, das suas relações de poder, de seus processos de profissionalização que podem sinalizar para um entendimento a fim de que se possa partir para uma prática interdisciplinar de fato e não só no discurso.

g) O Serviço Social nos discursos profissionais

Na prática cotidiana junto aos sujeitos portadores de transtornos mentais o assistente social atua na perspectiva da desinstitucionalização, cujos objetivos deslocam-se da busca por uma “cura” e transferem-se para um novo objeto de atenção: a “existência-sofrimento”, para a construção de novas possibilidades de vida para os usuários; a reestruturação de sua cidadania e identidade perdidas; a busca da autonomia; a desconstrução dos estigmas que envolvem a loucura.

Poderíamos dizer que refere-se que um projeto ideo-político fundado em valores éticos e que coadunam com o projeto ético-político hegemônico do Serviço Social brasileiro que reconhece a liberdade como valor central,

comprometendo-se com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos. A dimensão política desse projeto se posiciona em favor da equidade e justiça social, na perspectiva da universalização do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania postos como condicionantes para a garantia dos direitos civis, políticos e sociais.

Desta forma o profissional, nos seus diversos campos de atuação trabalha pela ampliação da cidadania dos usuários, facilitando informação e acesso a seus direitos econômicos, sociais, políticos; atuação na busca por mudanças nas relações de poder dentro das instituições; pelo aumento de seu poder de organização, etc.

Quando questionadas sobre se sentiam-se prestigiadas profissionalmente nas instituições e sobre o reconhecimento da necessidade da profissão neste campo, todas as profissionais foram unânimes em afirmar positivamente esta questão, destacamos a seguinte fala, que embora extensa coloca diversas questões pertinentes:

“Eu acredito o seguinte: pra gente trabalhar na saúde mental a gente tem que se desvencilhar de algumas coudanças que a gente acaba adquirindo na graduação. Então... pra se fazer um trabalho de fato na saúde mental, a gente tem que primeiro dizer assim, bom “ o que vai chegar até mim é o pedido de socorro pela loucura e não pela pobreza” . Então isso já é uma grande mudança de paradigma.

Por que em outro lugar a gente quer... “Você vai ali que você vai conseguir isso” ... Vamos agenciar o sujeito socialmente. Então aqui a minha posição é essa. Essa direção que eu adotei não é sem conseqüências pra mim, nem para a profissão. Não tem como fugir disso, essas conseqüências nem sempre são bem acolhidas pelos colegas e por uma parte do segmento da categoria.

Mas aqui dentro da equipe reconhecem a minha importância, a importância do assistente social, enquanto um executor de política pública, enquanto um profissional que está apto a planejar, a construir política pública sim, porque a todo momento eu participo de reuniões com pessoas da rede, com pessoas da própria coordenação de saúde mental que vêm conversar...A gente se reúne, conversa, e a gente constrói política pública.

Enfim, isso tem uma marca importante que é diferente de você ser um assistente social num outro lugar. Pra você ser reconhecido você é aquele que consegue tudo pra todo mundo.

Meu objetivo aqui não é esse, não é assim que eu sou reconhecida aqui. As pessoas não vêm a mim achando que eu vou resolver os problemas sociais, a pobreza do mundo, não é isso. As pessoas recorrem até mim para que eu possa estar contribuindo aí no projeto terapêutico desse sujeito, às vezes nem sempre com o agenciamento de coisas, de equipamentos sociais, não. Às vezes muito mais um trabalho com a família, ouvir aquelas famílias na sua origem, na sua história.” (01)

A profissional identifica no campo da saúde mental a demanda por um profissional do tipo novo capaz de desvencilhar-se de “algumas coraças” advindas da formação profissional, e demarca também uma diferenciação do trabalho neste campo pra com outras áreas de atuação, mas ao mesmo tempo reforça a lembrança de que os assistentes sociais trabalham com a questão social em suas diversas manifestações, seja na saúde, no trabalho, na família, na assistência social, na habitação, etc.

Mas para atuar junto a tais questões Yamamoto (2004, 20) coloca que um dos maiores desafios que o assistente social vive “é desenvolver sua capacidade a decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas presentes no cotidiano”.

Esta profissional demonstrou com sua fala que está conectada a uma proposta de trabalho deste tipo e que é possível conciliar a especificidade com o que de novo lhe é requisitado.

De acordo com Bisneto, para que o profissional atue criticamente

“o mais importante para uma metodologia de atuação dos assistentes sociais em instituições psiquiátricas é a articulação entre Serviço Social e Saúde Mental. Não queremos dizer que os assistentes sociais tenham que aprender Psiquiatria, Psicologia, mas sim que dominem uma sociologia crítica dessas áreas, (...) os assistentes sociais deveriam se apropriar de uma vasta literatura que faz a análise crítica, histórica e social da Psiquiatria, Psicanálise, dos hospícios, da loucura, da noção de patologia etc.” (2004:122)

Ou seja, compreender os processos sociais do campo para não adotem um discurso genérico, com códigos de linguagem imprecisos que embora tenham suporte em modelos teórico-técnicos na psicanálise são tomados sem rigor metodológico no cotidiano da prática.

Uma outra profissional coloca a questão do reconhecimento no patamar do posicionamento pessoal diante da instituição, diante dos demais profissionais, o

que passaria por algo que teria mais haver com a personalidade dos sujeitos do que propriamente uma questão profissional, e recorre a sua história institucional para isso. Vejamos:

“Eu fui abrindo o meu caminho sozinha, eu não tive quem me orientasse, eu não tive supervisão, eu não tive nada, senão eu e os meus estudos e as minhas leituras, entendeu? Eu fui fazendo o meu percurso todo através de meus estudos ...

Agora precisa saber como se posicionar, se a pessoa não se posiciona ela vai ficar dando telefonema e escrevendo carta. Isso é preciso que a pessoa se emponha, estude, leia. Porque é interessante que, por exemplo, eu trabalho aqui há vinte e poucos anos, eu comecei, depois aí fui trabalhar na justiça e da justiça voltei pra cá novamente. E essa minha entrada aqui primeira,... Quando eu entrei aqui era só um médico, e a assistente social e os auxiliares de enfermagem, que nem especialização tinham. Era o faxineiro que virava auxiliar de enfermagem, uma coisa assim. E nisso eu comecei a ver que o assistente social ganhava quando entrava aqui no hospital uma prancheta e saía atrás do médico escrevendo o que ele queria, entendeu?... E eu fiquei, muito assim preocupada com aquele tipo de trabalho. O que que eu era? O que elas eram? O que eu seria também? Uma secretária do médico, um serviço paramédico? Aí eu não gostei daquilo, eu não gostei absolutamente daquilo e comecei a fazer o meu caminho diferente, mas não fui questionada não. Não fui questionada pelos médicos, eu fui apresentando... na verdade eu comecei fazendo aquilo que as outras faziam. Aquilo e mais um pouco, até que eu fiquei no mais um pouco e tirei aquilo, entendeu? Como eu te disse, eu comecei fazendo outros tipos de terapia, de colagem, de salão de beleza, uma porção de outras coisas, passeios. Eu fazia passeio com os pacientes, umas coisas diferentes que o meu caminho eu fui trilhando como eu achei que era melhor para um Serviço Social que eu não queria ser secretária, e foi aí que eu fui fazendo diferente, e fui levando assim.” (06)

Esta fala vai de encontro ao que Santos(2001a) refere como algo relativo à competência no trabalho: o *saber ser*, que representa a competência relacional e que corresponde a um sistema de atitudes e capacidades adquiridas como resultante de uma socialização, um atributo pessoal. Neste caso, é um requisito que se coloca no paradigma atual da saúde mental para todos os profissionais, como já mencionamos.

No que concerne a questão das hierarquias, tivemos total negativa dessa questão quando diretamente perguntadas, mas a próxima fala demonstra a

ambigüidade que cerca este pressuposto, já que como vimos a rede vem tendo um predomínio do pensamento psicanalítico:

“Entre os saberes não sinto isso na minha equipe não. Agora, hierarquia existe, a coordenação, o diretor, isso aí existe..., essas questões que a gente discute direto com a coordenação, que a gente sabe que tem que ir direto pra direção, isso existe nesse sentido, mas de saber eu não sinto até porque eu me coloco. É o que eu falei, as pessoas me perguntam, me procuram, querem saber a minha opinião. Então eu me sinto participante,... A gente sabe...tem um nome dado por um médico daqui, “hospital psicológico”, não é psiquiátrico. Os médicos também sentiram um pouco. Eu fiquei incomodada, agora já diminuí um pouco essa questão do volume de uma área em, detrimento de outras, terapeuta ocupacional, assistente social quase não tem. Por que se investe tanto em psicologia só, como se a psicologia fosse dar conta sozinha da questão da saúde mental? O que tem de questão social na questão da saúde mental, e o que tem também de psicológico. Na realidade não tem como priorizar uma área, todo mundo é importante. Nessa história de hierarquia todos os saberes são importantes, numa equipe interdisciplinar que a gente vivencia aqui. A gente delega e vamos embora, “quem é que vai fazer isso?” Tem que se fazer; quem é que vai fazer, quem está com mais possibilidade de fazer isso no momento... (07)

A entrevistada também coloca a questão do ponto de vista do posicionamento pessoal embora reconheça uma nova dinâmica que amplia “poderes” de uma área de saber em particular, mas como algo que poderia ser vencido pelo posicionamento individual.

Quando questionadas quanto aos conhecimentos adquiridos na graduação, e que são utilizados pelas profissionais na sua atuação em saúde mental, foram expostas críticas ao tipo de formação oferecido na academia, que desprivilegia a prática. Vê-se uma demanda por uma sistematização da prática, que tem muito mais haver com um movimento de rotina burocrática, como atividades que dão conta do imediatismo:

“Bom, eu tenho muitas críticas ao ensino do Serviço Social. Eu acho que tem coisas... Eu quero fazer mestrado pra dar aula, porque eu acho que ficou faltando muita coisa. Na faculdade falam de benefícios, de documentação, essas coisas todas... E você chega aqui fora você não sabe. Eu cheguei e tinha paciente pra fazer “De volta pra casa”, pra ver esse LOAS. Eu sabia a parte teórica, que a UFF passa muito bem, mas onde que eu tinha que ir, onde eu pegava o formulário, o que eu tinha que fazer. Eu não sabia essas coisas, tinha que ficar ligando pra um, ligando pra outro. Na parte teórica a UFF é muito boa. Na visão de mundo, de capitalismo, de sociedade; aí a UFF é muito boa.

Pra fazer a análise da situação do paciente, eu consigo fazer uma análise boa... Então foi boa nessa parte, mas na parte prática mesmo ficou faltando. Eu tive que procurar, porque eles falam que a gente tem que ver isso no estágio...” (02)

Iamamoto observa isto como um “nódulo problemático”, referido à “distância constatada entre o tratamento teórico-sistemático das matrizes teórico-metodológicas e a quotidianidade da prática profissional” (2004:191).

Os profissionais ressentem-se em sua formação de respostas mais claras diante da singularidade de fazer profissional; um vazio, no âmbito do ensino, sobre estratégias, táticas e arsenal instrumental para o agir profissional. Os assistentes sociais passam a demandar uma base técnico-operativa para a profissão, que se não for acompanhada por uma atuação crítica pode recair em um mero tecnicismo, já denunciado pelo Serviço Social.

A próxima fala refere a importância do conhecimento nosográfico como forma de estar capacitado para uma leitura da clínica. Mas aí corre-se o risco de deixar submerso a leitura do real, do não aparente e que está para além da doença.

“Previdência social, essa questão aqui é muito solicitada, mas eu acho que essa questão que eu utilizo mais aqui são todas as noções relativas a questão da saúde mental mesmo. O que que ocorre, quais são os sintomas, porque acontecem essas coisas, essa desmistificação do que ocorre com o paciente em crise, pra que a família entenda, as pessoas que estão com ele vejam que não é nada direcionado pra ele, que é um sintoma, que não é maldade, não é preguiça. Então eu acho que o Serviço Social precisa estar interado da clínica, porque ele precisa da clínica, da medicação, dos sintomas, até.. O assistente social não vai diagnosticar, mas ele precisa saber o diagnóstico. Eu não faço nada disso, eu nem quero saber, pra escrever em prontuário, mas eu sei diagnóstico porque isso é importante pra você trabalhar com a família. Se ele tem esse tipo de psicose, quais são os sintomas. E o que é que a gente faz, trabalha com a família. E isso é muito importante, muito. (06)

Sobre a importância da formação profissional para se ter uma análise crítica do movimento que cerca o campo em questão, e de como a formação capacita para uma leitura da realidade, falaram as entrevistadas:

“Eu tive uma graduação que eu gostei muito, estudei muito. Então é o meu referencial teórico, essa coisa de sair da aparência, essa coisa de estar contextualizando o sujeito, tentando perceber a dialética do cotidiano da vida do outro, e aí contextualizando mesmo. Eu faço sempre essa brincadeira com

eles. Esse sujeito dentro da família, da comunidade, do nosso país e trago o contexto político, histórico, social, cultural... e acho que isso é devido a nossa formação porque às vezes algumas coisas parecem tão óbvias e não estão rolando com os outros profissionais, dessa contextualização. Às vezes a gente fala uma coisa simples: “nessa comunidade acontece essa coisa assim, claro que ele vai reagir dessa forma”. Eu acho que a formação, principalmente a graduação... Mas a graduação foi de fato o que me deu a solidez. Perspectiva dos direitos; estar estudando legislação pertinente: criança, adolescente, idoso. Por que a gente começa a lidar com todas as áreas.” (03)

Quanto a isso Bisneto afirma que

“a melhor estratégia não é se colocar como um paramédico ou um técnico clínico, nem tentar se isolar numa pretensa especificidade “soci”, mas articular uma metodologia integrada dialéticamente. O assistente social não precisa ficar na ambigüidade entre um projeto terapêutico que é dominante na Saúde Mental e um projeto previdenciário do qual é o profissional mais talhado para executá-lo”. (2004:127)

Os profissionais devem desta forma estar conscientes de seu papel profissional dentro da equipe para que não passem a ser um mero profissional acessório.

”A nossa formação ajuda muito. Essa questão da visão crítica das coisas, visão do todo... uma noção dessa coisa de contexto, estrutura, de conjuntura. Ajuda a entender o movimento das peças no grande jogo da vida, no grande jogo das políticas; dá maturidade, você fica mais aguçada na questão dos discursos e diretamente com o usuário é a questão do respeito à diversidade. A história da equidade que nesse campo, em todo campo de atuação, mas acho que assim, eu trabalhei com deficientes mentais e é isso: direitos iguais respeitando as diferenças o tempo inteiro.

São alguns conceitos que,...que vão contribuindo pra gente ir pensando o nosso projeto profissional, com eles e com a equipe; o respeito dos saberes, a questão da relação horizontal e não vertical. Coisas que ajudam a gente, essa coisa do: “pra que é que a gente serve?”. Tem uma situação no Serviço Social que nós precisamos estar muito antenados, dessa história do serviço social, da caridade... Porque tem isso o tempo inteiro...Como é que a gente tem que tomar cuidado. Acho que a nossa formação dá algumas chaves pra você tomar cuidado, pelo menos você não vai às cegas. De repente você está indo e aí acende uma luz e você diz: “pera aí!” (07)

As falas demonstram um pensamento de formação num sentido, que embora se alinhe com a proposta atual da profissão não sinaliza com um tipo de marco teórico que a balisa, ao contrário das próximas falas que demarcam um posicionamento teórico e também metodológico.

“A gente precisa traduzir a sociedade, interpretar a sociedade de uma forma precisa, e o marxismo nas últimas décadas tem estado à frente disso, tem se mostrado um instrumento de análise importante pra gente...

E quais são os conhecimentos da formação geral do Serviço Social? São as concepções de políticas sociais, de questão social; entender o que está se chegando pra mim, entender o que está se manifestando, que questões são essas... Agora, lanço mão de outras teorias pra minha prática porque o marxismo não vai explicar tudo quanto eu estou ali tete a tete com o menininho autista que chega para o atendimento, quando eu cruzo com ele tem muito mais ali dele, da história de vida dele, dos pais dele. O que tem haver com a manifestação da questão social, de todas as questões sociais, mas tem pra além disso. Então o que da formação geral que eu utilizo mesmo é isso, essa visão mais macro”. (01)

“Eu acho que essa visão institucional, essa análise institucional de que saúde é um direito, essa questão constitucional de que a gente não está fazendo favor ali. A gente está prestando serviço à população. E isso é uma coisa que vem de formação. Saúde é uma política pública e isso faz você olhar a sua assistência de uma forma diferenciada.

Acho que o conceito também de empowerment, ... eu fui em São Paulo em outubro do ano passado, no encontro da luta antimanicomial ... e levei um paciente daqui de São Gonçalo e duas de Niterói, então fomos juntos nós quatro em busca desse ideal, estar conhecendo um pouco mais, ...Então quer dizer, é um conceito que eu acho que é fundamental que é a questão do empoderamento, e eu acho que nesse princípio teórico o assistente social tem muito a contribuir orientado por essa visão. E é uma coisa que eu gostaria muito de estar até me aperfeiçoando porque isso eu não alcancei na minha faculdade, isso é uma coisa de busca minha, particular por conta de eu estar voltada sempre pra essa coisa da informação, da capacitação das pessoas, da importância da organização política, não partidária, mas do associativismo dos usuários junto com seus familiares e até junto com a gente também. Então eu acho que esse é uma orientação teórica que eu até quero aperfeiçoar mais...” (08)

A profissional insere a importante questão das estratégias de *empowerment*, que vem sendo muito valorizadas no campo da saúde mental ultimamente, e que podem ter grandes contribuições do Serviço Social.

A perspectiva do empowerment vem se ampliando no nosso campo profissional. O fortalecimento do poder/força dos usuários, incentivando-os a implementar ações para ter maior habilidades na resolução de seus problemas, articulando mudanças em sua vida cotidiana, compreendendo a luta por integração, afirmação, organização, expressão e manifestação social.

Este dispositivo tem de ser mais valorizado dentro da categoria profissional pois o profissional pode contribuir enormemente junto a usuários e familiares na saúde mental, como também em outras áreas.

Também questionamos as profissionais quanto ao papel que identificam como sendo desempenhado pelo assistente social nos dispositivos de saúde mental. As profissionais remeteram a questão do próprio refluxo dentro do Serviço Social da questão da subjetividade, e se ressentem da falta de professores e profissionais interessados na área:

“Eu vou não fazer uma análise muito aprofundada não, mas da minha impressão do que eu vi: Eu acho que nós temos muitas poucas profissionais na área de saúde mental. Não sei a que se deve, se tem haver com esse movimento de reconceituação; houve um afastamento dessa questão mais da subjetividade; parece que... são poucos os profissionais de saúde mental envolvidos com política pública. Pouco estudo, pouquíssimo estudo, pouca tese. Tudo muito pouco. Eu acho que é isso. Aqui em Niterói eu acho que até pela quantidade de profissionais trabalhando, apesar de ser reduzida, são profissionais que estão a frente de projetos, várias pessoas estão a frente de vários projetos. Isso mostra um certo diferencial daquele profissional só executivo. Tem algumas pessoas que estão aí nas coordenações, ligadas ao nível mais central. Mas eu vejo pouca produção, pouco debate. Muito pouco”. (01)

Como nos indicou Vasconcelos (2002) o recalçamento da subjetividade teve importantes implicações em nossa formação, cultura e prática profissional, principalmente porque os profissionais não encontram referenciais teóricos ou metodológicos para sua prática.

“Quando eu fiz a minha monografia em saúde mental foi uma dificuldade de conseguir uma professora para orientar. Me lembro que na UFRJ tinha uma que trabalhava no IPUB, e era só ela. Inclusive na época ela não era de esquerda, era meio de direita. Na realidade a formação tirando esquerda e direita em termos políticos, em termos teóricos, ela era na realidade pra fenomenologia e na época ela se negou porque ela estava num momento de divergência dentro da universidade, ela não pegava

nada. Quem nos orientou, por incrível que pareça, foi uma professora que não entendia nada de saúde mental. Se solidarizou a nós e disse: “ Eu vou estudar junto com vocês, me proponho a ajudar vocês a escrever uma monografia, agora o conteúdo vou estar junto com vocês estudando. E assim foi. Era uma pessoa com experiência em delegacia, presídio... E assim saiu a monografia, mas foi difícil encontrar uma orientadora na época. Agora eu acho que hoje em dia já tem muito mais assistente social a fim de estar na área, contribuindo. Não tanto quanto eu gostaria, mas cresceu...” (07)

Dada a compreensão que no trabalho em saúde mental os diversos profissionais atuam de forma coletiva, embora resguardando suas características, questionamos as entrevistadas quanto ao que elas compreendiam ser a “especificidade” do Serviço Social na saúde mental.

O interessante foi observar um certo embaraço quanto a esta questão, por vezes uma pausa mais demorada, por outras uma resposta que partia pro campo da atividade em saúde mental mostrando aí uma certa confusão da qual tentamos sempre nos desvencilhar, isto foi observado principalmente pela fala da Residente:

“O que eu posso falar, a partir da minha experiência, eu sempre tento mostrar pras equipes como é o olhar do social, de como o paciente está, não só na casa, na comunidade. Como é o lugar que ele mora, se é perigoso. E isso tudo, nos casos tem um peso. Eu tenho lá na masculina os meus quatro pacientes, fora os meus pacientes tem os outros que eu só acompanho pra ver a situação social. Então tem essa abertura com os outros profissionais, pra gente estar entrando e também, pros meus pacientes eu peço socorro à T.O. toda hora, me ajuda, e a gente está trabalhando junto. Pois se eu ficar fazendo o meu serviço, a T.O. ficar fazendo o serviço dela, e outro o dele vamos continuar assim..., não vai ter essa rede que Niterói está conseguindo construir. O trabalho que é passado na faculdade é um trabalho que assim que não dá conta. E o que acontece os assistentes sociais saem da faculdade fazem um concurso e caem num hospital psiquiátrico e ficam sem saber o que fazer. E é difícil você conseguir suportar... O paciente que eu estou atendendo na masculina, em meia hora ficam vinte e cinco minutos de silêncio. Fica eu sentada e ele sentado. Eu mechi o pé e ele falou: pára, pára. O acompanhamento com ele é esse, estar com ele sentado no silêncio. Como falar pra um assistente social: o trabalho de acompanhamento na saúde mental é assim, se na faculdade fala que não é.” (02)

Aqui caberia um papel importante á supervisão, tanto no campo de estágio, quanto na prática profissional em si, caso contrário ele passa a assumir uma identidade de trabalhador de saúde mental, e sua identidade enquanto assistente

social só se manifesta a partir de demandas pontuais como do atendimento a questão dos benefícios, por exemplo.

Estas falas corroboram com o pensamento de Bisneto:

“O assistente social pode fazer muita coisa em Saúde Mental – assistência social, benefícios previdenciários, cuidado, oficinas, atuar terapeuticamente, ser técnico de referência, outras tarefas – desde que faça a conexão entre a intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o problema, isto é, unindo o singular e o particular ao universal, recolocando as demandas do mundo “psi” na sua própria referência profissional, sem perder de vista os conteúdos políticos da Saúde Mental e a perspectiva histórica e social de sua atuação.”(2005: 127)

Após um certo embaraço a entrevistada abaixo pontua diversas questões que têm haver com a nossa prática, a partir da defesa dos direitos de cidadania em sua amplitude, o que também pode ser visto no relato da entrevistada número oito e que amplia o debate pra o campo da reinserção social, logo em seguida.

“Eu vejo de uma forma bem definida, bem clara mesmo, eu vejo defendendo os interesses dos pacientes, vendo as necessidades deles, é ...como que eu vou te dizer... que eu tenho que... como é que eu vou te explicar...(desliga aí um pouquinho).. eu acho que o Serviço Social com relação a saúde mental, ele tem que avaliar o paciente e praticamente... vir em defesa dos direitos, enquanto inclusão dele enquanto cidadão, vir em defesa da medicação, ver a defesa do... porque até o meu trabalho aqui, por exemplo, quando a família vem dizendo que quer interná-lo aqui pra sempre, porque os vizinhos não suportam, qual é meu papel nesse momento, é ir até aquela comunidade, conversar com os vizinhos, informar sobre a doença, informar sobre um tratamento, uma segurança pra que o paciente possa viver ali, enfim, é uma questão de esclarecimento pra que eles conhecendo, sabendo, tendo noção, eles possam aceitar a pessoa inserida naquele local. Eu acho que isso é a função do assistente social, né. Ver as questões também dos direitos trabalhistas dele, ver a questão da ressocialização e dele enquanto doente mental. Ficar atenta pra não haver uma hospitalização que é muito comum. Eu estou sempre pontuando isso nas reuniões, entendeu? Essa questão da demora de um paciente internado. Eu acho que é isso aí, não sei se eu sei mais coisa a esse respeito não, se eu estou lembrada.” (06)

“No campo da saúde mental eu acho que o assistente social tem um papel muito importante de estar trabalhando as questões referentes ao fortalecimento da identidade desse grupo, a conscientização dos seus direitos já que a gente trabalha numa perspectiva de reinserção social, toda uma reflexão, um trabalho educativo voltado pra questão dos direitos, da inserção social. Tudo isso que exige pra que as coisas possam acontecer na vida

desse paciente, que a gente quer que ele esteja inserido na sociedade. Esse não é o objetivo maior? Então o assistente social, ele tem um papel muito importante nessa questão da educação, da informação, estar minimamente capacitando as pessoas pra que elas possam estar defendendo os seus direitos.” (08)

A profissional citada relembra ainda a importância do dispositivo das assembleias como um daqueles em que o assistente social pode contribuir de maneira significativa no campo da saúde mental:

“Realizo esse grupo que é a assembleia, coordeno juntamente com um psiquiatra. A assembleias que é um espaço de deliberações, de decisões, um espaço que a gente conversa com o paciente de igual pra igual. Então conduzir isso, esse espaço e manter esse espaço democrático, esse diálogo, eu acho que o assistente social tem muito a contribuir, pra além das coisas que especificamente a gente normalmente a gente sabe que cabe a nós. Que são as questões previdenciárias, o acesso aos direitos, por exemplo, documentação, INSS, você fazer articulações institucionais. ... e à medida que eu acho que a gente vai fazendo essas coisas você vai mostrando pra equipe do que que você é capaz e as pessoas começam a te olhar de uma forma diferente e pensam duas vezes antes de chamar você pra fazer coisas que eles acham que é uma exclusividade do assistente social. E volto a falar de que nós devemos ter a consciência de qual é o nosso trabalho antes do outro vir estabelecer, você precisa saber.” (08)

Como bem pontuou este dispositivo não pode se transformar num muro de lamentações, mas em instrumento que capacite os usuário a tomarem posturas diante das queixas e questões que levam, que seja um espaço de criação de formas de participação no cotidiano da unidade, de discussão da política de saúde mental, de questões que digam respeito, não só ao seu transtorno mental, mas á sua vida como um todo. Nisto o assistente social tem grande participação, no fortalecimento dos usuários.

Uma última questão colocada às profissionais refere-se a como uma formação profissional tão generalista como a do Serviço Social se coloca diante das demandas postas pelo campo da saúde mental.

A entrevistada número três põe em pauta uma imagem da profissão que ainda é muito requerida em várias instâncias de atuação, o burocratismo, como um desafio a ser superado:

“O primeiro desafio é a gente não cair na tentação, que pra mim é pavorosa, do imediatismo. Uma resposta muito imediata a algumas questões que... Por que quando eu entrei, se eu me posicionasse nesse imediatismo..., e havia uma queixa antiga da outra equipe, da outra assistente social: “ Ah mas ela não quer fazer”. E eu fui ver o que ela não queria fazer e de fato nem eu, pra não cair na visão burocrática. Existe uma visão aí de mundo, de um profissional burocrata. Então desconstruir isso e construir uma coisa diferente foi um grande desafio, mais difícil no início com a outra equipe. E com essa aí como a gente foi se construindo foi mais fácil.” (03)

Esta é uma questão já antiga dentro da profissão que volta e meia bate a nossa porta, o pragmatismo, o imediatismo, todos lados de uma mesma moeda: a prática descolada do real.

Uma das profissionais, que atua na coordenação fala sobre a questão do poder entre as categorias, e de como isso ainda é presente na nossa profissão; uma visão de subalternidade e aponta a necessidade de uma certa flexibilidade, próprio do discurso da Reforma, e relembra um fato que vem demonstrar que isto não está circunscrito à saúde mental e que talvez seja necessário um empenho maior de nossa profissão para demarcar um lugar:

“Se você não entender onde você está você não vai fazer nada, você vai ficar parado brigando: ah, meu trabalho é esse, sabe. Meu trabalho é ver previdência, meu trabalho é isso, meu trabalho é aquilo entendeu? Se você não entender onde você está na saúde mental, o que é saúde mental, você está fora do trabalho, você vai se sentir fora. Você tem que abrir seus campos. Então eu acho que essa questão do geral é isso: geral e específico da profissão. Acho que tem que ver aonde está, onde é que ela pode cruzar, onde ela pode ser flexível. Acho que a gente tem que ser flexível diante do mundo.

Uma coisa interessante é que eu fiz um curso de atualização com algumas assistentes sociais e foi interessante de ver onde cada uma está, muita gente fazendo pós-graduação e falamos sobre os nossos trabalhos e daquelas q trabalhavam em hospital geral reclamavam muito do poder médico...

Se a gente conseguir desmanchar essa questão da categoria, você vê que tem um Ato médico aí pra gente, eles acham que o hospital é deles, por que não posso estar conversando de igual pra igual, olha como estamos submetidas aí. Nós não somos empregadas deles, somos parceiras de um trabalho, que pra eles vai facilitar. Agora é essa questão, as categorias estão aí brigando, talvez a gente tenha brigar outra vez, fazer essa coisa mais específica pra poder demarcar um lugar, mas eu acho ruim.” (05)

Já a entrevistada número oito aponta a questão da capacitação profissional contínua como um suporte que deve ser sempre buscado pelo profissional que se quer conectado às novas produções teóricas no seio da profissão.

“Eu acho que a nossa profissão ela nos dá margem pra gente estar, assim, pegando um pouquinho de cada coisa e enriquecer ainda mais o trabalho. A gente sai da faculdade não formado..., A gente tem que buscar ela a cada dia, por que eu não posso parar em 96, muitos conceitos, muitas coisas nesses dez anos que eu vi atrás, eles podem estar sendo revistos, complementados, ultrapassados. Então eu acho que o assistente social precisa ter um compromisso profissional, ético, político de estar se capacitando, de estar se atualizando pra não perder o bonde, não perder... assim, a especificidade da sua profissão, estar acompanhando os debates atualizados, os debates teóricos. Acho que isso é importante. Pois é, a gente tem uma formação um pouco geral, mas que quando você tem motivação e encontra o espaço que você vai se realizar profissionalmente, eu acho que é possível você aproveitar toda essa bagagem que você pega ao nível de faculdade, de formação e você ir adequando porque você não está sozinho. A gente já tem aí alguma produção teórica do Serviço Social na área da saúde mental, então quer dizer isso é uma coisa que já está caminhando. Por isso que eu acho que pesquisa, capacitação, informação é fundamental pro profissional.” (08)

Finalizando temos a fala da profissional número seis que quando questionada sobre a formação do Serviço Social em relação à saúde mental coloca-se num caráter instrumental frente ao projeto profissional, como se este estando inscrito no Código fosse seu sinônimo:

“Sempre que eu pego o Código e vejo as questões tão encaixadas pra saúde mental. É claro que...eu vejo as coisas muito direcionadas, eu não vejo a coisa assim tão difícil não, tão diferente não. Quando eu vejo o código está encaixadinho, meu trabalho coerente com aquele código. Eu não vejo discrepância não, vejo realmente encaixado pro trabalho que eu faço. É porque eu tenho que ver essas coisas. Como eu te disse se eu não tenho ninguém que me dê suporte, supervisão, essas coisas, eu tenho que... eu tenho que ir no Código, essas coisas todas pra poder ir avaliando e fazer o meu caminho assim. Eu também não sei se é porque eu estou há muito tempo na saúde mental e vim modificando o meu trabalho de acordo também com a modificação da psiquiatria, eu vim acompanhando e vim também reavaliando isso. ... Eu não sei te dizer, talvez eu nem saiba trabalhar como a social de um outro campo completamente diferente, talvez não saiba mais, apesar de eu ter trabalhado dentro de uma universidade, mas lá era uma coisa muito específica. Então eu não sei. Eu não sei te dizer.”(06)

Cabe importante observação acerca desta entrevistada, pois ao final da entrevista, quando todo equipamento de gravação já estava desligado e guardado, fez o seguinte comentário, quando avaliávamos a insuficiência de assistentes sociais na rede:

“Eu fiquei aqui muito tempo sozinha e eu não sei se tudo que eu faço, se toda minha atuação aqui é Serviço Social, às vezes eu nem sei se é Serviço Social mesmo, porque eu fiquei muito tempo sozinha, sei lá uns cinco anos só eu, porque aqui não tem campo de estágio pra Serviço Social,, tem poucos assistentes sociais trabalhando na rede de saúde mental e não tem campo de estágio, só pra psicologia e teve uma época que ficou só psicologia e tinham dez assistentes sociais aqui e todas foram embora e eu fiquei sozinha..

Por exemplo, eu trabalhei muito tempo em presídio e em presídio o Serviço Social tem um grande espaço, tem o seu lugar, sua importância total. Aqui não, não é essa questão de... Essa questão, no presídio tem uma demarcação de espaço muito grande de atuação. Aqui às vezes eu nem sei se eu trabalho muito como assistente social engraçado acaba até sendo uma outra coisa... Às vezes eu nem sei, com todas essas modificações, às vezes eu nem reconheço serviço social, penso em outra coisa...”.(sic) (06)

Este depoimento, dado quando as luzes já se apagavam denota um discurso que se fez camuflar durante a entrevista, e que só vem a corroborar com esta aura de fluidez que a profissão possui, principalmente na atenção em saúde mental, mas ela só pode ser devidamente dirimida quando o profissional se capacita para atuar, pesquisa sobre a área, se integra em supervisões sobre o campo. Isto não quer dizer que esteja tornando-se um profissional de novo tipo, mas que não está tendo capacidade para demarcar a posição de seu grupo profissional, não que isso deva ser um mérito exclusivamente pessoal, ao contrário deve-se buscar a compreensão das forças em disputa nesse campo, entender a história da sua profissão para que possa ultrapassar estas barreiras que são colocadas e que levam a reafirma o estatuto de indefinição profissional.