

Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social / *Social inequalities, subjectivity and mental health: challenge for Social Work*

RAQUEL DE MATOS LOPES GENTILLI*

Resumo: O presente trabalho enseja contribuir com o debate atual sobre subjetividade e saúde mental no Serviço Social a partir de três objetivos: o primeiro busca contextualizar a discussão da subjetividade e dos sofrimentos mentais em face da estrutura da desigualdade social no Brasil; o segundo problematiza as dificuldades que o Serviço Social ainda enfrenta para realizar um diálogo sobre subjetividade nos marcos de uma perspectiva social crítica, assim como de contribuir de forma mais efetiva nos rumos da Política de Saúde Mental atual e, por fim, o terceiro objetivo problematiza a necessidade do Serviço Social se abrir para uma convivência mais profícua e propositiva para aprofundar uma reflexão profissional sobre subjetividade e saúde mental, tendo em vista sua interação com os outros saberes desse espaço multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial que tem sido o modelo da atenção à saúde mental no SUS.

Palavras-chave: Desigualdade social. Subjetividade. Saúde mental. Serviço Social.

Abstract: This paper aims to contribute to the ongoing debate about subjectivity and mental health in Social Work from three purposes. The first objective wants to contextualize the subjectivity

* Assistente social, Mestre em Ciências Sociais, Doutora em Serviço Social, ambos pela Universidade Católica de São Paulo. Professora do Curso de Serviço Social e do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. E-mail: rgentilli@uol.com.br

and suffering mental health discussion about in the structure of social inequality in Brazil; the second aims to analyze the difficulties still facing the Social Works to conduct a dialogue on subjectivity within the framework of social critique as well as contribute more effectively in the direction of the Mental Health Policy today and, finally the third object argues about the need of Social Work open up to a purpose for to living with a deeper reflection on subjectivity and professional mental health mental in view of its interaction with other knowledge of that space multidisciplinary, interdisciplinary and intersectoral that has been the model of mental health care in the SUS.

Keywords: Social inequalities. Subjectivity. Mental health. Social Work.

Desigualdades sociais, subjetividade e sofrimentos mentais

O recente desenvolvimento das forças produtivas pelo processo da globalização em todo o planeta, que acelera as mudanças na distribuição do poder, riqueza e cultura, tem levado ao aprofundamento dos mecanismos de desigualdades previamente existentes nos Estados Nacionais. Isso se deve ao fato das tendências econômicas externas serem absorvidas pelas estruturas nacionais que se articulam para consolidar processos hegemônicos em curso. Tal processo faz convergir ao mercado planetário economias outrora nacionais, singulares e governadas por mentalidades e heranças culturais próprias sem oferecer nenhuma contrapartida a suas populações, além de ampliar os processos de desordem, desigualdade, injustiça e miséria (HOBSBAWM, 1995).

O processo de globalização tem provocado profundas transformações nas relações e estruturas que articularam e desenvolveram a dominação política e a apropriação econômica. A nova sociedade daí resultante é muito mais dinâmica e complexa, além de possuir maiores possibilidades de se autotransformar. Realidades sociais, espaciais e temporais em todo planeta têm

se constituído, simultaneamente, como locais e globais. Essa complexidade desafia a compreensão de manifestações não só políticas e sociais, mas também de outros aspectos da realidade, abrindo um vasto cenário de tendências, condições, possibilidades, etc, como se decorressem de um novo modo de produção e processo civilizatório (IANNI, 1998).

As transformações em curso, por sua vez, são pródigas em ampliar o espectro das inovações tecnológicas, assim como de mudanças de comportamento de consumidores que possibilitam a emergência de um círculo virtuoso de oferta de empregos, consumo de bens, mercadorias e serviços para alguns segmentos das elites sociais, bem como para determinados segmentos das camadas de trabalhadores mais especializadas e próximas dos setores de ponta da economia. Entretanto, por outro lado, outras camadas de trabalhadores, como os dos setores de serviços, permanecem com suas condições de trabalho bem aviltadas. Ainda pior são as condições de vida, sobretudo, daquelas que possuem tais condições congeladas no tempo por certas condições sociais relativas à persistente miséria social, precariamente atendida pelas políticas públicas.

Telles (2001), analisando como esse fenômeno incide sobre a trajetória do desenvolvimento histórico do sistema de cidadania brasileira, observa que, para os segmentos mais pobres da população, existe a presença de um ponto de exclusão persistente e de difícil reversão. Assiste-se, assim, à persistência das profundas e históricas desigualdades sociais, políticas e econômicas, que acabam por influir na dinâmica das relações de classe que se mantêm na história brasileira.

Para a autora, esse processo se expressa nos “impasses do crescimento econômico” num país situado na “periferia capitalista”, que se moderniza e ingressa no mundo globalizado sem conseguir acabar com as velhas práticas patrimonialistas e clientelistas que

“pulverizam os recursos públicos”, evidenciando a persistência da “tradição conservadora e autoritária dessa sociedade” (TELLES, 2001, p. 17-19).

Ainda hoje, apesar dos indícios de certa mobilidade social de algumas faixas de renda mais baixas da sociedade, em decorrência da inclusão nos programas de transferência de renda recentes, não se tem conseguido abalar os persistentes mecanismos mais severos de exclusão. Stein (2009), apesar de considerar tais programas robustos - tanto em relação a seus componentes quanto à cobertura -, observa que os mesmos se mantêm ainda pela estratégia focalista, excludente e de seletividade injusta.

A particularidade da associação desses dois fenômenos - globalização e persistente exclusão de enormes contingentes populacionais do desenvolvimento social no Brasil - tem corroído os sistemas de referência e de confiança na política da ordem burguesa desenvolvidos pela modernidade e consagrados como suas principais instituições no Brasil: a república, a democracia e a cidadania.

A associação desse conservadorismo cultural da política com as inovações tecnológicas e econômicas vem mantendo no Brasil um jeito particular de dominação de classe e de organização política com sérias repercussões na forma de condução das relações do Estado com a sociedade, sobretudo nos aspectos referentes à cidadania. A associação da modernização tecnológica e do conservadorismo na organização da vida política brasileira tem se reproduzido nas diversas práticas da vida social (IANNI, 1996), na política do atraso, e até na política social, evidenciando a particularidade da realidade brasileira em relação ao sistema democrático.

A sobrevivência objetiva desse mundo de precariedade acelerada pelas inovações tecnológicas e modernidades, que coexistem com os “*ritmos lentos*” (MARTINS, 1999) do atraso e

do conservadorismo, parece estar aumentando o esgarçamento das condições mínimas de solidariedade entre categorias de trabalhadores e entre classes sociais.

Sobre este contexto de profunda desigualdade no Brasil, Hobsbawm (1995) observa que o Brasil, entre outros países da América Latina, possui os mais graves indicadores de desigualdade social, cuja distribuição de valores corresponde aos “*20% mais pobres da população [que] dividiam entre si 2,5% da renda total da nação, enquanto os 20% mais ricos ficavam com quase dois terços dessa renda*” (HOBSBAWM, 1995, p. 397). À elevada desigualdade de renda no Brasil - além de outras assimetrias econômicas e de poder -, somam-se aquelas que acrescentam desvantagens de oportunidades associadas aos atributos de gênero, escolaridade, raça/etnia entre pessoas dos mesmos segmentos sociais, mas que se diferem pelas demais variações das desigualdades, fato que possui consequências profundas sobre o sistema de direitos de cidadania.

Muito paradoxal tem sido as tentativas de atenuar a injustiça das desigualdades entre segmentos de pobres no Brasil. Almeida, Andrea e Lucca (2008) observam que algumas políticas de atenuação da pobreza podem reproduzir outras precariedades, como é o caso do aumento das distâncias urbanas e da alocação de bens e serviços públicos e privados nos diferentes espaços urbanos.

Isto também pode ser observado pela segregação decorrente dos critérios de seletividade dos sujeitos a serem contemplados com os recursos dos programas de transferência de renda entre os mais pauperizados da população. Nesse caso, os mecanismos de segregação social pré-existentes permanecem se reproduzindo no interior das políticas sociais destinadas à compensação que, até entre os mais pobres, não consegue se universalizar.

Na oferta de serviços de saúde, observa-se que existem iniquidades tanto no acesso aos avanços científicos e tecnológicos

em saúde, quanto no consumo dos serviços de saúde. Neri e Soares (2002) identificaram que as pesquisas na área encontraram desigualdades entre a oferta de serviços por região do país e por favorecimento a determinadas camadas sociais mais privilegiadas. Observam a presença de iniquidade entre populações que não possuem serviços de saúde perto da residência ou do trabalho. Esse fator espacial condiciona dificuldades maiores ou menores no acesso aos serviços, reproduzindo, na prática, a desigualdade.

Apesar da Constituição de 1988 ter representado um vigoroso processo de enfrentamento político às desigualdades sociais no Brasil - inclusive na oferta de serviços de saúde pela via estratégica da universalização ao acesso, à cobertura e ao atendimento aos indivíduos com as mesmas necessidades, nem sempre o que tem sido recomendado, tem sido garantido. A extensão equânime de direitos depende também da sustentabilidade do sistema, isto é, da capacidade financeira do mesmo atender a toda demanda. Os esforços de melhoria da gestão em relação à racionalidade dos gastos não têm sido ainda suficientes no equacionamento satisfatório da questão, apontando para a insuficiência do montante de recursos que precisam ser disponibilizados aos serviços de saúde necessários para atender a população.

Em trabalho clássico sobre a relação entre cidadania e desigualdade social, Santos (1979) analisa como a estratificação social determinou a discriminação do acesso aos direitos de cidadania no Brasil, separando quem trabalha de quem não trabalha. Aquilo que o Estado desconsiderava como trabalho ou ocupação estratégica para o pacto de poder naquele momento era ignorado pelo sistema de proteção que estava se estruturando no começo do século XX. Assim, o sistema de cidadania no Brasil emergiu discriminando os trabalhadores dos pobres; aqueles que precisavam ter garantida a sua reprodução social, daqueles que não importavam para o sistema produtivo.

Com isso, grande parte da população composta por desempregados, subempregados e trabalhadores ocasionais foi desconsiderada nos serviços de proteção social e das políticas sociais em geral. Essa situação manteve-se como tendência por muito tempo, operando algumas mudanças lentamente. Seu movimento no sentido de reversão mais recente emerge com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Para os portadores de transtornos mentais, tais desigualdades sociais se agravam pelo encontro destas com os preconceitos advindos da situação de exclusão social motivada pelas doenças mentais. Além daquelas que representam as questões referentes às desigualdades sociais estruturais, crescem-se os elementos restritivos de direitos, relativos aos quadros clínicos, geradores de rejeição e preconceitos diversos, conforme pode ser observado no debate específico sobre o tema que Medeiros e Guimarães (2002) analisam.

Nesse sentido, estabelecem-se novas correlações entre a estrutura de desigualdades sociais, que compõem a sociabilidade e os sofrimentos mentais, tanto para os casos de manifestações de agravos na forma tradicional (neuroses graves, psicoses, psicopatias, por exemplo), quanto para manifestações decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ou ainda de situações particularmente identificadas com expressões da sociedade atual, como acontece com as violências intrafamiliares, as síndromes de pânico, as depressões, os transtornos alimentares, as práticas transgressoras sem causa política associada etc.

As transformações da vida social incidem sobre a subjetividade dos indivíduos, ao afetarem profundamente as relações sociais, mas não de forma mecânica e linear. Existe um complexo emaranhado de mediações sociais, econômicas e culturais que organizam as consequências para a saúde mental e para a

subjetividade humana. A exclusão de um enorme contingente de trabalhadores das condições dignas de trabalho, moradia, saúde e educação historicamente tem corrompido a capacidade desses de se construírem como sujeitos emancipados, conscientes de suas condições de vida e de seus carecimentos.

Cada indivíduo, segundo as possibilidades de sua história de vida, suas experiências anteriores e presentes e perspectivas de devir é marcado em sua subjetividade pela imersão no mundo social. Existe uma simultaneidade entre a constituição econômica e social da sociedade e a constituição das demais condições de existência humana, como a cultura, a ideologia, a política, a linguagem, os costumes, os valores, as normas e as regras sociais. Ao longo de um tempo histórico são produzidas transformações que atravessam muitas gerações que serão vividas pelos indivíduos parcialmente ao longo de seu tempo de vida, sem que seja possível uma completa sincronia entre o tempo histórico e o tempo do sujeito. Cada sujeito vai viver esse tempo segundo suas próprias condições.

Cada um dos indivíduos da sociedade faz parte de uma totalidade complexa que se organiza a partir das condições gerais de produção de bens (produção e reprodução social) e da própria condição humana (reprodução humana, num sentido bem amplo). Essa totalidade que se apreende das relações sociais é produzida pela forma como os homens estabelecem entre si as relações que constituem a existência social, conforme Marx e Engels analisam em *A Ideologia Alemã*. Para os autores, os “*indivíduos determinados*” - a partir das atividades produtivas e das relações sociais e políticas estabelecidas entre si - darão origem ao processo vital, à consciência, às ideias, representações, à linguagem, etc. Leis, moral, política, ideias, opiniões, religião decorrem das “*emanações*” derivadas das “*condições e limites materiais determinados e independentes da sua vontade*” (MARX; ENGELS, 1999, p. 8).

Marx e Engels adotam a perspectiva de que a vida social do homem está determinada, não só pelas relações que estabelecem entre si na sociedade, mas também pela forma como organizam a vida privada, as formas de manifestação de um modo de vida específico, as visões de mundo, as normas e as práticas. Ao serem analisadas, pode-se observar como a realidade, saturada de mediações, reflete aquilo que os indivíduos são enquanto sujeitos coletivos e individuais.

A instituição familiar, por exemplo, reproduzindo a si própria, bem como a vida de seus membros, circunscreve um campo de determinações e de mediações entre a subjetividade dos indivíduos determinados e a objetividade social, incluindo a determinação das condições sobre como esses se veem perante si mesmos e os outros.

Brazil (1988), numa tentativa de articular as determinações do sujeito em sua vida social e subjetiva, considera que o mesmo seja determinado por duas estruturas: “a da alienação do imaginário e a da relação dominador-dominado” (BRAZIL, 1988, p. 5). Os indivíduos seriam levados pelas condições sociais da vida coletiva, assim como pelas representações produzidas e reproduzidas pela rica capacidade de sua vida imaginativa, a estabelecer mediações e laços que caracterizariam as passagens entre objetividade e subjetividade humana.

A relação do psiquismo humano nas diferentes estruturas clínicas nas quais a subjetividade se organiza estabelece-se na relação com o outro, seja este outro configurado nas relações primárias mais próximas, seja subsumido nas formas que a vida social possibilita. O certo é que, apesar da singularidade essencial de cada um, as relações sociais são construídas de forma a atribuir significados para que cada um possa atribuir significado a si mesmo, aos demais indivíduos e às coisas. Tais significados, engendrados socialmente, são comunicáveis, compartilhados e dão

sentido às ações humanas, tanto individual quanto coletivamente. Para Kehl, isso se dá “*ancorado em personagens*” (reatualizados a partir de reminiscências infantis) que funcionam “*como porta-vozes dos significantes mestres que organizam o laço social*” (KEHL, 2009, p. 90) inicialmente.

Apoiada na concepção de Guy Debord de que o espetáculo consistiria numa “*relação social entre indivíduos, mediada por imagens*” (DEBORD, 1967 *apud* KEHL, 2009, p. 93), a autora realiza uma longa reflexão sobre como os sujeitos individualmente se encontram a mercê dos desígnios destes outros, que possuem capacidade de interferir na constituição de um compartilhamento do imaginário social, fazendo emergir imagens sociais validadas, às quais poucos resistem.

Para Kehl, a grande profusão de imagens e enunciados que se oferecerem à identificação para os sujeitos por meio da industrial cultural apresenta-se de forma idêntica e em constante repetição de conteúdos que se veiculam nos meios de comunicação de massa, agentes privilegiados do processo de divulgação nas sociedades industriais atuais, cujo papel é decisivo na formação das representações.

No meu entendimento, ao longo do processo de socialização, os demais artifícios que configuram as relações sociais vão se tecendo no encontro entre os confrontos da vida individual em conformidade com os desafios, obstáculos, restrições ou oportunidades sociais. As marcas de cada convivência, afeto, companheirismo, proteção, abandono ou equívocos entre os indivíduos estão atravessadas por uma enorme oferta de sentidos promovidos pelas relações sociais. No cotidiano tais representações tomam parte da constituição dessa complexa totalidade que é o ser individual, constituindo-o simultaneamente como sujeito de sua realidade íntima e de sua vida social. As imagens variadas, diversificadas e pulverizadas da mente humana ganham sentido nas

relações de trocas existentes na sociedade, podendo vir a produzir uma série de problemas na sua vida mental.

A complexidade que se organiza a partir das condições gerais de produção dos bens (materiais e simbólicos) e da vida se imbrica nas relações de cada um como ser de existência pessoal e social. A exploração, simultaneamente, constitui padrões de submissão ou de insubordinação, pondo problemas ao modo de cada um na vida em sociedade, compondo assim as vias pelas quais cada sujeito se funda como objetividade e como subjetividade.

Em face às adversidades, as pessoas se submetem à ordem e se calam, rebelam-se ou adoecem de formas diferentes. Cada uma articula, de forma singular, debilidades físicas e subjetivas que são percebidas como suas; específicas. Também o corpo físico é atravessado por metáforas que expressam as relações no laço social. Símbolos, imagens, representações e afetos, mediados pela linguagem, pelos sonhos, pelos ritos que traduzem a dura realidade social para cada um dos sujeitos, criando anteparos que o protege da desrazão.

Desafios para o Serviço Social

Apesar de o Serviço Social possuir pouca familiaridade com o debate da saúde mental, os profissionais que abraçam esse campo de atuação não conseguem ignorar as condições societárias que incidem sobre o adoecimento mental e sobre as questões da subjetividade. A compreensão da complexa relação entre realidade social e realidade subjetiva continua sendo uma das principais questões para profissionais que trabalham com os agravos à saúde mental.

Uma importante questão nesta área está relacionada à capacitação de profissionais para se trabalhar em saúde mental. Abordar o indivíduo como usuário de serviços sócio-assistenciais

no interior das políticas sociais não basta no caso da saúde mental. Por mais que se tente esquivar do aprofundamento deste debate, apoiando-se na atual Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão, não se consegue fugir do problema posto pela realidade profissional no mercado de trabalho atual, que demanda atividades profissionais do Serviço Social nesse campo, sobretudo em atendimentos do Sistema Único de Saúde.

Tal demanda exige dos profissionais uma formação mínima sobre o que se tem construído teoricamente a respeito do sofrimento mental, reforma psiquiátrica e sobre o modelo de atenção psicossocial na saúde mental, além de reflexões teóricas e operacionais sobre atendimento a cidadãos pobres, excluídos e discriminados. Nessa situação concreta não se tem como permanecer no maniqueísmo teórico de se creditar ao atendimento individual, ao conservadorismo e ao atendimento coletivo, a capacidade emancipatória. Cada profissão que atua na saúde mental pública, a seu modo, enfrenta tal dilema, não só nos aportes teóricos, mas também nas abordagens instrumentais das discussões posteriores à Reforma Psiquiátrica.

Apesar de a um assistente social não caber a “*abordagem clínica*”, ele necessita compreender minimamente os diagnósticos diferenciais do campo da saúde mental, sejam derivados da Psiquiatria, sejam decorrentes dos atendimentos psicológicos, psicanalíticos ou de qualquer outra abordagem com a qual se trabalhe a subjetividade na saúde mental. Nesse sentido, Bisneto (2007), observa que a profissão ainda precisa compreender melhor como as relações sociais e contextuais se enlaçam no adoecimento psíquico e como esse adoecer pode ser agravado por relações conservadoras, controladoras e disciplinadoras.

Pode-se, inclusive, questionar a competência profissional no trato direto com os usuários ou com a família de usuários como objeto privilegiado do fazer profissional ou mesmo sobre a

possibilidade da existência de uma perspectiva “*clínica*” em Serviço Social no Brasil, cuja formação profissional, fundamentada na Lei nº 8.662/93 e no Código de Ética Profissional, está focada em serviços derivados das políticas sociais e das análises da sociedade e do Estado capitalista, na perspectiva que Netto (1991) sintetizou como sendo de “*intenção de ruptura*”; ou seja, de um processo que recusa e critica o conservadorismo profissional.

Nesse sentido, torna-se de fundamental importância desassociar atendimento individual de conservadorismo, de um lado, e atendimento individual de atendimento clínico, de outro. Para tanto, o Serviço Social precisa conhecer minimamente as abordagens emancipadoras existentes no vasto campo teórico, que pode ser agregado pelo prefixo “*ps*”.

Existem abordagens emancipatórias e conservadoras no Serviço Social, na Psicologia, na Psiquiatria, na Psicanálise e em todos os campos profissionais e só é possível conhecê-las pela interação entre profissionais e pela leitura crítica de suas formulações teóricas. Saber discriminá-las na realidade social poderá se constituir num debate precípua ao Serviço Social. E, nesse caso, o próprio entendimento do que seja o objeto da atenção aos problemas de saúde mental na rede pública, traz novos elementos para tal discussão no Serviço Social.

Lancetti (SUS, 2010) observa que a complexidade do fazer em saúde mental não se encontra no ambiente hospitalar, mas justamente quando “*opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem*” (LANCETTI, Portal SUS, 2010), ou ainda quando tem que se articular recursos das políticas públicas e estas se encontram em desconexão, entre outros problemas, como, por exemplo, a impregnação do delírio psicótico de imagens religiosas. No caso da atenção à saúde mental na rede pública, a maior complexidade ocorre quando mais se avança pelo território de saúde em articulação com o atendimento

à saúde mental na atenção básica e nas demandas por serviços de assistência social.

Se, a princípio, o Serviço Social tem pouca contribuição a dar para a “*clínica*” dos pacientes de saúde mental devido à sua formação focada nas relações sociais, nas organizações e no campo das políticas públicas, por outro, há muito mais a ser realizado do que trabalhar com gestão e com procedimentos sócio-assistenciais destinados aos usuários da rede, como vem ocorrendo muitas vezes, em observação ao modelo de atendimento e de gestão atual.

A questão que apresenta tanta complexidade para os psiquiatras e psicólogos que atuam no SUS pode ser facilmente realizada pelos assistentes sociais devido à sua formação. O fazer profissional do Serviço Social cresce em importância à medida que se consolida a ideia de que os serviços de saúde mental devem ser realizados em consonância com a atenção básica, e, mais recentemente, com ações intersetoriais, em diálogo com a população e em parcerias com outras instituições sociais.

A importância do Serviço Social na saúde mental cresce e se dá não por se tornar uma competência *clínica*, mas por remeter, assim como aos demais profissionais da equipe, ao conceito de *clínica ampliada*, articulada social e intersetorialmente, conforme recomendações de 2003 sobre os procedimentos matriciais para implantação dos atendimentos na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) e reforçados na IV Conferência de Saúde Mental do ano passado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outro aspecto que o Serviço Social pode contribuir decisivamente na abordagem da saúde mental está numa releitura do modelo da Reforma Psiquiátrica adotado pelo SUS. Apesar de bem avançado por recomendar um agir focado numa abordagem psicossocial, este possui ainda uma concepção de social centrada

numa visão acanhada e restrita ao âmbito “*familiar*” e “*comunitário*” e, sobretudo, psicologizante. Robaína (2010) recentemente fez uma reflexão importante nessa direção, chamando a atenção para questões presentes no fazer profissional do Serviço Social nesse “*campo psicossocial*”, justamente por desconsiderar toda a trajetória profissional no trato com a questão coletiva.

Realmente, a compreensão da expressão *psicossocial* pode gerar confusões semânticas por não serem excludentes os sentidos que possui. Esses sentidos só são explicitados no âmbito das teorias filosóficas, sociais, psicológicas e psiquiátricas subjacentes ao seu emprego no modelo de gestão proposto. Cabe ao assistente social, e não apenas aos formuladores do modelo, identificar entre suas atribuições profissionais as interfaces sociais que a abordagem “*psicossocial*” da saúde mental guarda com a complexidade do social, estudadas na profissão e, nesse caso, fazer avançar tal perspectiva tão restritiva, tanto no campo teórico, quanto no seu próprio fazer.

Recentemente Mioto e Nogueira (2009), refletindo sobre o fazer profissional do Serviço Social no campo da saúde, identificaram três grandes processos: os político-organizativos, os de gestão e planejamento e os sócio-assistenciais. Esses processos, que também podem definir o trabalho do assistente social em outros campos de atuação, além de serem concernentes ao trabalho dos assistentes sociais na saúde mental, são também funções realizadas por outros profissionais da equipe, com exceção de ações identificadas como sócio-assistenciais consideradas prerrogativas profissionais dos assistentes sociais.

Nesse sentido, as dificuldades atuais do assistente social no campo da saúde mental podem ser melhor equacionadas por uma formação profissional do Serviço Social que amplie a compreensão do sujeito, sem afetar estruturalmente o atual projeto ético-político. De um lado, as deficiências da formação em relação às

questões específicas do setor e em relação aos processos subjetivos podem ser superadas com literatura compatível e, de outro, com a revitalização de certas tradições profissionais vinculada aos processos de mobilização, participação social e mediação de conflitos numa visão teórica mais marxiana de compreensão dos aspectos sociais, econômicos e políticos e subjetivos da totalidade social. É um grande equívoco teórico tanto entender o sujeito como destituído de uma humanidade coletiva, quanto considerar sua intimidade excluída de uma totalidade social.

Os assistentes sociais poderiam realizar mais que reuniões com familiares e prestar serviços socioassistenciais e orientar sobre previdência e assistência social. Há todo um campo de atuação a se construir no âmbito da saúde mental sem que sejam desfiguradas as atuais atribuições profissionais. Nesse aspecto, o Serviço Social, por aderir à visão psicossocial psicologizante hegemônica presente na atual abordagem da saúde mental no SUS, está deixando todo um campo de mediações teóricas em aberto, abandonando saberes já construídos historicamente no próprio Serviço Social.

Apesar de existirem ainda poucas elaborações teóricas profissionais que requalificam os instrumentos e as metodologias profissionais do Serviço Social para aportes teóricos mais críticos, isto não significa que uma leitura do sujeito em sua complexidade social e em sua singularidade não possa ser realizada pelos assistentes sociais que se encontram trabalhando na saúde mental, como, aliás, já existe uma tendência nessa direção há bastante tempo.

Questões fundamentais para o avanço de uma concepção de saúde mental menos estigmatizada socialmente no Brasil estão ainda por ser resolvidas, e o Serviço Social muito tem a contribuir, tanto teórica como de forma prática, se não se deixar cercear por fazeres burocráticos e socioassistenciais.

A IV Conferência Nacional de Saúde (2010) recomenda que o avanço do modelo psicossocial se faça exatamente pelo aprofundamento da apreensão da inserção social do paciente. Recomenda a consolidação da rede de atenção em parceria com os movimentos sociais e a defesa dos direitos humanos e da cidadania e a luta contra a discriminação do paciente portador de transtornos mentais. Nesse aspecto, o Assistente Social é o profissional, entre os que compõem as equipes de Saúde Mental do SUS, com maior lastro e experiência nesse campo.

O discurso político da luta antimanicomial, da desinstitucionalização, da criação dos serviços alternativos, liderado por um segmento de profissionais da saúde mental, vem preconizando o avanço de um atendimento em saúde mental com enraizamento no campo social, mas isso, paradoxalmente, tem cerceado, na prática, a compreensão de social dos assistentes sociais que atuam na mesma.

Algumas questões finais

As reflexões aqui trazidas apontam para a necessidade do Serviço Social, que se especializou no estudo dos fenômenos do campo sociopolítico, abrir-se para uma convivência mais profícua e propositiva com os outros saberes desse espaço multiprofissional e interdisciplinar e intersetorial, que tem sido o modelo da atenção à saúde mental no SUS. Não somente para incorporar reflexões sobre a subjetividade humana aos aspectos da dinâmica social, mas também porque pode efetivamente contribuir para uma compreensão mais ampla da relação entre estrutura social e saúde mental.

O Serviço Social poderá oferecer uma reflexão mais consistente para as questões sociais da abordagem “*psicossocial*”, contribuindo para dar suporte à compreensão do sujeito como

totalidade, desenvolvendo uma leitura teórica mais crítica para a abordagem do par “*saúde mental-doença mental*” para além do viés psicologizante atual, contribuindo efetivamente com o projeto multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial do modelo de atenção à saúde mental atual com o saber acumulado na sua tradição profissional.

O sujeito da questão social é o mesmo sujeito da questão subjetiva. Diferentes são os aportes teóricos que foram construídos ao longo das tradições filosóficas e científicas que formataram as várias profissões na divisão social do trabalho nas sociedades contemporâneas. E, apesar da atuação profissional estar, atualmente, priorizando os processos de gestão, os socioassistenciais e os sócio-organizativos, não há como ignorar que existem possibilidades de serem incorporados novos conhecimentos em seu âmbito profissional, sobretudo em relação à compreensão da questão social, presente e articulada às doenças mentais, além da organização de fazeres com concepções mais coletivas como estratégia terapêutica de uma “*clínica ampliada*”, na qual o Serviço Social tome parte.

De um fazer centrado em tudo aquilo que fugia do campo “*estritamente clínico*”, ou seja, daquelas atividades que nenhum outro profissional fora qualificado para realizar, o assistente social passou a ser demandado como co-partícipe do tratamento do paciente para contribuir com a melhoria de sua autonomia e da integração da família ao tratamento.

Dessa forma, todo o fazer profissional do Serviço Social, mesmo que não tenha conotação “*clínica*”, passou a interferir no “*processo clínico*” e seu agir passou a ter consequências terapêuticas. Assim, os esforços no sentido de solucionar questões de moradia, reintegração à comunidade, estímulo ao convívio social e familiar e preparação para o trabalho passaram a integrar um elenco de atividades que tomam parte do programa de reabilitação

psicossocial da atenção à saúde mental no atual modelo preconizado pelo SUS.

Refletir sobre os vários elementos institucionais, profissionais e socioculturais referentes ao conjunto das relações humanas e sociais, que envolvem os sofrimentos mentais, tem sido um desafio constante para os profissionais desse campo. Do ponto de vista teórico, o Serviço Social tem muito a contribuir no debate sobre garantia de direitos humanos, de cidadania e de emancipação dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico. Mais que uma questão corporativa profissional, trata-se de um imperativo em favor da causa política em defesa dos pacientes afetados pelos problemas de saúde mental. Os assistentes sociais que atuam na saúde mental não podem deixar de perceber nas recomendações da IV Conferência uma oportunidade ímpar para se ampliar a perspectiva do fazer profissional.

Incorporar ao debate profissional do Serviço Social os desafios da atenção básica em saúde mental, assim como ampliar a compreensão acanhada de social do “*modelo de atenção psicossocial*” do SUS, só enriquecerá o debate, e, sem dúvida, contribuirá para aprofundar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O assistente social que trabalha na saúde mental tem muito a contribuir com a reflexão em relação aos determinantes sociopolíticos do sofrimento psíquico presentes no binômio “*saúde mental-doença mental*” e, ao tecer tais elementos, tecerá também uma nova trama do seu agir profissional. Novas apropriações teóricas podem também ajudar na compreensão da particularidade que a saúde mental coloca sem, entretanto, abandonar o atual marco legal da profissão.

Submetido em 11 de abril de 2011 e aceito para publicação em 12 de julho de 2010

Referências

- ALMEIDA, R. D' ANDREA, T., LUCCA, D. *Etnografia comparada de pobreza urbanas*. Novos Estudos. São Paulo: CEBRAP, v. 82, p. 109-130. Nov. 2008/mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 jul. 2010.
- ANTUNES, J. L. F. *Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois Paradigmas*. Revista Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 42, n. 3, p. 562-567, jun./jul.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 ago. 2010.
- BANDEIRA, M. & IREMO, E. M. *Reinserção Social de Psicóticos: Avaliação Global do Grau de Assertividade, em Situações de Fazer e Receber Crítica*. [on line] Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre: UFRGS, v. 15, a. 3, p. 665-675, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 jul. 2010.
- BISNETO, J. A. *Serviço Social e Saúde Mental. Uma análise institucional da prática*. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03 (2003?). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, Ministério Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília, 27 jun. 01 jul. Release para a imprensa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 03 out. 2010.
- BRAZIL, C.N.V. *O jogo e a constituição do sujeito na dialética social*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- HOBSBAWM, E. *A Era dos Extremos: o breve século XX (1914-1991)* São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- IANNI, O. *A idéia de moderno no Brasil*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1996.

IANNI, O. *As ciências sociais na época da globalização*. São Paulo: Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 13, n. 37, p. 33-41, Junho 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

LANCETTI, A. *Saúde Mental, Atenção Primária Promoção da Saúde*. Brasília: IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

MARTINS, J. S. Clientelismo e corrupção no Brasil contemporâneo. In: MARTINS, J. S. *O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta*. São Paulo: Cortez, 1999.

MARX, K. e ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. (1845-1846), 1999. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris>>. Acesso em: 04 set. 2010.

MEDEIROS, S. M. & GUIMARÃES, J. Cidadania e Saúde Mental no Brasil: contribuição ao debate. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, a. 7, v. 3, p. 571-579, 2002.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *Revista Ser Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.red.unb.br>>. Acesso em: 03 jul. 2010.

NERI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 77-87, 2002.

NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez editora, 1991.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Relatório sobre Saúde Mental: Nova Conceção, Nova esperança*. Biblioteca da OMS, 2001. Disponível em: <<http://www.who.whr>>. Acesso em: 20 set. 2009.

ROBAÍNA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 102, p. 114-138, abr./jun. 2010.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

STEIN, R. H. Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e Condicionalidades. In: BOSCHETTI et al (org.) *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

TELLES, V. S. *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: USP, Curso de Pós-Graduação em Sociologia: Ed. 34, 2001.